



4 cosas para hacer ahora, página ii

MANUAL PARA MIEMBROS

Actualizado en marzo de 2024





MARYLAND HEALTHCHOICE PROGRAM

MANUAL PARA MIEMBROS

MARZO DE 2024



Priority Partners
7231 Parkway Dr., Suite 100
Hanover, MD 21076

Bienvenido(a) a Priority Partners.
Bienvenido(a) a una salud mejor.

Estimado(a) afiliado(a) de Priority Partners:

Gracias por elegir Priority Partners como su plan de salud y socio para su bienestar. Priority Partners le ofrece beneficios que cubren servicios de atención médica excelentes, muchos de ellos sin costo alguno. También ofrecemos programas de bienestar para apoyarle a medida que se esfuerza en conseguir sus metas de salud.

En Priority Partners, queremos que usted tome un papel activo en su atención sanitaria. Estas son algunas de las medidas que puede tomar de inmediato para aprovechar su plan al máximo:

1. Haga su primera cita con su proveedor de atención primaria para que este pueda comenzar a conocer su salud de inmediato. Siga siempre los consejos de su médico.
2. Regístrese en su portal de afiliados, **HealthLINK@Hopkins**. Usará este portal para cambiar de médico, solicitar una nueva tarjeta de identificación, ver sus antecedentes de atención sanitaria y mucho más.
3. Lea el manual de los afiliados. Esta guía explica términos clave de atención sanitaria, da detalles sobre sus beneficios y le muestra cómo obtener la atención que necesita.

Le mantendremos informado sobre beneficios importantes, actualizaciones del plan y hábitos saludables. Visite nuestro sitio web, **ppmco.org**, para obtener la información más actualizada. Además, lea consejos útiles en *Your Health Matters* (Su salud importa), su boletín para afiliados. Se lo enviaremos por correo postal tres veces al año.

Estamos encantados de comenzar con usted en este nuevo capítulo de su vida. Una salud mejor comienza con pequeños pasos. Juntos, convertiremos esos pequeños pasos en grandes cambios.

Atentamente,

Edward Kumian
Director Ejecutivo (CEO), Priority Partners

¡COMENCEMOS!

VEA A SU MÉDICO (CONSULTE LA PÁGINA 25)

Su médico de atención primaria le conoce y conoce sus necesidades de salud, le proporciona atención médica, prescribe medicamentos y le remite a otros médicos según sea necesario. Haga su primera cita en el transcurso de 90 días después de inscribirse con nosotros.

UTILICE NUESTRO SITIO WEB: PPMCO.ORG

Obtenga información sobre beneficios, busque un médico, regístrese en programas sin costo y mucho más. Nuestros videos pueden mostrarle dónde empezar. Véalos en ppmco.org/new-member-information

Regístrese en su portal de afiliados en línea, HealthLINK@Hopkins. Utilícelo para verificar sus reclamos y referencias, solicitar una nueva tarjeta de identificación, elegir un nuevo médico y ver su atención médica previa. Obtenga más información en ppmco.org/healthlink-faq

SEPA A DÓNDE IR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA (CONSULTE LA PÁGINA 26)

Cuando enferme o se lastime, llame primero a su médico. Si su médico no puede verle con la prontitud que necesita, vaya a un centro de atención urgente. La mayoría de los centros están abiertos por las tardes y los fines de semana y pueden tratar esguinces, fiebre, dolor de oído, dolor de espalda, gripe y otras dolencias.

Para lesiones graves y emergencias que pongan en riesgo la vida, acuda a la sala de emergencias o llame al 911.

REALICE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD

Complete nuestra breve encuesta de información sobre necesidades de servicios de salud y le proporcionaremos los recursos para que usted y su familia se mantengan saludables. Para conocer más, visite <https://www.ppmco.org/hsni>

RENUEVE SUS BENEFICIOS CADA AÑO (CONSULTE LA PÁGINA 4)

Usted tendrá que volver a solicitar los beneficios una vez al año. El Departamento de Salud de Maryland le enviará una carta con instrucciones. Puede volver a presentar su solicitud en línea o por teléfono. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 800-654-9728.

INFORMACIÓN ÚTIL

Dirección

Priority Partners
7231 Parkway Drive, Suite 100
Hanover, MD 21076

Sitio web

www.ppmco.org

Departamento de Servicio al Cliente
800-654-9728

TTY para personas con
discapacidad auditiva
888-232-0488

mi INFORMACIÓN PERSONAL

Mi médico
(PCP; proveedor de atención primaria)

Número de teléfono de mi médico

Mi número de identificación de afiliado(a)

Manténgase informado con datos importantes del plan y de salud. Llame al Servicio al Cliente y díganos cuál es su número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. Si tenemos estos métodos de contacto, es posible que le enviemos consejos y actualizaciones útiles.

DECLARACIÓN DE ACCESIBILIDAD AL IDIOMA

Los servicios de interpretación están disponibles de manera gratuita

Hay ayuda disponible en su idioma: 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-654-9728 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-800-201-7165)፡፡

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجانًا. اتصل برقم 1-800-654-9728 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-201-7165).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-654-9728 (TTY：1-800-201-7165)。

فارسی Persian (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165) تماس بگیرید.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-654-9728 (ATS : 1-800-201-7165).

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Kreyòl Ayisyen (Haitain Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Igbo asusu (Ibo)

IGE NTI: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ dịrị gị, n'efu. Kpọọ 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165)번으로 전화해 주십시오.

Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò (Kru/Bassa)

Dè ɔ́ ɛ̀ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ́ jũ ké m̀ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀in m̀ gbo kpáa. Ɖá 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-654-9728 (телетайп: 1-800-201-7165).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

اُردُو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165)۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

èdè Yorùbá (Yoruba)

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbá ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

Rev. 1/22/21

ACCESIBILIDAD AL IDIOMA

Servicios de interpretación y equipos auxiliares

Los servicios de interpretación están disponibles para todos los afiliados de HealthChoice independientemente de su idioma principal. Los servicios de interpretación también brindan asistencia a personas sordomudas, con dificultades auditivas o problemas del habla.

Para solicitar un intérprete, llame a Servicios para Afiliados de la Organización de Servicios Médicos Administrados (MCO, por sus siglas en inglés). Las personas sordomudas, con dificultades auditivas o problemas del habla pueden usar el servicio de relé de Maryland (711). Las Organizaciones de Servicios Médicos Administrados (MCO) tienen la obligación de brindarle ayuda auxiliar sin ningún costo cuando se las solicite. La ayuda auxiliar incluye dispositivos de asistencia para la audición, material escrito y equipos/dispositivos modificados.

Si necesita servicios de interpretación para una cita con un proveedor, comuníquese con el consultorio de su proveedor. Es mejor notificarlos antes de una cita a fin de asegurarse de que haya tiempo suficiente para coordinar el servicio de interpretación y evitar demoras en sus servicios de atención médica. En algunas situaciones, la MCO puede ayudar a facilitar servicios de interpretación para citas con proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados de MCO.

Índice

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE HEALTHCHOICE	3
A. ¿Qué es Medicaid?	3
B. ¿Qué es HealthChoice?	3
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid	4
D. Afiliación a HealthChoice/MCO	4
E. Proceso de afiliación a HealthChoice	5
F. Elegibilidad/Desafiliación de HealthChoice	6
G. Actualizar estatus e información personal	6
2. INFORMACIÓN IMPORTANTE	7
A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales	7
B. Local Health Department Contact Information	8
3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	10
A. Como afiliado de HealthChoice, usted tiene derecho a:	10
B. Como afiliado de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de:	10
C. Declaración de no discriminación	11
D. Aviso de Prácticas de Privacidad	12
4. BENEFICIOS Y SERVICIOS	13
A. Beneficios de HealthChoice	13
B. Servicios de autoreferido	20
C. Beneficios no ofrecidos por las MCO pero que sí ofrece el Estado	22
D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO pero no por el Estado	24
E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por las MCO ni el Estado	25
F. Cambio de beneficios y de establecimientos de prestación de servicios	25
5. INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES	26
A. ¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP), un especialista y la atención especializada?	26
B. Elegir o cambiar proveedores	26
C. Desvinculación de un proveedor	27
6. RECIBIR ATENCIÓN	27
A. Concertar o cancelar una cita	27
B. Referido a un especialista o atención especializada	27
C. Servicios fuera del horario normal de atención, atención urgente y atención en sala de emergencias	27
D. Cobertura fuera del área de servicio	29
E. Atención de bienestar para los niños: Healthy Kids - Servicios de examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	29
F. Atención de bienestar para adultos	31
G. Administración de casos	32
H. Atención para miembros durante el embarazo y tras el parto	32
I. Planificación familiar (control de natalidad)	33
J. Cuidado dental	33
K. Cuidado de la vista	33
L. Educación sobre la salud/Ampliación	34
M. Servicios de salud del comportamiento	34

7. SERVICIOS ESPECIALES	36
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales	36
B. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)	39
8. ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN	40
A. Necesidad médica	40
B. Preautorización/Aprobación previa	40
C. Continuidad de notificación de atención	40
D. Coordinación de beneficios: Qué hacer si tiene otro seguro	42
E. Servicios fuera de la red	43
F. Lista de medicamentos preferidos	43
G. Tecnología nueva y telesalud	43
9. FACTURACIÓN	44
A. Notificaciones de Explicación de Beneficios o Rechazo del Pago	44
B. Qué hacer si recibe una factura	44
10. RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES	45
A. Determinaciones de beneficios adversas, reclamos y quejas	45
B. Apelaciones	45
C. Cómo presentar un reclamo, queja o apelación	47
D. Proceso de reclamo/apelación del Estado	47
E. Resoluciones de apelaciones revocadas	48
F. Presentar sugerencias para cambiar políticas y procedimientos	49
11. CAMBIAR LA MCO	49
A. Reglas de los primeros 90 días	49
B. Una vez cada 12 meses	49
C. Cuando hay una razón aprobada para cambiar de MCO	49
D. Cómo cambiar su MCO	50
12. DENUNCIAS DE FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO	50
A. Tipos de fraude, malversación y abuso	50
B. Cómo denunciar fraude, malversación y abuso	51
ANEXO A: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS	52
ANEXO B: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	53
ANEXO C: SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS POR PRIORITY PARTNERS	56
ANEXO D: PROGRAMAS PRENATAL/POSTPARTO	58
ANEXO E: PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD	59
ANEXO F: PROCESO DE RECLAMOS/APELACIONES INTERNO DE MCO	60
ANEXO G: DIRECTIVA ANTICIPADA	62

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE HEALTHCHOICE

A. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid, también llamado Asistencia Médica, es un programa de seguro de salud (cobertura de gastos incurridos por los servicios de salud) que cada estado administra junto con el gobierno federal. Maryland Children's Health Program (MCHP), una rama de Medicaid, brinda seguro de salud a menores de 19 años. Medicaid provee cobertura a:

- Familias con bajos ingresos;
- Miembros embarazadas con bajos ingresos;
- Niños con bajos ingresos (familias con ingresos superiores podrán abonar una prima o arancel mensual);
- Adultos con bajos ingresos y
- Personas discapacitadas con bajos ingresos

B. ¿Qué es HealthChoice?

HealthChoice es el programa Medicaid Managed Care de Maryland. HealthChoice brinda atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los afiliados de HealthChoice deben inscribirse en una Organización de Servicios Médicos Administrados (MCO). Los afiliados pueden elegir su MCO (también llamada plan) como así también a un proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, ayudante médico o enfermero médico. El PCP supervisará y coordinará su atención médica. Algunos beneficiarios de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Ellos recibirán sus beneficios de atención médica a través del sistema de aranceles por servicios de Medicaid.

Las MCO son organizaciones de atención médica que brindan beneficios de atención médica a beneficiarios de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales de atención médica incluyen:

- Servicios médicos: servicios prestados por una persona con licencia para brindar atención médica a pacientes internados/pacientes ambulatorios
- Servicios hospitalarios: servicios prestados por establecimientos con licencia para brindar beneficios a pacientes internados/pacientes ambulatorios
- Servicios de farmacia: servicios para proporcionar medicamentos recetados y suministros médicos

Ver páginas 13 a 19 para conocer la lista completa de beneficios de HealthChoice.

Las MCO contratan a un grupo de profesionales (proveedores) de atención médica con licencia y certificados para brindar servicios cubiertos a sus afiliados, llamados colectivamente red. Las MCO son responsables de proveer o coordinar una amplia gama de servicios de atención médica cubiertos por el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que su MCO no está obligado a cubrir, pero que el Estado sí cubrirá.

Los beneficios de HealthChoice se limitan a los residentes de Maryland y, por lo general, se limitan a servicios prestados en el Estado de Maryland. Los beneficios no pueden transferirse a otros estados. En algunos casos, la MCO podrá permitirle que reciba los servicios en un estado cercano en caso de que el proveedor esté más cerca y en la red de MCO.

C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para conservar HealthChoice, usted debe tener Medicaid. La mayoría de las personas necesita volver a solicitarlo una vez por año. Usted recibirá una notificación cuando sea hora de renovar. El Estado podrá renovar automáticamente a algunas personas. Usted recibirá una notificación que le indica qué es lo que se le pide. Si pierde Medicaid, el Estado lo quitará automáticamente de HealthChoice. Existen muchas maneras de renovar Medicaid:

Maryland Health Connection

- Entre las personas elegibles para solicitar o renovar a través de Maryland Health Connection se incluyen:

- ✓ Adultos menores de 65 años;
- ✓ Padre/parientes cuidadores;
- ✓ Miembros embarazadas
- ✓ Niños, incluidos niños de exhogar de acogida.

Puede comunicarse con Maryland Health Connection en línea en <https://www.marylandhealthconnection.gov/> o llamando al 1-855-642-8572 (TTY:1-855-642-8573).

myDHR

- Las personas elegibles para solicitar/renovar a través de myDHR:

- ✓ Personas ancianas, no videntes o discapacitadas (ABD, por sus siglas en inglés);
- ✓ Niños que están en hogar de acogida o en penales juveniles;
- ✓ Personas que reciben Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés);
- ✓ Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) o Beneficiarios Específicos con Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés).

Para obtener más información, visite <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>.

Departamento de Servicios Sociales (DSS) o Departamento de Salud Local (LHD)

- Todos las personas pueden solicitar.

Para comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés), llame al 800-332-6347. Consulte la página 9 para obtener más información sobre su Departamento de Salud Local (LHD, por sus siglas en inglés).

D. Afiliación a HealthChoice/MCO

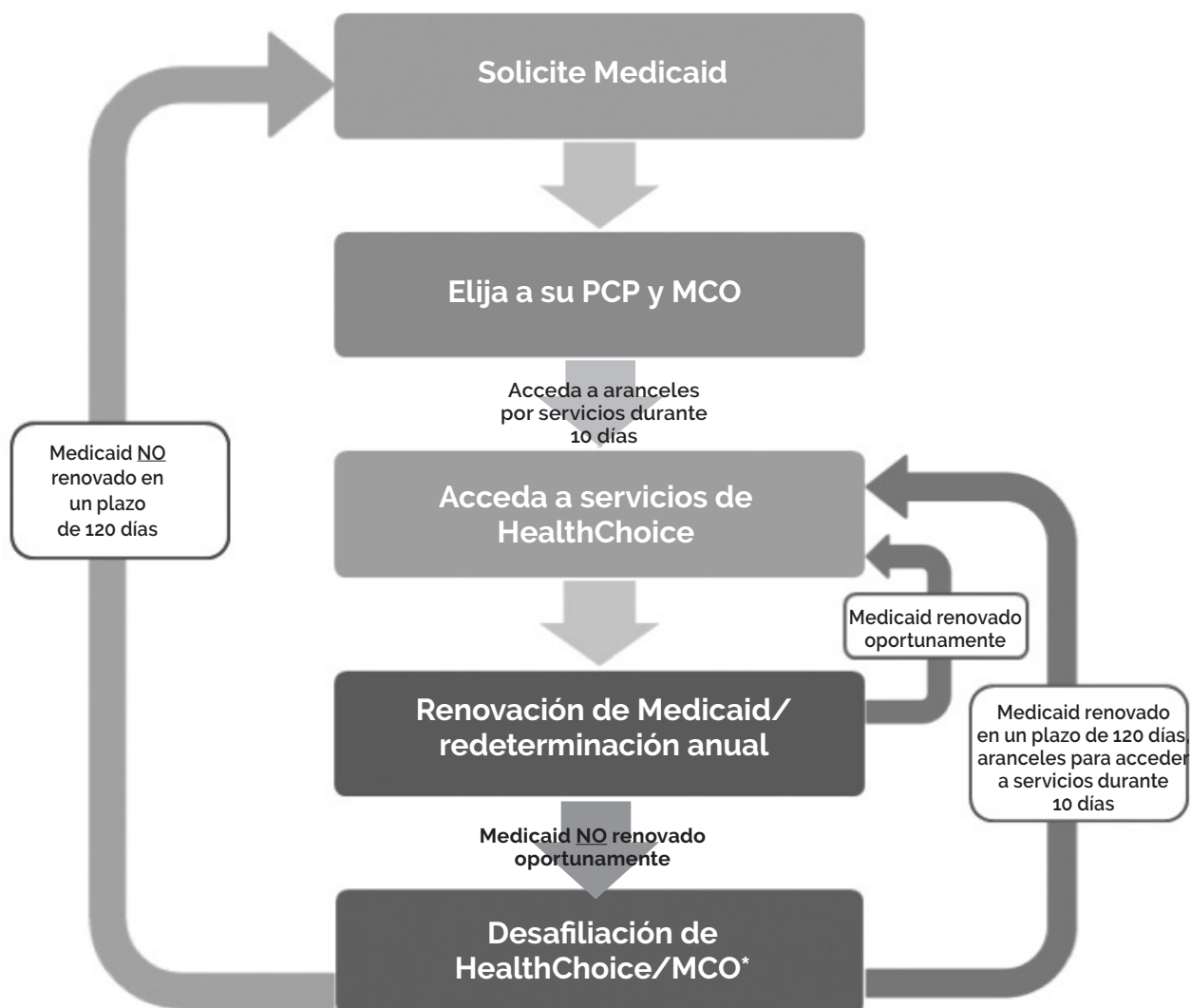
Si usted recibió este Manual para Afiliados de MCO, entonces ha sido inscrito con éxito en HealthChoice. El Estado le envió un paquete de afiliación que explica cómo seleccionar una MCO. Si no eligió ninguna MCO, el Estado automáticamente le asignó una MCO en su área. Después de 10 a 15 días de que haya elegido (o se le haya asignado automáticamente) una MCO, usted está inscrito en HealthChoice. Hasta ese momento, usted podrá usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid otorgada por el Estado.

Usted debe usar su tarjeta de identificación de MCO para obtener los servicios. La Organización de Cuidados Administrados (MCO, por sus siglas en inglés) le asignará un número de identificación distinto de su número de identificación de Medicaid. Ambos números están disponibles en su tarjeta de afiliado. El número de teléfono de Servicio de atención al cliente de MCO y la Línea de Ayuda de HealthChoice (1-800-284-4510) aparecen en su tarjeta. Si tiene preguntas, siempre llame primero a Servicio de atención al cliente de MCO. Si no ha recibido su tarjeta de identificación de afiliado de MCO o perdió su tarjeta, llame a Servicio de atención al cliente de MCO (ver Anexo A).

La comunicación es clave para asegurar que se satisfagan sus necesidades de atención médica. Ayude a la MCO a brindarle un mejor servicio. Si se afilió por teléfono o por Internet, le pidieron que complete el formulario Información sobre necesidades de servicio de salud. Esta información ayuda a la MCO a determinar qué tipos de servicios podrá necesitar y cuán rápido los necesita. Si el formulario no se ha completado, trataremos de contactarlo así podemos conocer sus necesidades.

La MCO lo ayudará a recibir la atención y los servicios necesarios. Si mantuvo su PCP pero han transcurrido más de tres meses desde su última cita, llame para saber cuándo debe realizar una consulta de bienestar. Si eligió a un PCP nuevo, haga una cita ahora. Es importante que conozca a su PCP. El PCP lo ayudará a coordinar su atención y servicios. La MCO lo ayudará a recibir la atención y los servicios necesarios.

E. Proceso de afiliación a HealthChoice



**El Estado le dará de baja de HealthChoice y de su MCO cuando Medicaid NO se renueve a tiempo.*

F. Elegibilidad/Desafiliación de HealthChoice

Usted permanecerá afiliado al Programa HealthChoice y en la MCO a menos que omita renovar y no sea más elegible para Medicaid. Si su Medicaid se cancela, el Estado automáticamente cancelará su afiliación en la MCO.

Incluso si usted aún califica para Medicaid, otras situaciones provocarán que el Estado cancele su cobertura de MCO. Esto sucede cuando:

- Usted cumple 65 años, independientemente de si usted está afiliado a Medicare;
- Usted se afilia a Medicare antes de los 65 años por discapacidad;
- Usted está en una residencia de cuidados durante más de 90 días o pierde cobertura de Medicare mientras está allí;
- Usted califica para recibir atención a largo plazo;
- Usted es admitido en una instalación de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales;
- Usted está en la cárcel (es decir, un juez lo ha condenado a permanecer arrestado en la cárcel o prisión) o
- Usted se muda a otro estado.

Si usted pierde elegibilidad para Medicaid pero vuelve a obtener la cobertura dentro de los 120 días, el Estado lo volverá a afiliar en la misma MCO. Sin embargo, su reinscripción en la MCO tardará 10 días en entrar en vigor. Hasta ese momento, usted podrá usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid si su proveedor la acepta.

Asegúrese siempre de que el proveedor acepte su seguro, caso contrario, usted será responsable de pagar la factura. Asimismo, recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas ejecutados por el Estado. No son como el programa Medicare federal para las personas ancianas y discapacitadas. HealthChoice sólo se acepta en Maryland y por proveedores en estados cercanos que forman parte de la red de MCO o con quienes la MCO ha coordinado su atención. Incluso cuando una compañía de seguros a nivel nacional opera una MCO de Maryland, la MCO sólo está obligada a cubrir servicios de emergencias cuando usted esté fuera del Estado.

G. Actualizar estatus e información personal

Usted debe notificar al Estado en el que solicitó Medicaid (por ejemplo, Maryland Health Connection, el DSS local o myDHR, o el departamento de salud local) acerca de cualquier cambio en su estatus o si es necesario efectuar correcciones. Usted también debe mantener a su MCO informada acerca de dónde vive y cómo contactarlo. Notifique al Estado cuando:

- Cambia de dirección postal (Si su dirección de correo es diferente a donde vive, nosotros también necesitamos saber dónde vive)
- Usted se muda (Recuerde que usted debe ser un residente de Maryland)
- Usted necesita cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número de Seguro Social
- Aumentan sus ingresos
- Usted tiene un bebé, adopta un niño o entrega a un niño en adopción o en un hogar de acogida
- Usted gana o pierde un dependiente para fines tributarios
- Usted gana o pierde otros seguros de salud
- Cambia su estatus de discapacidad
- Usted está involucrado en un accidente o es lesionado y otro seguro o persona puede ser responsable
- Usted se casa o se divorcia

2. INFORMACIÓN IMPORTANTE

A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales

Condado	Número de teléfono principal	Sitio web
Afiliación a HealthChoice	1-855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 1-800-977-7389	https://www.marylandhealthconnection.gov
Preguntas generales sobre HealthChoice	410-767-5800 (local) 1-800-492-5231 (resto del estado) TDD (para personas con problemas de audición) 1-800-735-2258	https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx
Línea de Ayuda de HealthChoice (para problemas y reclamos sobre acceso, proceso de afiliación y calidad de la atención)	1-800-284-4510	
Miembros embarazadas y planificación familiar	1-800-456-8900	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/Home.aspx
Healthy Kids, EPSDT	410-767-1903	https://mmcp.dhmf.maryland.gov/epsdt
Programa Dental Healthy Smiles	1-855-934-9812	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx
Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM): para preguntas sobre referidos, elegibilidad, quejas, servicios	1-800-565-8190	https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.asp
Salud Mental y trastornos por uso de sustancias: para referidos, información de proveedores, quejas, preautorización	1-800-888-1965	https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx
Centro de Atención a los Clientes de Maryland Health Connection	1-855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 1-855-642-8573	https://www.marylandhealthconnection.gov/

B. Local Health Department Contact Information

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU)	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	https://health.maryland.gov/allegany
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	http://www.aahealth.org
Ciudad de Baltimore	410-396-4398	410-396-2828	410-640-5000	http://health.baltimorecity.gov
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741	http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health
Calvert	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400 int. 360	http://www.calverthealth.org
Caroline	410-479-8023	410-479-8014	410-479-8189	https://www.carolinehd.org/
Carroll	410-876-4940	410-876-4813	410-876-4941	http://cchd.maryland.gov
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5145	http://www.cecilcountyhealth.org
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6803 301-609-6855 301-609-6760	http://www.charlescountyhealth.org
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-228-3223	http://www.dorchesterhealth.org
Frederick	301-600-1029	301-600-3101 301-600-3364	301-600-3124	http://health.frederickcountymd.gov
Garrett	301-334-7777	301-334-7726	301-334-7771	http://garrettthealth.org
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	http://harfordcountyhealth.com
Howard	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323	https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	http://kenthd.org
Montgomery	311 o 240-777-0311	240-777-5899 240-777-5890	240-777-1648 240-777-1640 240-777-4322	http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU)	Sitio web
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services
Queen Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	www.qahealth.org
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	http://www.smchd.org
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1700	http://somersethealth.org
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	http://talbothealth.org
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3222	https://washcohealth.org/
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142	410-543-6942	https://www.wicomicohealth.org
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	http://www.worcesterhealth.org

3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

A. Como afiliado de HealthChoice, usted tiene derecho a:

- Recibir atención médica y servicios que sean competentes desde el punto de vista cultural y sin discriminación.
- Haga que su dignidad y privacidad sean tratadas con respeto.
- Recibir información, incluso información sobre las opciones de tratamiento y alternativas, más allá del costo o cobertura de beneficios, de una manera en que pueda entender.
- Participar en decisiones referidas a su atención médica, incluso el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de cualquier tipo de restricción o aislamiento usado como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan según se permita.
- Solicitar, sin ningún cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información que se utilizó en una determinación de beneficio adversa.
- Ejercer sus derechos y que dicho ejercicio no produzca efectos adversos en la manera en que las Organizaciones de Servicios Médicos Administrados (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland lo tratan.
- Presentar apelaciones y quejas ante una MCO.
- Presentar apelaciones, quejas y participar en audiencias justas del Estado con el Estado.
- Solicitar que continúen los beneficios permanentes durante una apelación o audiencia justa del Estado. Sin embargo, usted tal vez deba abonar los beneficios permanentes si la decisión se mantiene en la apelación o audiencia.
- Recibir una segunda opinión de otro médico dentro de la misma MCO o de un proveedor fuera de la red en caso de que el proveedor no esté disponible dentro de la MCO, si usted no acepta la opinión de su médico acerca de los servicios que necesita. Contactar a su MCO para recibir ayuda con esto.
- Recibir otra información sobre cómo se administra su MCO, incluida la estructura y el funcionamiento de la MCO como así también planes de incentivo para médicos. Usted puede solicitar esta información si llama a su MCO.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Efectuar recomendaciones referidas a la política de derechos y responsabilidades de los afiliados de la organización.

B. Como afiliado de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de:

- Informar a su proveedor y MCO si tiene otra cobertura de seguro de salud.
- Tratar al personal de HealthChoice, al personal de MCO y a los proveedores y al personal de atención médica con respeto y dignidad.

- Acudir a las citas con puntualidad y notificar a los proveedores lo más pronto posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar su tarjeta de afiliado cuando ingresa para las citas. No permitir nunca que nadie use su tarjeta de Medicaid o MCO. Denunciar la pérdida o hurto de tarjetas de identificación de afiliado a la MCO.
- Llamar a su MCO si tiene un problema o reclamo.
- Colaborar con su PCP para crear y seguir un plan de atención convenido por usted y su PCP.
- Hacer preguntas sobre su atención y permitir que su proveedor sepa si hay algo que no entiende.
- Entender sus problemas de salud y comunicarse con su proveedor para establecer objetivos de tratamiento de acuerdo mutuo que usted deberá cumplir.
- Informar al Estado si se ha producido un cambio en su estatus.
- Brindar a la MCO y a sus proveedores información de salud correcta a fin de proporcionarle la atención adecuada.
- Recurrir al departamento de emergencias solamente en situaciones de emergencia.
- Avisar a su PCP de inmediato tras recibir atención de emergencia.
- Informar a sus cuidadores sobre cualquier cambio que se produzca en su Directiva Avanzada.

C. Declaración de no discriminación

La política de todas las MCO de HealthChoice prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado un procedimiento de quejas interno que brinda una resolución inmediata y equitativa de los reclamos que aleguen toda acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (42 U.S.C. 18116) y sus regulaciones de implementación en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 92, promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus regulaciones de implementación podrán ser examinadas en la oficina de cada coordinador de no discriminación de MCO que haya sido designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO para cumplir con la Sección 1557.

Toda persona que considere que alguien ha estado sufriendo discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja en virtud de este procedimiento. La ley prohíbe que una MCO tome represalias contra quien se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas deben presentarse ante el Coordinador de la Sección 1557 dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que la persona que presenta la queja se entera de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito con nombre y dirección de la persona que lo presenta. El reclamo debe indicar el problema o acción que se alega como discriminatoria y el recurso o reparación que se pretende.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) deberá efectuar una investigación del reclamo. La investigación podrá ser informal pero será exhaustiva y dará a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar pruebas relativas al reclamo. Los Coordinadores de la Sección 1557 mantendrán los expedientes y registros relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible y de acuerdo con la ley aplicable, los Coordinadores de la Sección 1557 tomarán las medidas necesarias para preservar la confidencialidad de los expedientes y registros relacionados con las quejas y los compartirán sólo con quienes tengan derecho a conocerlos.

- Los Coordinadores de la Sección 1557 emitirán una decisión escrita sobre la queja, basada en la preponderancia de las pruebas, en un plazo máximo de 30 días contados a partir de su presentación, incluida una notificación dirigida al denunciante acerca de su derecho a buscar otros recursos administrativos y legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de queja no impide que una persona busque otros recursos legales o administrativos, incluida la presentación de un reclamo de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en los tribunales o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Una persona puede presentar un reclamo por discriminación por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Línea gratuita: 800-368-1019 – TDD (para personas con problemas de audición): 800-537-7697

Los formularios de reclamos están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Dichos reclamos deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la supuesta discriminación.

Las MCO efectuarán las gestiones pertinentes para asegurar que las personas con discapacidades y las personas con un manejo limitado del idioma inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia idiomática, respectivamente, en caso de ser necesarios para participar en este proceso de quejas. Dichas gestiones podrán incluir, a modo de ejemplo, proporcionar intérpretes calificados, entregar casetes grabados de material para personas con poca vista o asegurar un lugar sin obstáculos para los procedimientos. Los Coordinadores de la Sección 1557 se encargarán de dichas gestiones.

D. Aviso de Prácticas de Privacidad

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige a las MCO y a los proveedores que informen sus prácticas de privacidad a sus afiliados. El Aviso de Prácticas de Privacidad informa a los afiliados acerca de sus derechos a la privacidad así como también el acceso y divulgación de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Entre los ejemplos de PHI se incluyen registros médicos, reclamos/facturación médicos y registros de plan de salud. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante su proveedor, MCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Para presentar un reclamo, vea la información de contacto que aparece a continuación:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor
- MCO: llame a Departamento de cumplimiento de MCO
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
 - Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
 - Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
 - Por escrito:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, DC 20201

Ver Anexo B para conocer el Aviso de Prácticas de Privacidad de MCO.

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

A. Beneficios de HealthChoice

Esta tabla enumera los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los afiliados de HealthChoice. Lea el cuadro detenidamente ya que algunos beneficios tienen límites, usted debe tener una determinada edad o un determinado tipo de problema. Salvo por los copagos de farmacia (el arancel que el afiliado abona por un servicio de atención médica), a usted nunca deben cobrarle por ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adecúen de la mejor manera posible a sus necesidades de atención médica. Usted recibirá la mayoría de estos beneficios por parte de los proveedores que participan en la red de la MCO (proveedor participante) o podrá necesitar un referido para acceder a ellos. He aquí algunos de los servicios y beneficios que podrá recibir por parte de los proveedores que no participan con su MCO (proveedor no participante) y que no requieren de ningún referido. Estos servicios se denominan servicios de autoreferido.

Las MCO pueden no exigir los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales como exámenes de la vista más frecuentes (ver Anexo C). Estos se llaman beneficios adicionales y pueden cambiar año tras año. Si tiene preguntas, llame a Servicio de atención al cliente de MCO.

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Atención primaria Servicios	Son la totalidad de los servicios de salud básicos que necesita para satisfacer sus necesidades de salud generales y suelen ser prestados por su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, enfermera de práctica avanzada o ayudante médico.	Todos los afiliados	
Servicios de examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para niños https://mmcp.dhmh.maryland.gov/epsdt	Controles periódicos de bienestar para niños, inmunizaciones (vacunas) y controles para detectar problemas de desarrollo y consejos de bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo que sea necesario para atender a niños enfermos y mantener bien a los niños sanos.	Afiliados menores de 21 años	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios relacionados con el embarazo	Atención médica durante y luego del embarazo, incluidas las hospitalizaciones, acompañamiento de doula y, cuando fuere necesario, visitas a domicilio luego del parto.	Miembros que están embarazadas y durante un año luego del parto.	
Planificación familiar	Consultas al consultorio de planificación familiar, pruebas de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluyen condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin la receta del médico) y esterilizaciones permanentes.	Todos los afiliados	
Servicios primarios de salud mental	Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental proporcionados por su PCP u otro proveedor de la MCO. Si necesita más que meros servicios básicos de salud mental, su PCP lo derivará o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 1-800-888-1965 para obtener servicios especializados de salud mental.	Todos los afiliados	No recibe servicios especializados de salud mental por parte de una MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo referirá al Sistema Público de Salud del Comportamiento o usted puede llamar a dicho sistema al 1-800-888-1965

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios dentales	El programa dental Healthy Smiles de Maryland cubre una amplia gama de servicios dentales que incluyen revisiones periódicas, limpieza dental, tratamientos con flúor, radiografías, empastes, endodoncias, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, obtener una nueva identificación de miembro o un manual, o para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame a Atención al cliente de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812.	Todos los miembros	
Cobertura de medicamentos recetados (servicios de farmacia)	La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos recetados (medicamentos dispensados sólo con una receta de un prescriptor autorizado) insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos de control de la natalidad, aspirina recubierta para la artritis, píldoras de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Usted puede recibir condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin receta médica.	Todos los afiliados No se aplican copagos para menores de 21 años, Miembros embarazadas, personas en un centro de enfermería u hospital para enfermos terminales, ni para control de la natalidad	
Servicios especializados	Los servicios de atención médica prestados por médicos especialmente capacitados, enfermeras de práctica avanzada o ayudantes médicos. Podría ser necesario que su PCP lo refiera a un especialista para recibir estos servicios.	Todos los afiliados	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios de laboratorio y diagnóstico	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a descubrir la causa de cualquier enfermedad.	Todos los afiliados	
Servicios de atención médica en el hogar	Servicios de atención médica recibidos en el hogar que incluyen enfermería y asistencia de salud a domicilio.	Aquellos que necesitan atención de enfermería especializada (atención prestada por una enfermera registrada o bajo su supervisión) a domicilio, por lo general luego de una hospitalización	Ningún servicio de cuidado personal (ayuda para la vida diaria).
Administración de casos	Se podrá asignar un administrador del caso que lo ayudará a planificar y recibir los servicios de atención médica. El administrador del caso también lleva un registro de los servicios que son necesarios y los que ya se han proporcionado. Usted debe comunicarse con el administrador del caso para recibir una administración del caso eficaz.	(1) Niños con necesidades especiales de atención médica; (2) Miembros embarazadas y puérperas; (3) Personas con VIH/ SIDA; (4) Personas sin vivienda; (5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo; (6) Niños bajo cuidado supervisado por el estado y (7) Administración de casos proporcionados por MCO para otros afiliados, según se necesite	
Cuidado de la diabetes	Servicios especiales, equipos médicos y suministros para afiliados con diabetes.	Afiliados a los que se les ha diagnosticado diabetes.	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Programa de prevención de la diabetes	Un programa para prevenir la diabetes en los afiliados que están en riesgo.	Afiliados de entre 18 y 64 años de edad con sobrepeso y elevado nivel de glucosa en sangre o antecedentes de diabetes gestacional.	No es elegible si anteriormente le diagnosticaron diabetes o si está embarazada.
Podiatría	Cuidado de los pies cuando fuere necesario por determinación médica.	Todos los afiliados	Cuidado de los pies de rutina, a menos que sea menor de 21 años o tenga diabetes o enfermedad vascular que afecta a las extremidades inferiores
Cuidado de la vista	Exámenes de la vista <i>Menores de 21: un examen por año</i> Mayores de 21 años: un examen cada dos años Anteojos y lentes de contacto <i>Sólo menores de 21 años.</i> Lentes de contacto si existe una razón médica por la cual no servirán los anteojos.	Eye Exams All members Glasses and Contact Lenses Members under age 21	More than one pair of glasses per year unless lost, stolen, broken, or new prescription needed
Equipos de oxígeno y asistencia respiratoria	Tratamiento para problemas respiratorios.	Todos los afiliados	
Atención para pacientes internados	Servicios y atención recibidos para una admisión programada y no programada a estadias hospitalarias como paciente internados (hospitalización).	Todos los afiliados con autorización o en caso de emergencia	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Atención para pacientes ambulatorios	Servicios y atención recibidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios que no requieren de la admisión de pacientes internados en el hospital. Los servicios incluyen servicios de diagnóstico y laboratorio, consultas al médico y procedimientos para pacientes ambulatorios autorizados.	Todos los afiliados	Las MCO no están obligadas a cubrir servicios de observación hospitalaria más allá de las 24 horas
Atención de emergencia	Servicios y atención recibidos en una sala de emergencias de un hospital para tratar y estabilizar a una afección médica de emergencia.	Todos los afiliados	
Atención urgente	Servicios y atención recibidos en una sala de atención urgente para tratar y estabilizar a una necesidad médica de urgencia.	Todos los afiliados	
Servicios de cuidados paliativos	Servicios de salud domiciliarios y para pacientes internados creados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas con enfermedad terminal.	Todos los afiliados	
Residencia de cuidados / hospitalización crónica	Atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación hasta 90 días	Todos los afiliados	
Servicios/dispositivos de rehabilitación	Servicios/dispositivos para pacientes ambulatorios que ayudan al afiliado en su vida cotidiana. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla.	Miembros mayores de 21 años. Los miembros menores de 21 años son elegibles bajo EPSDT (ver sección 6E).	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios/dispositivos de habilitación	Servicios/dispositivos que ayudan al afiliado en su vida cotidiana. Los servicios incluyen servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.	Afiliados elegibles; los beneficios pueden ser limitados	
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida de audición.	Todos los afiliados	Los afiliados mayores de 21 años deben cumplir con determinados requisitos para recibir dispositivos de audición.
Sangre y productos sanguíneos	Sangre que se utiliza en una operación, etc.	Todos los afiliados	
Diálisis	Tratamiento para enfermedades renales.	Todos los afiliados	
Equipos médicos duraderos y suministros médicos desechables	Los equipos médicos duraderos (pueden usarse de manera repetida) incluyen muletas, andadores y sillas de ruedas. Los suministros médicos desechables (pueden usarse sólo una vez) son equipos y suministros que no tienen uso práctico ante la ausencia de enfermedad, lesión, discapacidad o afección de salud. Los suministros médicos desechables incluyen suministros de tiras reactivas para dedos, apósitos para heridas y suministros para la incontinencia.	Todos los afiliados	
Trasplantes	Trasplantes necesarios por determinación médica.	Todos los afiliados	Sin trasplantes experimentales.
Ensayos clínicos	Costos de los afiliados para estudios dirigidos a probar la eficacia de nuevos tratamientos o fármacos.	Members with few threatening conditions, when authorized	

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Lo que no obtiene con este beneficio
Cirugía plástica y reconstructiva	Cirugía que corrige una deformidad provocada por enfermedad, traumatismo o anormalidades congénitas o del desarrollo, o para restablecer funciones corporales.	Todos los afiliados	Cirugía cosmética para mejorar su apariencia

B. Servicios de autoreferido

Usted acudirá a su PCP para recibir la mayoría de su atención médica o su PCP lo enviará a un especialista que trabaja para la misma MCO. Para algunos tipos de servicios, usted puede elegir un proveedor local que no forme parte de su MCO. La MCO pagará al proveedor no participante por los servicios si el proveedor acepta atenderlo y acepta el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera son denominados servicios de autoreferido. La MCO también pagará cualquier trabajo de laboratorio y medicamento relacionado que reciba en el mismo sitio en el que recibió la consulta de autoreferido. A continuación se indican los servicios de autoreferido:

- Servicios de emergencia;
- Planificación familiar;
- Embarazo, en determinadas condiciones, y centros de maternidad;
- Control médico de un recién nacido;
- Centros de salud escolares;
- Evaluación para colocación en un hogar de acogida;
- Determinados especialistas para niños:
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal y
- Análisis de laboratorio para detección de COVID-19

Servicios de emergencia

Una emergencia es una condición médica que es repentina, grave y pone su vida en peligro a menos que reciba atención inmediata. Usted no necesita preautorización ni un referido de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica proporcionados en la sala de emergencias de un hospital como resultado de una condición médica de emergencia. Luego de que se lo trate o estabilice por una condición de emergencia, usted puede necesitar servicios adicionales para asegurarse de que la condición de emergencia no regrese. Estos son los denominados servicios de postestabilización.

Servicios de planificación familiar (control de la natalidad)

Si opta por ello, usted puede consultar a un proveedor que no forme parte de su MCO por servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros de anticoncepción, pruebas de laboratorio y visitas al consultorio que sean necesarias por determinación médica. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar pero no es un servicio de autoreferido. Si necesita una esterilización voluntaria, deberá contar con la preautorización de su PCP y debe recurrir a un proveedor que forme parte de la red de MCO.

Servicios por embarazo

Si usted estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visto a un proveedor no participante para al menos un control médico prenatal completo, puede optar por seguir viendo a dicho proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y durante un año tras el nacimiento del bebé para que le efectúe el seguimiento, siempre y cuando el proveedor no participante acepte continuar tratándola.

El acompañamiento de la doula está disponible para visitas prenatales, asistencia durante el trabajo de parto y el parto, y las visitas de posparto. Usted también tiene acceso a servicios de visitas a domicilio. Los servicios de visitas a domicilio brindan apoyo a las miembros embarazadas durante el embarazo y el nacimiento del bebé, como así también apoyo para padres y niños durante el período de posparto y hasta los dos o tres años de edad. Los servicios de visitas a domicilio incluyen visitas a domicilio prenatales, visitas a domicilio de posparto y visitas a domicilio del recién nacido. El apoyo grupal con CenteringPregnancy también está disponible para brindar educación y apoyo con miembros que tienen fechas probables de parto cercanas a la suya.

Centros de maternidad

Los servicios que se proveen en un centro de maternidad, incluido un centro fuera del estado que esté ubicado en un estado contiguo (un estado que limite con Maryland).

Primer control médico del bebé antes de dejar el hospital

Es mejor elegir al médico de su bebé antes del parto. Si el médico perteneciente a MCO que usted eligió u otro médico dentro de la red de MCO no ve a su hijo recién nacido para un control médico antes de que esté listo para irse del hospital y dirigirse a su casa, la MCO le pagará al médico de guardia para que haga el control médico en el hospital.

Servicios de centros de salud escolares

Respecto de los niños inscritos en escuelas que tienen un centro de salud, existe una serie de servicios que pueden recibir en el centro de salud de la escuela. A su hijo igualmente se le asignará un PCP. Los servicios incluyen:

- Visitas al consultorio y tratamiento para enfermedades agudas o físicas urgentes, incluidos los medicamentos necesarios;
- Seguimiento de visitas de EPSDT cuando fuere necesario y
- Servicios de autoreferido de planificación familiar.

Control médico para niños que ingresan a la custodia del Estado

Los niños que ingresan a cuidado de hogar de acogida o cuidado de familiares tienen que ser controlados por un médico en un plazo de 30 días. El padre o madre de acogida pueden elegir a un proveedor que les convenga para autoreferirse esta consulta.

Ciertos proveedores para niños con necesidades especiales de atención médica

Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autoreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedor no participante) en determinadas condiciones. El autoreferido para niños con necesidades especiales tiene como fin asegurar la continuidad de la atención y asegurar que se ejecuten los planes de atención adecuados. El autoreferido para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá si la afección que es la base de las necesidades de atención médica especiales del niño se diagnosticó antes o luego de la afiliación inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales fuera de la red sólo si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- Afiliado nuevo: un niño que, en el momento de la afiliación inicial, recibía estos servicios como parte de un plan actual de atención puede continuar recibiendo estos servicios especializados si el proveedor preexistente fuera de la red envía el plan de atención médica para su revisión y aprobación dentro de los 30 días posteriores a la fecha efectiva de afiliación del niño. Todos los servicios aprobados deben ser necesarios por determinación médica.

- Afiliado ya establecido: un niño que ya estaba afiliado a una MCO cuando se le diagnosticó que tenía una necesidad especial de atención médica, que requiere un plan de atención médica que incluye tipos específicos de servicios, puede solicitar un proveedor fuera de la red específico. La MCO debe satisfacer el pedido a menos que cuente con un proveedor especializado dentro de la red local con la misma capacitación profesional y dominio especializado del campo que esté razonablemente disponible y ofrezca los mismos servicios.

Servicio de diagnóstico y evaluación (DES)

Si tiene VIH/SIDA, puede recibir una consulta anual del servicio de diagnóstico y evaluación (DES, por sus siglas en inglés). El DES consistirá de una evaluación médica y psicosocial. Usted debe elegir al proveedor de DES dentro de una lista aprobada de sitios, pero el proveedor no tiene que formar parte de su MCO. La MCO se encarga de ayudarlo con este servicio. El Estado y su MCO pagarán sus pruebas de sangre relacionadas con VIH/SIDA.

Diálisis renal

Si padece de enfermedad renal que requiere que su sangre se limpie de manera periódica, entonces puede elegir a su proveedor de diálisis renal. Usted tendrá la opción de elegir a un proveedor de diálisis renal que forme parte o no de su MCO. Las personas que necesitan este servicio pueden tener derecho para participar en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).

Si la MCO rechaza, reduce o da de baja los servicios, usted puede presentar una apelación.

C. Beneficios no ofrecidos por las MCO pero que sí ofrece el Estado

Los beneficios que figuran en el cuadro a continuación no están cubiertos por la MCO. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del Estado haciendo uso de su tarjeta de Medicaid roja y blanca o la tarjeta dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1800-284-4510.

Beneficio	Descripción
Servicios dentales	Se ofrece odontología general, incluidos el tratamiento normal, y de emergencia. A estos servicios los provee el Programa Dental Healthy Smiles de Maryland, administrado por SKYGEN USA. Si es elegible para el Programa de Servicios Dentales, recibirá información y una tarjeta dental de SKYGEN USA. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Programa Dental Healthy Smiles de Maryland al 1-855-934-9812.
Terapia ocupacional, física y del habla y audiología para menores de 21 años	El Estado abona estos servicios si son necesarios por determinación médica. Para que lo ayuden a encontrar un proveedor, usted puede llamar al número directo del Estado al 1-800-492-5231.
Dispositivos que aumentan el habla	Equipos que ayudan a las personas con problemas del habla a comunicarse.
Salud del comportamiento	Los servicios para trastornos por uso de sustancias y los servicios especializados de salud mental se prestan a través del Sistema Público de Salud del Comportamiento. Puede contactarse con ellos llamando al 1-800-888-1965.

Beneficio	Descripción
Establecimientos de atención intermedia (ICF, por sus siglas en inglés) y servicios para personas con retraso mental (MR, por sus siglas en inglés)	Se trata de un tratamiento en un establecimiento de atención médica para personas con discapacidad intelectual y que necesitan este nivel de atención.
Servicios especializados de cuidado personal	Se trata de una ayuda especializada para las actividades de la vida cotidiana.
Servicios de guardería médica	Su fin es ayudar a mejorar las habilidades en la vida diaria en un centro autorizado por el estado o el departamento de salud local, que incluye servicios médicos y sociales.
Servicios de residencia de cuidados y atención médica a largo plazo	La MCO no paga por su atención en una residencia de cuidados, hospital de rehabilitación crónica u hospitalización crónica después de transcurridos los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras está en una residencia de cuidados, no volverá a ser inscrito en la MCO. Si ello llegase a suceder, tendrá que solicitar Medicaid de acuerdo con las normas de cobertura de atención a largo plazo. El Estado se responsabilizaría si aún cumple con los requisitos del Estado luego de desafiliarse a la MCO o después de que la MCO haya abonado los primeros 90 días.
VIH/SIDA	A ciertos servicios de diagnóstico para el VIH/SIDA los paga el Estado (pruebas de carga viral, genotípicas y fenotípicas u otras pruebas de resistencia de VIH/SIDA).
Servicios de aborto	Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos está cubierto por el Estado sólo si: ■ La paciente tendrá problemas de salud física o mental graves, o podría morir, si la miembro tiene al bebé; ■ La paciente quedó embarazada por violación o incesto y denunció el delito ■ El bebé tendrá problemas de salud muy graves. Las miembros que son elegibles para HealthChoice únicamente por sus embarazos no son elegibles para los servicios de aborto.

Beneficio	Descripción
Servicios de transporte	Transporte médico de emergencia <i>Los servicios médicos mientras se traslada al afiliado al establecimiento de atención médica como respuesta a una llamada del 911. Este servicio es proporcionado por compañías de bomberos locales. Pero si usted atraviesa una afección médica de emergencia, llame al 911.</i> Transporte médico que no es de emergencia <i>Las MCO no tienen la obligación de brindar transporte para consultas médicas que no sean de emergencia. Salvo cuando lo envían a un condado lejano para recibir un tratamiento que usted podría recibir en un condado más cercano.</i> Determinadas MCO podrán brindar servicios de transporte como pases para autobús, servicios de transporte en furgoneta y taxis hasta citas médicas. Llame a su MCO para ver si proporcionan algún tipo de servicio de transporte. Los LHD brindan transporte médico que no es de emergencia a las personas calificadas. El transporte sólo se brinda a servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través del LHD está destinado a personas que no cuentan con otros medios para ir a sus citas. Si usted selecciona a una MCO que no se ofrece dentro de su área de servicio, tanto el LHD como la MCO no tienen obligación de brindar servicios de transporte médico que no sean de emergencia. Para recibir asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte de LHD. Para recibir asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.

D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO pero no por el Estado

A comienzos de cada año, las MCO deben avisar al Estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también se llaman beneficios opcionales. La MCO no está obligada a brindar servicios adicionales y el Estado no los cubre. Si alguna vez se produce un cambio en el(los) servicio(s) adicional(es) de la MCO, se le enviará notificación por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia los servicios adicionales o deja de ofrecerlos, no es una razón aprobada para cambiar las MCO. Los servicios y limitaciones opcionales de cada servicio pueden variar según la MCO. El transporte hasta servicios opcionales podrá o no ser proporcionado por la MCO. Para conocer los servicios y limitaciones opcionales proporcionados por su MCO, vea el Anexo C o llame a Servicio de atención al cliente de MCO.

Programas de Participación para la Salud Comunitaria

Puede visitar el sitio web de PPMCO.ORG todos los meses para conocer las oportunidades de participación comunitaria que se llevan a cabo en su comunidad. Solo diríjase a <https://www.ppmco.org/about-us/community-health-advocates/events/> para enterarse sobre distribuciones de alimentos en la comunidad, eventos de mercados de agricultores, ferias de recursos y seminarios educativos en línea para la familia.

Además, puede encontrar recursos comunitarios en su área que van desde servicios de apoyo comunitario a servicios legales en <https://www.ppmco.org/about-us/community-health-advocates/community-resources/>.

Lista de recursos:

- | | |
|-------------|-------------|
| ■ Alimentos | ■ Dinero |
| ■ Vivienda | ■ Cuidados |
| ■ Productos | ■ Educación |
| ■ Tránsito | ■ Trabajo |
| ■ Salud | ■ Legal |

E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por las MCO ni el Estado

A continuación figuran los beneficios y servicios que las MCO y el Estado no están obligados a cubrir (llamados servicios excluidos). El Estado requiere que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Vea el Anexo C o llame a Servicio de atención al cliente de MCO para conocer sus beneficios y servicios adicionales.

Beneficios y servicios no cubiertos:

- Servicios de ortodoncia para personas mayores de 21 años o niños que no tienen un problema grave que les dificulte hablar o ingerir.
- Medicamentos de venta libre (salvo la aspirina recubierta para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años).
- Cuidado de pies de rutina para adultos mayores de 21 años que no padecen diabetes o problemas vasculares.
- Zapatos (ortopédicos) y soportes especiales para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Vacunas para viajar fuera de Estados Unidos continental o atención médica fuera de los Estados Unidos.
- Dieta y programas de ejercicios para ayudarle a perder peso.
- Cirugía cosmética para mejorar su apariencia pero que usted no necesita por ninguna razón médica.
- Servicios de tratamiento de la fertilidad, incluidos servicios para revertir una esterilización voluntaria.
- Habitación privada en hospital para personas sin una razón médica como padecer una enfermedad contagiosa.
- Enfermería de atención privada para personas mayores de 21 años;
- Autopsias.
- Nada experimental a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado y
- Nada de lo que no tenga ninguna necesidad médica.

F. Cambio de beneficios y de establecimientos de prestación de servicios

Cambio de beneficios

A veces los beneficios y servicios de HealthChoice pueden rechazarse, reducirse o eliminarse dado que ya no son más necesarios desde el punto de vista médico. Esto se denomina una determinación de beneficio adversa. Si se produce esta situación, usted recibirá una carta por correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá la posibilidad de presentar un reclamo.

Pérdida de beneficios

La pérdida de beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. La omisión de presentar los documentos necesarios para la redeterminación de Medicaid o de cumplir con los criterios de elegibilidad de

Medicaid puede ocasionar la desafiliación de HealthChoice. Si se torna inelegible para Medicaid, el Estado lo desafiliará de la MCO y perderá los beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad en un plazo de 120 días, será afiliado nuevamente de manera automática con la misma MCO.

Cambio de establecimientos de atención médica

Se lo notificará por escrito en caso de producirse un cambio de establecimiento del proveedor de atención médica. Si el proveedor es un PCP y el cambio de establecimiento es demasiado lejos de su casa, puede llamar a Servicio de atención al cliente de MCO a fin de cambiarlo por un PCP que esté dentro de su área.

5. INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES

A. ¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP), un especialista y la atención especializada?

Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es el principal coordinador de su atención y lo ayuda a manejar sus necesidades y servicios de atención médica. Visite a su PCP para realizarse controles de rutina, recibir consejos médicos, vacunas y referidos a especialistas en caso de ser necesarios. Un PCP puede ser un médico, enfermero médico o ayudante médico que por lo general se desempeñará en el área de Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna o Pediatría.

Cuando necesite un servicio no prestado por su PCP, será referido a un especialista. Un especialista es un médico, enfermero médico o ayudante médico que cuenta con capacitación adicional para centrarse en la prestación de servicios dentro de un área de atención específica. La atención que usted recibe de un especialista se denomina atención especializada. Para recibir atención especializada, necesitará el referido de su PCP. Hay algunos servicios de atención especializada que no necesitan de un referido, estos se denominan servicios de autoreferido. Respecto de las afiliadas mujeres, si su PCP no es un especialista en salud de la mujer, usted tiene derecho a ver a un especialista en salud de la mujer dentro de la red de MCO sin necesidad de contar con ningún referido.

B. Elegir o cambiar proveedores

Cuando se afilia por primera vez a una MCO, necesita elegir un PCP que forme parte de la red de la MCO. Si no tiene un PCP o necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicio de atención al cliente de MCO. Si no elige un PCP, la MCO elegirá uno para usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede cambiarlo en cualquier momento llamando a Servicio de atención al cliente de MCO. Allí lo ayudarán a cambiar su PCP y le informarán acerca de cuándo puede comenzar a ver a su nuevo PCP.

Si los otros miembros de su grupo familiar son afiliados a HealthChoice, también necesitarán elegir a un PCP. Los miembros de un grupo familiar afiliado a HealthChoice pueden elegir al mismo PCP o cada uno puede elegir a uno diferente. Es aconsejable que los afiliados de HealthChoice que sean menores de 21 años elijan a un proveedor de EPSDT. Los proveedores de EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se tornen complejos y costosos. Servicio de atención al cliente de MCO podrán informarle qué proveedores están certificados por EPSDT.

Para ver la lista de proveedores participantes dentro de una MCO, visite los directorios de proveedores que están disponibles en el sitio web de la MCO. Si desea que se le envíe una copia impresa del directorio de proveedores por correo, contacte a Servicio de atención al cliente de MCO.

Sus proveedores no serán sancionados por asesorar o recomendar en su nombre.

C. Desvinculación de un proveedor

A veces, un PCP o proveedor no es más contratado por una MCO o no trabaja más para ella. Si eso sucede con su PCP o proveedor, se le notificará por escrito y/o recibirá una llamada telefónica de la MCO.

- Si la MCO desvincula a su PCP, se le pedirá que elija a un PCP nuevo y podrá tener la posibilidad de cambiar la MCO si dicho PCP forma parte de una MCO diferente.
- Si su PCP rescinde el contrato con su MCO, se le pedirá que elija a un PCP nuevo dentro de su MCO.
- Si no elige un PCP nuevo, su MCO actual elegirá uno para usted. Luego de elegir un PCP, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de MCO por correo con la información actualizada del PCP.

6. RECIBIR ATENCIÓN

A. Concertar o cancelar una cita

Para concertar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. El nombre y número de su PCP aparecerán en el frente de la tarjeta de identificación que le entrega la MCO. Usted también puede llamar a Servicios de atención al cliente de MCO, quienes le brindarán el nombre y número de su PCP u otro proveedor. Para asegurarse de que el personal del consultorio del proveedor pueda tener sus registros listos y tenga disponibilidad en su horario, programe una cita antes de ir al consultorio del proveedor. Cuando programe una cita:

- Informe al personal quién es usted;
- Informe al personal por qué llama;
- Informe al personal si piensa que necesita atención inmediata.

Brindar esta información puede ayudar a determinar cuán rápido necesita la cita.

Llegue puntual el día de la cita. Llegar de manera puntual permite que el proveedor le dedique la mayor parte del tiempo y evita largas horas de espera. En todas las citas, lleve su:

- Tarjeta de Medicaid;
- Tarjeta de identificación de MCO y
- Una identificación con fotografía.

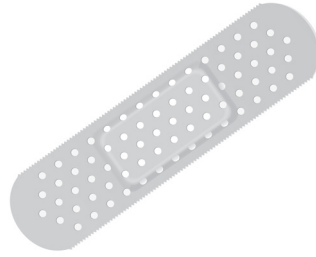
Para cancelar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor tan pronto como sepa que no puede ir a la cita. Cancelar citas permite que los proveedores vean a otros pacientes. Reprograme la cita tan pronto como pueda para mantenerse al día con sus necesidades de atención médica.

B. Referido a un especialista o atención especializada

Su médico de atención primaria (PCP) supervisa su atención. Si su PCP considera que usted necesita atención especializada, lo referirá a un especialista. Según su MCO, podrá ser necesario un referido de su PCP antes de concertar una cita con un especialista. Llame a Servicio de atención al cliente de MCO a fin de conocer sus requisitos para referidos.

C. Servicios fuera del horario normal de atención, atención urgente y atención en sala de emergencias

Sepa dónde ir: según sus necesidades de salud, es importante que elija el lugar adecuado en el momento adecuado. A continuación figura una guía que lo ayudará a elegir el lugar adecuado según sus necesidades de salud.



Consultorio del médico	Centro de atención urgente	Sala de emergencias
■ Controles ■ Exámenes de salud ■ Si algo lo preocupa ■ Tos/resfriado ■ Fiebre ■ Dolor persistente ■ Pérdida de peso inexplicable	■ Enfermedad/lesión menor ■ Gripe/fiebre ■ Vómitos/diarrea ■ Dolor de garganta, dolor de oídos o infección ocular ■ Esguinces/distensiones ■ Posibles huesos fracturados ■ Lesiones deportivas	■ Pérdida del conocimiento ■ Dificultad para respirar ■ Lesión grave en cabeza, cuello o espalda ■ Dolor/presión en el pecho ■ Sangrado grave ■ Envenenamiento ■ Quemaduras graves ■ Convulsiones/ataques epilépticos ■ Huesos con fracturas graves ■ Ataque sexual

Servicios fuera del horario normal de atención

Si necesita atención que no sea de emergencia y fuera del horario normal de atención, llame al consultorio de su PCP. Puede encontrar el número en el frente de su tarjeta de identificación de afiliado de MCO. Su médico o su servicio de respuestas podrán responder a sus preguntas, brindarle instrucciones y coordinar los servicios necesarios. Lo ayudarán a guiarlo hasta el lugar adecuado así puede obtener la mejor atención y evitar facturas innecesarias.

Atención urgente

Si tiene una enfermedad o lesión que podría tornarse en una emergencia dentro de las 48 horas posteriores en caso de no tratarse, vaya al Centro de Atención Urgente. Asegúrese de ir a un Centro de Atención Urgente que pertenezca a la red. No es necesaria la preautorización; sin embargo, asegúrese de que el Centro de Atención Urgente forme parte de la red de MCO o le facturarán a usted. Si no está seguro de si debe ir a un Centro de Atención Urgente, llame a la oficina de su PCP. Puede encontrar el número en el frente de su tarjeta de identificación de afiliado de MCO.

Atención en sala de emergencias

Una afección médica de emergencia se produce cuando usted requiere atención médica inmediata para evitar un daño o disfunción grave de su salud. Si tiene una afección médica de emergencia y necesita atención en sala de emergencias (servicios prestados por una sala de emergencias de un hospital), llame al 911 o vaya al departamento de emergencias hospitalarias más cercano. Usted podrá autoreferirse a cualquier departamento de emergencias. No es obligatoria la preautorización.

Si no está seguro de si debe ir a al departamento de emergencias, llame a la oficina de su PCP. Luego de que se lo trate por una afección médica de emergencia, usted tal vez necesite servicios adicionales para asegurarse de que la afección médica de emergencia no se vuelva a producir. Estos son los denominados servicios de postestabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si usted necesita estos servicios. Si desea información adicional sobre cómo lo deciden, contacte a su MCO.

Si su PCP y MCO no están al tanto de su consulta a la sala de atención de emergencias, llámelos tan pronto como pueda luego de que reciba los servicios de emergencia así pueden coordinar la atención de seguimiento que pueda necesitar.

Opciones de atención por telesalud

Los miembros de Priority Partners tienen acceso a la atención por medio de telesalud mediante Johns Hopkins OnDemand Virtual Care.* Este servicio les permite a los miembros conectarse con un profesional de la atención médica en cuestión de minutos mediante un teléfono celular, una computadora o una tableta. Los miembros pueden usar OnDemand para obtener atención médica todos los días, todo el día, desde cualquier lugar de los EE. UU. cuando no pueden ver a su médico de cabecera; no es necesario hacer una cita. El uso de este servicio está pensado para dolencias menores pero urgentes, como tos o dolor de garganta, sarpullido, alergias estacionales, síntomas de resfrío y de gripe, conjuntivitis, sinusitis y más. OnDemand no es para emergencias médicas. Conozca más y cree una cuenta en hopkinsmedicine.org/ondemand.

La telesalud es otra opción para la atención médica de rutina, así como para control médico. Muchos médicos y profesionales de atención médica pueden ofrecer un examen por telesalud en lugar de que tenga que visitar su consultorio o clínica. La telesalud ofrece una opción privada y práctica, que les permite a los miembros programar citas en cualquier momento y lugar que elijan, como en la comodidad de sus hogares. Es una elección práctica para miembros que quieren recibir atención en cualquier lugar, reducir los tiempos de espera y de viaje, las ausencias en el trabajo o las preocupaciones por el cuidado de los niños. Los miembros a quienes les gustaría tener una cita por video deben llamar al consultorio de su médico para preguntar si usan telesalud al programar su próximo control médico.

D. Cobertura fuera del área de servicio

No todas las MCO operan en todas las áreas del Estado. Si necesita atención que no sea de emergencia mientras está fuera del área de servicio de la MCO, llame a su PCP o a Servicio de atención al clientes de MCO. Ambos números aparecen en su tarjeta de MCO. Si se muda y su casa nueva se encuentra en otro condado de Maryland donde su MCO no presta servicios, puede cambiar de MCO si llama a Maryland Health Connection (855-642-8572). Si decide mantener su MCO, tal vez deba procurarse su propio transporte hasta un proveedor dentro de la red que se encuentre en otro condado.

HealthChoice sólo se acepta en Maryland y por proveedores en estados cercanos que forman parte de la red de la MCO o en caso de que la MCO haya coordinado su atención. Recuerde que cuando usted viaja fuera del Estado de Maryland, la MCO sólo está obligada a cubrir los servicios de emergencia y los servicios de postestabilización.

E. Atención de bienestar para los niños: Healthy Kids - Servicios de examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Es importante que los niños pequeños, los niños más grandes y los adolescentes menores de 21 años se hagan controles periódicos. El programa Healthy Kids (Niños saludables)/EPSDT ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas de salud antes de que se tornen complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre los servicios médicos, dentales, de la vista y de la audición que sean necesarios por determinación médica. Muchos de

los servicios de EPSDT estarán cubiertos por la MCO, pero los servicios dentales, de salud del comportamiento y las terapias se cubrirán a través de aranceles por servicios de Medicaid (ver página 23).

Healthy Kids es el componente de bienestar infantil preventivo de EPSDT. El Estado certificará a los PCP de su hijo a fin de asegurarse de que ellos conozcan los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, estén preparados para realizar los exámenes obligatorios y tengan las vacunas obligatorias así su hijo las recibe cuando fuere pertinente. Le recomendamos que elija a un PCP para su hijo que esté certificado por EPSDT. Si elige a un proveedor que no está certificado por EPSDT, la MCO lo notificará. Usted puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Contacte a Servicio de atención al cliente de MCO si tiene preguntas o necesita ayuda para cambiar el PCP de su hijo.

El cuadro que figura a continuación muestra las edades en las que los niños necesitan consultas de bienestar para niños. Si el PCP de su hijo recomienda más consultas, también se cubrirán. Durante las consultas de bienestar para niños, el PCP examinará la salud de su hijo y todos los aspectos de su desarrollo. El PCP también evaluará si hay problemas a través de exámenes. Algunos exámenes para detectar problemas de salud se realizan a través de análisis de sangre mientras que otros se efectúan mediante un cuestionario. Podrán requerirse exámenes adicionales en base a la edad y el riesgo. El PCP también le ofrecerá consejos y le dirá qué esperar. Asegúrese de asistir a las citas para realizar exámenes de bienestar para niños. No se olvide de las vacunas y asegúrese de que sus hijos se realicen la prueba de sangre que detecta plomo. El plomo en sangre causa problemas graves, por lo tanto, es obligatorio que los niños se realicen pruebas independientemente del riesgo. Esto se aplica incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

Edad	Examen de bienestar para niños Evaluar desarrollo Educación para la Salud	Vacunas en la infancia (*influenza recomendada cada año a partir de los 6 meses de edad)	Prueba de detección de plomo en sangre (*adicional si hay riesgo)
Nacimiento	X	X	
3 a 5 días	X		
1 mes	X		
2 meses	X	X	
4 meses	X	X	
6 meses	X	X	
9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
15 meses	X	X	
18 meses (1,5 año)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2,5 años)	X		
36 meses (3 años)	X		
4 a 20 años	X (anualmente)	X (Edades de 4 a 6, 9 a 12 y 16)	

F. Atención de bienestar para adultos

Las consultas de bienestar a su médico son importantes. Su PCP lo examinará, le proporcionará o recomendará exámenes en base a su edad y necesidades, revisará su historial de salud y conversará con usted sobre sus medicamentos actuales. Su PCP coordinará los servicios que usted necesita para mantenerse saludable. Durante su consulta, informe a su PCP si algo ha cambiado desde su última consulta, si tiene preguntas y sobre cómo se está manejando con su plan de atención. Cuando hable con su PCP, siempre brinde la información más honesta y más actualizada sobre su salud física, social y mental así usted puede recibir la atención que mejor satisfaga sus necesidades.

Recomendaciones de cuidado preventivo para adultos

Servicio	Frecuencia y población
Control de presión arterial	Anualmente
Colesterol	Cada cinco años desde los 35 años en los hombres y 45 años en las mujeres, a partir de los 20 años si hay mayor riesgo
Diabetes	Adultos entre 40 y 70 años con sobrepeso u obesos
Examen de detección de cáncer de colon	Entre los 50 y 75 años de edad, la frecuencia depende de la prueba utilizada: de heces anualmente y hasta una vez cada tres años; flexsigmoide cada cinco años; colonografía por tomografía computarizada (TC) cada cinco años o colonoscopia cada 10 años.
Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual	VIH: Una vez para todos los adultos independientemente del riesgo, de manera adicional según el riesgo Hepatitis C (HCV): Una vez para los nacidos entre 1945 y 1965, los demás según el riesgo. Hepatitis B: Adultos con mayor riesgo Clamidia/gonorrea: Para miembros con órganos reproductores internos Una vez al año para miembros con órganos reproductores internos de entre 16 y 24 años de edad, si son sexualmente activos. Respecto de las personas de 25 años o mayores, se basa en el riesgo. Sífilis Adultos con mayor riesgo
Vacuna de influenza	Anualmente
Vacuna DTaP (tétanos, la difteria y la pertusis acelular)	Una sola vez de adulto (si no se recibe entre los 11 y 12 años), durante cada embarazo
Vacuna Td (tétanos)	Cada 10 años, dosis adicionales según el riesgo
Vacuna herpes (Zóster)	Una sola vez para todos los adultos mayores de 60 años
Vacuna neumocócica (PPSV23)	Una sola vez para personas de entre 2 y 64 años con diabetes, enfermedad pulmonar o enfermedad cardíaca, fumadores, personas alcohólicas o con otros factores de riesgo (hable con su médico para determinar su riesgo)

Servicio	Frecuencia y población
Exámenes para detectar cáncer de mama (mediante mamografía)	Cada dos años entre los 50 y 75 años de edad, según el riesgo entre los 40 y 50 años de edad
Examen de detección de cáncer de pulmón	Anualmente para adultos de entre 55 y 80 años con un historial de fumar 30 paquetes de cigarrillos por día y que sean fumadores activos o que hayan dejado de fumar hace menos de 15 años, examen realizado a través de escáner por TC de baja dosis (LDCT).
Examen de detección de cáncer cervical	Para miembros con órganos reproductores internos: cada tres años para las personas de entre 21 y 29 años, y cada cinco años para las personas de entre 30 y 65 años
Uso/abuso de sustancias: Alcohol, tabaco, otros	Adultos mayores de 18 años, anualmente o con más frecuencia según el riesgo

**Todas las recomendaciones se basan en el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF, por sus siglas en inglés). No incluye las recomendaciones para pacientes mayores de 65 años ya que no son elegibles para HealthChoice.*

G. Administración de casos

Si alguna vez usted tiene una necesidad de atención médica por enfermedad crónica o un episodio de atención que afecta a la situación de su salud, las MCO asignarán a un administrador del caso para que lo ayude a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeras o trabajadores sociales con licencia capacitados para trabajar con sus proveedores a fin de asegurar que se cumplan sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador del caso es importante para que lo ayude a desarrollar e implementar un plan de atención personalizado. Los administradores de casos colaborarán con usted telefónicamente o podrán brindar administración de casos personalmente.

H. Atención para miembros durante el embarazo y tras el parto

Si está embarazada o cree que puede estarlo, es muy importante que llame a la MCO. La ayudarán a que reciba atención prenatal (atención que las mujeres reciben durante el embarazo). La atención prenatal consiste en controles periódicos con un obstetra (médico obstetra) o enfermeras obstétricas certificadas para controlar su salud y la de su bebé por nacer.

Si está embarazada, la MCO la ayudará a concertar una cita de atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Si ya comenzó con la atención prenatal antes de afiliarse a la MCO, podrá seguir viendo al mismo proveedor de atención prenatal durante todo su embarazo, el parto y durante los y durante un año posterior al nacimiento del bebé.

La MCO también podrá conectarla con un administrador del caso. El administrador del caso trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarla a recibir los servicios, la educación y el apoyo necesarios. Si tiene otros problemas de salud o estuvo embarazada antes y había tenido problemas, la MCO le ofrecerá ayuda adicional.

El Estado automáticamente inscribirá a su recién nacido en su MCO. Si calificó para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizarán dos meses después del nacimiento. La cobertura finalizará un año después del parto.

Si tiene preguntas, llame a la Línea de Ayuda para Miembros Embarazadas al 800-456-8900 o Servicio de maternidad de MCO. Para más información, lea la sección llamada “Servicios especiales para miembros embarazadas” (ver Sección 7.1.) y Anexo D.

I. Planificación familiar (control de natalidad)

Los servicios de planificación familiar brindan a las personas la información y los medios necesarios para evitar embarazos no planificados y mantener la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin necesidad de referidos. La MCO pagará a un proveedor no participante por los servicios brindados siempre y cuando el proveedor lo atienda y acepte el pago de la MCO. Además, las MCO no tienen permiso para cobrar copagos por servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, a modo de ejemplo:

- Control de natalidad
- Pruebas de embarazo
- Esterilizaciones voluntarias (en la red con preautorización)

Llame a Servicio de maternidad de MCO o a la Línea de Ayuda del Estado al 1-800-456-8900 para recibir información adicional sobre planificación familiar y servicios de autoreferido.

J. Cuidado dental

Medicaid de Maryland proporcionará cobertura de servicios dentales a los adultos en el marco del programa dental Healthy Smiles de Maryland. No hay primas, deducibles ni copagos por los servicios cubiertos. No hay una cantidad máxima de beneficios por año. Los miembros nunca deben pagar de su bolsillo los servicios cubiertos. Los siguientes son algunos de los servicios del programa dental Healthy Smiles de Maryland:

- Revisiones periódicas
- Limpieza dental
- Tratamientos con flúor
- Radiografías
- Empastes
- Endodoncias
- Coronas
- Extracción de dientes
- Anestesia

Llame al programa dental Healthy Smiles al 1-855-934-9812 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor dental.

K. Cuidado de la vista

Si tiene menos de 21 años, es elegible para:

- Exámenes de la vista;
- Anteojos una vez por año o
- Lentes de contacto en caso de que el médico los considere más necesarios que los anteojos.

- Si tiene 21 años o más, es elegible para:
- Un examen de la vista cada dos años. (Ver Anexo C para conocer los beneficios adicionales para la vista de adultos ofrecidos por su MCO).

Llame a Atención al cliente si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidados de la vista.

L. Educación sobre la salud/Ampliación

Usted tiene acceso a programas de educación sobre la salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación sobre la salud brindan información y recursos para ayudarlo a participar activamente en su salud y atención médica. Los programas se ofrecen en formatos múltiples y cubren diferentes temas de salud. Vea el Anexo E o llame a la unidad de Educación sobre la salud de MCO al 1-800-957-9760 o enviará un correo electrónico a healtheducation@jhhc.com de MCO para averiguar qué programas de educación sobre la salud están disponibles, cuándo se llevan a cabo y cómo puede mantenerse informado sobre ellos.

Las MCO también brindarán servicios de ampliación a los afiliados que se les detectó problemas para acceder a su atención médica. El plan de ampliación de la MCO se destina a personas con dificultades para alcanzar un plan de atención médica o que no cumplen con los requisitos. Si la MCO no puede contactarlo o usted ha faltado a citas, puede ser referido a la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU, por sus siglas en inglés) en su departamento de salud local.

Las ACCU no son contratadas por las MCO. El Estado contrata a las ACCU para ayudarlo a entender cómo funcionan los Programas Medicaid y HealthChoice. Si la ACCU lo contacta a través del departamento de salud local, le dirán el motivo por el que lo llaman. Si no pueden contactarlo telefónicamente, pueden ir a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudar a que usted esté conectado a la atención y los servicios médicos adecuados.

M. Servicios de salud del comportamiento

Si tiene problemas de salud mental o por uso de sustancias, llame a su PCP o Servicio de atención al cliente de MCO. Su PCP podrá tratarlo o referirlo al Sistema Público de Salud del Comportamiento. Una serie de servicios de salud del comportamiento están cubiertos por el Sistema Público de Salud del Comportamiento. Usted puede acceder a estos servicios sin el referido de su PCP llamando al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 1-800-888-1965. Esta línea de ayuda gratuita está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para manejar su llamado y lo ayudarán a recibir los servicios que necesita. Los servicios de salud del comportamiento incluyen, a modo de ejemplo:

- Administración de casos;
- Servicios de crisis de emergencia/crisis móvil;
- Servicios psiquiátricos para pacientes internados;
- Centros de salud mental para pacientes ambulatorios y
- Centros de tratamiento residencial.

Si el Sistema Público de Salud del Comportamiento determina que usted no necesita un especialista que maneje sus necesidades de salud del comportamiento, se informará a su PCP (con su permiso) de manera tal que usted pueda recibir cualquier atención de seguimiento necesaria.

Normas de acceso a las citas

Los miembros de Priority Partners desean y merecen un acceso oportuno a una atención de la salud de calidad. El Código de Reglamentos de Maryland (COMAR por sus siglas en inglés) y el Código de Reglamentos Federales (CFR por sus siglas en inglés) establecen normas claramente definidas sobre el acceso a las citas. Todos los proveedores de la red deben cumplir estas normas cuando programan citas para los miembros. Los miembros de Priority Partners tienen el derecho a las citas dentro de los siguientes períodos de tiempo:

SERVICIO	TIEMPO DE ESPERA PARA LA CITA (NO MÁS DE)
Cita inicial	Los miembros deben tener programado una cita inicial de la salud dentro de los noventa (90) días de la inscripción a menos que se aplique una de las excepciones indicadas en el Manual del Proveedor de HealthChoice.
Citas iniciales prenatales	Las citas iniciales prenatales deben ocurrir diez (10) días desde el pedido, o desde la fecha en que Priority Partners recibe una Evaluación del riesgo de la salud (HRA por sus siglas en inglés) del nuevo miembro, a menos que el miembro continúe la atención con un proveedor establecido y el proveedor concluya que no es necesaria una cita inicial.
Citas de planificación familiar	Diez (10) días desde la fecha en que el miembro solicita una cita.
Citas de inscriptos de alto riesgo	Quince (15) días desde el pedido.
Citas de atención urgente	Cuarenta y ocho (48) horas desde el pedido.
Citas de atención de rutina, atención preventiva o atención de especialistas	Treinta (30) días desde el pedido inicial o cuando corresponda, desde la autorización del médico de atención primaria
Visitas iniciales del recién nacido	Catorce (14) días desde la fecha del alta del hospital.
Visitas iniciales del recién nacido si se ha provisto una visita a domicilio	Treinta (30) días desde la fecha del alta del hospital.
Citas de optometría comunes, análisis de laboratorio o radiografías	Treinta (30) días desde la fecha del pedido.
Citas urgentes de análisis de laboratorio o radiografías	Cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha del pedido.
Pedido del miembro para usar una instalación de emergencia	Dentro de los treinta (30) minutos.
Visita al consultorio	El período de espera para ser atendido no puede exceder una hora después de la hora de la cita programada.

Tiempo de espera para la cita (no más de)

Quince (15) días desde el pedido

El período de espera para ser atendido no puede exceder una hora después de la hora de la cita programada.

El departamento de Relaciones con el Proveedor de Priority Partners monitorea las normas de acceso a las citas a través de informes trimestrales. Comparamos los informes contra las normas de acreditación y entes reguladores e iniciaremos medidas según sea necesario cuando identifiquemos oportunidades para mejorar. Si usted cree que sus proveedores no cumplen estas normas, por favor llame a Servicio al Cliente para presentar una queja

7. SERVICIOS ESPECIALES

A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

El Estado ha nombrado a ciertos grupos que necesitan apoyo especial de la MCO. Estos grupos se llaman “poblaciones con necesidades especiales” e incluyen:

- Miembros embarazadas y miembros que recientemente han dado a luz;
- Niños con necesidades especiales de atención médica;
- Niños bajo supervisión del Estado;
- Adultos o niños con discapacidad física o del desarrollo;
- Adultos y niños con VIH/SIDA y
- Adultos y niños sin vivienda.

La MCO cuenta con un proceso para informarle si usted está dentro de una población con necesidades especiales. Si tiene preguntas sobre sus necesidades especiales llame a el coordinador de necesidades especiales de MCO.

Servicios que reciben todas las poblaciones con necesidades especiales

Si usted o un familiar están en una o más poblaciones con necesidades especiales, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios. Usted tendrá que colaborar y comunicarse con la MCO para que lo ayude a recibir la cantidad y el tipo correctos de atención:

- Administrador del caso: un administrador del caso será una enfermera, trabajador social u otro profesional que pueda asignarse a su caso poco después de que se afilie a una MCO. Esta persona ayudará a que usted y PCP planifiquen un plan centrado en el paciente que aborde el tratamiento y los servicios que necesita. El administrador del caso:
 - Ayudará a desarrollar el plan de atención;
 - Asegurará que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o cuando fuere necesario;
 - Hará un seguimiento de los servicios de atención médica y
 - Ayudará a las personas que le proporcionan tratamiento a coordinar sus esfuerzos.
- Especialistas: tener necesidades especiales significa que usted debe ver proveedores que tienen el mayor grado de experiencia con su afección. Su PCP y su administrador del caso trabajarán juntos para asegurarse de derivarlo a los especialistas más idóneos. Entre estos especialistas están los expertos en equipos y suministros que usted podría necesitar.

- Seguimiento cuando no se acude a las consultas: si su PCP o especialista descubren que usted falta repetidamente a las consultas, nos informarán y alguien intentará comunicarse con usted por correo, teléfono o a través de una visita a su casa para recordarle que debe llamar para concertar otra cita. Si usted aún continúa sin ir a las citas, tal vez reciba la visita de un miembro del departamento de salud local cercano a su residencia.
- Coordinador de necesidades especiales: las MCO deben contar con un Coordinador de Necesidades Especiales dentro de su personal. El Coordinador de Necesidades Especiales le brindará información acerca de su afección y sugerirá lugares en su área donde puede obtener asistencia de personas que conocen sus necesidades.

Si es un miembro de una población con necesidades especiales, la MCO colaborará con usted para coordinar todos los servicios arriba mencionados. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. Los siguientes son otros servicios especiales específicos para la población con necesidades especiales.

Miembros embarazadas y miembros que han dado a luz recientemente:

- Citas: la MCO la ayudará a concertar una cita de atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.
- Evaluación de riesgo prenatal: las miembros embarazadas recibirán una evaluación de riesgo prenatal en el momento de su primera consulta de atención prenatal. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y la MCO. La MCO ofrecerá una serie de servicios para ayudarla a cuidarse a sí misma y para asegurarse de que su bebé nazca saludablemente. El departamento de salud local también podrá contactarla y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Le darán información sobre recursos locales.
- Enlace con un proveedor de atención pediátrica: la MCO la ayudará a elegir a un proveedor de atención pediátrica. Puede ser un pediatra, médico de familia o enfermero médico.
- Duración de la hospitalización: la duración de la hospitalización luego del parto es de 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones. Si elige que le den el alta antes, se ofrecerá una consulta médica a domicilio dentro de las 24 horas posteriores al alta. Si debe permanecer en el hospital luego del nacimiento de su hijo por razones médicas, podrá solicitar que su recién nacido permanezca en el hospital mientras está hospitalizada. Se ofrece cobertura de hospitalización adicional de hasta cuatro días para el recién nacido.
- Seguimiento: la MCO programará una consulta de seguimiento para el recién nacido dos semanas después del alta si no se ha producido ninguna consulta médica al domicilio o dentro de los 30 días posteriores al alta si se produjo una consulta médica a domicilio.
- Servicios dentales: una buena salud dental es importante para tener un embarazo saludable. Todos los beneficiarios de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales a través del programa dental Healthy Smiles de Maryland. Llame a Healthy Smiles al 1-855-934-9812 si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.
- Servicios para trastorno por uso de sustancias: si solicita tratamiento para un trastorno de uso de sustancias, se lo referirá al Sistema Público de Salud del Comportamiento dentro de las 24 horas de presentado su pedido.
- Pruebas de detección y orientación para casos de VIH: se ofrecerá una prueba de VIH a todas las miembros embarazadas, quienes también recibirán información sobre la infección de VIH y sus efectos sobre el bebé por nacer.
- Orientación sobre nutrición: a las miembros embarazadas se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a alimentarse de manera saludable.

- Orientación para fumadoras: las miembros embarazadas recibirán información y apoyo respecto de las maneras de dejar de fumar.
- Citas para detección de enfermedades del programa EPSDT: las adolescentes embarazadas menores de 21 años deberán recibir todos los servicios de detección de enfermedades del programa EPSDT, además de atención prenatal.

Ver Anexo D para conocer servicios adicionales que la MCO ofrece a las miembros embarazadas.

Niños con necesidades especiales de atención médica

- Cooperación con las escuelas: la MCO cooperará estrechamente con las escuelas que proporcionan programas de educación y servicios familiares a niños con necesidades especiales.
- Acceso a ciertos proveedores no participantes: los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autoreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO en determinadas condiciones. El autoreferido para niños con necesidades especiales tiene como fin asegurar la continuidad de la atención y que se ejecuten los planes de atención adecuados. El autoreferido para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá si la afección que es la base de las necesidades de atención médica especiales del niño se diagnosticó antes o luego de la afiliación inicial del niño en una MCO. Los servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales pueden accederse fuera de la red sólo si se cumplen con condiciones específicas.

Niños bajo supervisión del Estado

- Cuidado bajo supervisión del Estado - Cuidado en hogares de acogida y cuidado a cargo de familiares: la MCO se asegurará de que los niños en cuidado supervisado por el Estado (hogar de acogida o cuidado a cargo de familiares) reciban los servicios que necesitan por parte de los proveedores al disponer de una persona en la MCO que se encargue de organizar todos los servicios. Si un niño que recibe cuidado supervisado por el Estado se muda fuera del área y necesita a otra MCO, el Estado y la MCO actual trabajarán en conjunto para encontrar rápidamente nuevos proveedores para el niño cerca de donde se mudó o, si fuere necesario, el niño podrá cambiarse a otra MCO.
- Detección de casos de maltrato o negligencia: todo niño del que se sospeche que ha sufrido maltratos físicos, mentales o sexuales será remitido a un especialista que podrá determinar si se ha producido el maltrato. En caso de posible abuso sexual, la MCO se asegurará de que el niño sea examinado por alguien especializado en detectar y conservar las pruebas importantes.

Adultos y niños con discapacidades físicas y discapacidades del desarrollo

- Material preparado de una manera que usted puede entender: la MCO encargará la revisión de su material a personas con experiencia en las necesidades de personas discapacitadas. Esto significa que la información se presentará mediante los métodos idóneos de manera tal que las personas discapacitadas puedan entenderla, ya sea por escrito o por medio de traducciones habladas.
- Servicios de la DDA: los afiliados que actualmente reciben servicios a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) o de acuerdo con la autorización de DDA pueden continuar recibiendo esos servicios.
- Equipos médicos y tecnología de asistencia: los proveedores de MCO tienen la experiencia y la formación para prestar servicios a menores y adultos en los que se utilicen equipos médicos y servicios de tecnología de asistencia médica.

- Administración de casos: los administradores de casos tienen experiencia en el trabajo con personas discapacitadas.

Adultos y niños con VIH/SIDA

- Administración de casos de VIH/SIDA: la MCO cuenta con administradores de casos especiales capacitados que abordan problemas del VIH/SIDA y dirigen a las personas hacia los servicios que necesitan.
- Consultas de evaluación anuales del Servicio de Diagnóstico y Evaluación (DES): los afiliados diagnosticados con VIH/SIDA reciben una consulta con DES por año. La MCO tiene la obligación de facilitar el nombre del afiliado.
- Servicios para trastorno por uso de sustancias: las personas con VIH/SIDA que necesitan tratamiento para un trastorno por uso de sustancias se remiten al Sistema Público de Salud del Comportamiento dentro de las 24 horas de presentado su pedido.

Adultos y niños sin vivienda

La MCO tratará de identificar a las personas sin vivienda para asignarles un administrador del caso y proporcionarles servicios de atención médica adecuados. Puede ser difícil para las MCO identificar cuándo los afiliados se quedan sin vivienda. Si usted atraviesa esta situación, contacte a el coordinador de necesidades especiales de MCO.

B. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)

El Programa de Administración de Casos Raros y Costos (REM, por sus siglas en inglés) es un programa proporcionado por el Estado a los niños y adultos con problemas médicos muy costosos y muy raros. El programa de REM ofrece beneficios de Medicaid además de otros servicios especializados necesarios para tratar problemas médicos especiales. Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y MCO tendrán una lista de los diagnósticos de REM y le informarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar ingresar al programa de REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene uno de los diagnósticos que podrán calificarlo para el Programa de REM.

Su PCP o MCO le avisarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar ingresar al Programa de REM. A usted se le informará por teléfono, por correo o mediante la visita de un administrador del caso de REM. Si usted no desea pasar al Programa de REM, puede permanecer en la MCO. Una vez que un afiliado está en el Programa de REM, ya no se afiliará más en una MCO. Este cambio se producirá de manera automática.

Una vez que usted está afiliado en REM, se le asignará un administrador de caso de REM. El administrador del caso de REM cooperará con usted para lograr la transición de su atención desde la MCO. Lo ayudará a elegir al proveedor adecuado. De ser posible, lo ayudará a ver a los mismos especialistas y al mismo PCP. Si su hijo es menor de 21 años y recibía atención médica de una clínica especializada u otro establecimiento antes de recurrir al programa de REM, usted puede optar por seguir recibiendo esos servicios. Llame al Programa de REM al 1-800-565-8190 si tiene más preguntas.

8. ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir los beneficios de HealthChoice cuando fueren necesarios tal como se describen en la sección beneficios y servicios de este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones o restricciones. Todos los beneficios y servicios de HealthChoice deben ser necesarios desde el punto de vista médico a fin de que usted los reciba.

Para que un beneficio o servicio sea considerado necesario desde el punto de vista médico, debe:

- Estar directamente relacionado con el diagnóstico, el tratamiento preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o de mejora de una enfermedad, lesión, discapacidad o afección de la salud;
- Ser consistente con los estándares aceptados de buenas prácticas médicas actuales;
- Ser el servicio más rentable que puede prestarse sin sacrificar eficacia o acceso a la atención y
- No ser principalmente para la conveniencia del afiliado, familiar del afiliado o el proveedor.

B. Preautorización/Aprobación previa

A veces, los servicios y los medicamentos necesitan preautorización (también llamada aprobación previa o autorización previa) antes de que usted pueda recibir el servicio o medicación específicos. La preautorización es el proceso donde un profesional de atención médica calificado revisa y determina si un servicio es necesario desde el punto de vista médico.

Sitio de autorización previa del servicio: Algunos procedimientos requieren una autorización previa cuando se realizan en un hospital ambulatorio si el servicio es apropiado para un centro de cirugía ambulatoria.

Si se aprueba la preautorización, usted puede recibir el servicio o medicación. Se lo notificará por escrito acerca de la decisión dentro de 14 días calendario o 28 días calendario en caso de existir un pedido de extensión.

Si la preautorización es rechazada o se reduce el monto, duración o alcance, dicho servicio o medicación no estarán cubiertos por la MCO. Se lo notificará por escrito acerca de la decisión dentro de 14 días calendario o 28 días calendario en caso de existir un pedido de extensión. Se le otorgará el derecho a presentar una apelación por la preautorización rechazada (ver la sección 10 Reclamos, quejas y apelaciones).

A veces, una autorización acelerada es necesaria para evitar complicaciones de la salud potencialmente graves.

En estas situaciones, la MCO debe tomar su decisión dentro de las 72 horas. Si se solicita una extensión para una autorización acelerada, la MCO tiene hasta 14 días calendario para tomar su decisión.

Ver Anexo F para conocer la política actual de la MCO.

C. Continuidad de notificación de atención

Si actualmente recibe tratamiento y encaja dentro de una de las siguientes categorías, tiene derechos especiales en Maryland:

- Es nuevo en HealthChoice;
- Proviene de otra MCO o
- Proviene de un plan de beneficios para la salud de otra compañía

Si su antigua compañía le dio preautorización para someterse a una cirugía o recibir otros servicios, puede que no necesite una aprobación nueva de su MCO actual para proceder con la cirugía o para continuar recibiendo los mismos servicios. Asimismo, si usted está viendo a un médico o a otro proveedor de atención médica que forma parte de su antigua compañía o MCO y dicho proveedor no forma parte de su nuevo plan, podrá seguir viendo a su proveedor por un tiempo limitado como si el proveedor fuese un proveedor nuestro. Las normas sobre cómo usted puede calificar para obtener estos derechos especiales se describen a continuación.

Preautorización de servicios de atención médica

- Si anteriormente estaba cubierto en virtud del plan de otra compañía, se podrá usar una preautorización para los servicios que recibió en virtud de su antiguo plan para satisfacer el requisito de preautorización para dichos servicios si están cubiertos de acuerdo con su nuevo plan con nosotros.
- Para usar la antigua preautorización en virtud de este plan nuevo, tendrá que contactar a Servicios para Afiliados de su MCO actual para informarles de que usted cuenta con una preautorización para los servicios y tendrá que brindarnos una copia de la preautorización. Su padre, tutor, representante o proveedor de atención médica también podrán contactarnos en su nombre para informar acerca de la preautorización.
- Usted puede basarse en esta preautorización durante un plazo limitado. Respecto de las demás condiciones que no sean embarazo, el límite es de 90 días o hasta que se complete el curso del tratamiento, lo que suceda primero. El límite de 90 días se calcula desde la fecha en que comienza su cobertura en virtud del plan nuevo. Respecto de los embarazos, el límite de tiempo corre durante el embarazo y la primera consulta a un profesional de la salud luego del nacimiento de su hijo.
- Su derecho especial a usar preautorización no se aplica a:
 - Servicios dentales;
 - Servicios de salud mental;
 - Servicios para trastorno por uso de sustancias o
 - Beneficios o servicios prestados a través del programa de aranceles por servicios de Medicaid en Maryland.
- Si no tiene una copia de la preautorización, comuníquese con su antigua compañía y solicítela. De acuerdo con la ley de Maryland, su antigua compañía debe brindar una copia de la preautorización dentro de los 10 días posteriores a su pedido.

Derecho a usar servicios de proveedores no participantes

- Si ha estado recibiendo servicios de un proveedor de atención médica que era un proveedor participante de su antigua compañía y dicho proveedor es un proveedor no participante en virtud de su nuevo plan de salud con nosotros, usted podrá continuar viendo a su proveedor como si fuera un proveedor participante. Debe contactar a su MCO actual para solicitar el derecho a continuar viendo al proveedor no participante. Su padre, tutor, representante o proveedor de atención médica también pueden contactarnos en su nombre para solicitar su derecho para continuar viendo al proveedor no participante.
- Este derecho se aplica únicamente si usted es tratado por un proveedor no participante de los servicios cubiertos para uno o más de los siguientes tipos de afecciones:
 - Afecciones agudas;
 - Afecciones crónicas graves;

- Embarazo o
- Cualquier otra afección respecto de la cual estamos de acuerdo con el proveedor fuera de la red.
- Entre los ejemplos de afecciones enumeradas más arriba se incluyen fracturas de huesos, prótesis articular, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.
- Usted puede continuar viendo a un proveedor fuera de la red durante un plazo limitado. Respecto de las demás condiciones que no sean embarazo, el límite es de 90 días o hasta que se complete el curso del tratamiento, lo que suceda primero. El límite de 90 días se calcula desde la fecha en que comienza su cobertura en virtud del plan nuevo. Respecto de los embarazos, el límite de tiempo corre durante el embarazo y la primera consulta a un profesional de la salud luego del nacimiento del bebé.

Ejemplo de cómo funciona el derecho a usar servicios de proveedores no participantes:

Usted se rompió el brazo mientras estaba cubierto por el plan de salud de la Compañía A y vio a un proveedor de la red de la Compañía A para que cure su brazo. Usted cambió de plan de salud y ahora está cubierto por el plan de la Compañía B. Su proveedor es un proveedor no participante de la Compañía B. Ahora necesita que le quiten el yeso y desea ver al proveedor original que se lo colocó.

En este ejemplo, usted o su representante necesitan contactar a la Compañía B así ésta puede pagar su reclamo como si aún estuviese recibiendo atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta el porcentaje de pago de la Compañía B, puede optar por no brindarle ningún servicio.

Su derecho especial a usar servicios de un proveedor no participante no se aplica a:

- Servicios dentales;
- Servicios de salud mental;
- Servicios de trastorno por uso de sustancias o
- Beneficios o servicios prestados a través del programa de aranceles por servicios de Medicaid de Maryland.

Derechos de apelación:

Si su MCO actual rechaza su derecho a usar una preautorización de su antigua compañía o su derecho a continuar viendo a un proveedor que era un proveedor participante de su antigua compañía, usted puede apelar este rechazo si se contacta con departamento de reclamos y quejas de MCO.

Si su MCO actual rechaza su apelación, usted puede presentar un reclamo ante el Programa Medicaid de Maryland si llama a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1-800-284-4510.

Si tiene preguntas acerca de este procedimiento, llame a departamento de reclamos y quejas de MCO o a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1-800-284-4510.

D. Coordinación de beneficios: Qué hacer si tiene otro seguro

Usted debe notificar a la MCO en caso de haber recibido atención médica luego de un accidente o lesión. El Estado exige a las MCO que reclamen el pago de otras compañías aseguradoras. Si tiene otra aseguradora médica, recuerde informar a la MCO y avisar a su proveedor. Necesitarán el nombre de la otra póliza de seguros, el nombre del titular de la póliza y el número de afiliado. El Estado consulta a las compañías aseguradoras a fin de identificar a las personas que tienen Medicaid/HealthChoice y otros seguros.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro de salud complementario. Su otro seguro de salud siempre será su seguro principal, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar primero a su otro seguro. Es posible que su seguro principal haya pagado más que el monto permitido por la MCO, por lo tanto, el proveedor no puede cobrar más dinero a usted o a la MCO. Comuníquese con Servicio de atención al cliente de MCO para conocer mejor sus opciones. Dado que las demás aseguradoras muy probablemente tienen copagos y deducibles, en la mayoría de los casos, las MCO le exigirán que use los servicios de proveedores participantes.

E. Servicios fuera de la red

A veces, necesitará un servicio cubierto que la red de MCO no puede brindar. En dicho caso, podrá recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de la MCO (un proveedor no participante). Usted necesitará la preautorización de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si se rechaza su preautorización, tendrá derecho a apelar.

F. Lista de medicamentos preferidos

Si necesita medicamentos, su médico de cabecera o el especialista usará la lista de medicamentos preferidos de Priority Partners (también denominado formulario) para recetarle medicamentos. Un formulario es una lista de medicamentos seguros, eficaces y económicos de la cual usted y su proveedor pueden elegir. Si desea conocer qué medicamentos están en el formulario de Priority Partners, llame a Atención al Cliente Caremark al 800-552-8159 o acceda a la lista de medicamentos en su sitio web: Caremark.com. Algunos medicamentos del formulario, así como cualquier medicamento que no esté en la lista, requieren autorización previa antes de que Priority Partners los cubra. Si Priority Partners rechaza la autorización previa para el medicamento, tendrá derecho a presentar una apelación.

Se puede conseguir una copia del formulario en el sitio web de Priority Partners en ppmco.org/plan-benefits/prescriptions, o puede solicitar una copia en papel llamando a Atención al Cliente Caremark al **800-552-8159**.

Copagos del Formulario

Los medicamentos que están detallados en el formulario de Priority Partners, así como los medicamentos genéricos no preferidos autorizados, tienen los siguientes copagos:

- \$3 por receta para medicamentos de marca no preferida, nuevos y de reposición
- \$1 por receta para medicamentos de marca preferida y genéricos, nuevos y de reposición
- \$1 por receta para medicamentos para el VIH/SIDA nuevos y de reposición

Tenga en cuenta que ciertos grupos de miembros de Priority Partners (personas menores de 21 años, mujeres embarazadas, personas en cuidados paliativos, nativos americanos) califican para el copago de \$0 en sus medicamentos. Los copagos no aplican para medicamentos de planificación familiar.

G. Tecnología nueva y telesalud

Mientras surgen nuevas tecnologías avanzadas de atención médica, las MCO ejecutan procesos para revisar y determinar si se cubrirán estas innovaciones. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de nuevas tecnologías médicas, tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer la política y el procedimiento para revisar nuevas tecnologías de atención médica de la MCO, contacte a Servicios para Afiliados de la MCO.

Las MCO deben brindar servicios de telesalud si fuesen necesarios por determinación médica. Los servicios de telesalud usan tecnología de audio y video para mejorar el acceso a la atención médica. Brindar servicios de telesalud puede mejorar:

- La educación y el entendimiento de un diagnóstico;
- Las recomendaciones para el tratamiento y
- La planificación del tratamiento.

9. FACTURACIÓN

A. Notificaciones de Explicación de Beneficios o Rechazo del Pago

De vez en cuando podrá recibir una notificación de la MCO que le informe que el reclamo de su proveedor ha sido pagado o rechazado.

Las notificaciones de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o Rechazo del Pago no son facturas. Dichas notificaciones podrán mencionar el tipo de servicio, la fecha del servicio, el monto facturado y el monto abonado por la MCO en su nombre. El objetivo de la notificación es resumir qué cargos del proveedor constituyen un servicio o beneficio cubierto. Si considera que se ha cometido algún error, como por ejemplo si encuentra un servicio que nunca recibió, comuníquese con Servicio de atención al cliente de MCO.

Si aparece copiado en una notificación que informa que su proveedor no recibió ningún pago, usted no es responsable por dicho pago. Su proveedor no puede cobrarle. Si tiene preguntas, llame a Servicio de atención al cliente de MCO.

B. Qué hacer si recibe una factura

- No pague ningún servicio que no deba abonar, ya que no le reembolsarán el pago. Los proveedores sólo pueden recibir pagos de Medicaid o las MCO. Si recibe una factura médica por un servicio cubierto:
 - Primero contacte al proveedor que envió la factura.
 - Si le dicen que no tenía cobertura en la fecha en que recibió atención o que la MCO no abonó, llame a Servicio de atención al cliente de MCO.
 - La MCO determinará si hubo un error o qué se debe hacer para resolver el problema. Si la MCO no resuelve el problema, contacte a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1-800-284-4510.
- Contacte al proveedor que envió la factura. Si le dicen que no tenía cobertura en la fecha en que recibió atención o que la MCO no abonó, llame a Servicio de atención al cliente de MCO. La MCO determinará si hubo un error o qué se debe hacer para resolver el problema. Si la MCO no resuelve el problema, contacte a la Línea de Ayuda de HealthChoice al: 1-800-284-4510.
- Los proveedores deben verificar la elegibilidad. Los proveedores deben facturar a la MCO. Si el servicio está cubierto por el Estado y no por la MCO, el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS, por sus siglas en inglés) les indicará dónde enviar la factura.
- Con algunas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no tienen permiso para facturar a los afiliados. Los pequeños copagos de farmacia y los copagos por servicios opcionales como anteojos son ejemplos de servicios que le podrían facturar.

10. RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES

A. Determinaciones de beneficios adversas, reclamos y quejas

Determinación de beneficio adversa

Una determinación de beneficio adversa se produce cuando una MCO hace lo siguiente:

- Deniega parcial o totalmente el pago de un servicio (la denegación, parcial o total, del pago de un servicio porque el reclamo no está “limpio” no se considera una determinación de beneficios adversa).
- Reduce, suspende o elimina un servicio previamente autorizado;
- La denegación, ya sea parcial o total, del pago de un servicio debido a que el reclamo no está “limpio” no se considera una determinación de beneficio adversa;
- Omite tomar una decisión sobre autorización u omite brindar servicios en tiempo y forma;
- Omite resolver una queja o apelación en tiempo y forma;
- No permite que los afiliados que viven en una área rural con sólo una MCO obtengan servicios fuera de la red o
- Rechaza el pedido de un afiliado de disputar una obligación financiera, incluidos los costos compartidos, copagos, coseguros y otras obligaciones financieras de los afiliados.

Una vez que una MCO toma una determinación de beneficio adversa, usted será notificado por escrito al menos 10 días antes de que la determinación de beneficio adversa entre en vigencia. Usted tendrá derecho a presentar una apelación y podrá solicitar una copia gratuita de toda la información que la MCO utilizó al tomar su determinación.

Reclamos

Si no está de acuerdo con la MCO o proveedor acerca de una determinación de beneficio adversa, esto se denomina reclamo. Entre los ejemplos de determinaciones adversas por las cuales usted puede presentar un reclamo se encuentran reducir o interrumpir el servicio que recibe, que se le niegue un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos o tener una preautorización para un procedimiento rechazado.

Quejas

Si su reclamo se relaciona con una determinación de beneficio adversa, se denomina queja. Entre los ejemplos de determinaciones adversas por las cuales usted puede presentar una queja incluyen la calidad de la atención, no tener permiso para ejercer sus derechos, no poder encontrar a un médico, tener problemas para concertar una cita o no ser tratado de manera justa por alguien que trabaja en la MCO o en el consultorio de su médico. Ver Anexo F para conocer el procedimiento de reclamos interno de la MCO.

B. Apelaciones

Si su reclamo se relaciona con un servicio que usted o un proveedor consideran que necesita pero que la MCO no cubrirá, puede pedir a la MCO que revise su solicitud nuevamente. Este pedido de revisión se denomina apelación.

Si desea presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 60 días desde la fecha que aparece en la carta que notifica que la MCO no cubrirá el servicio que usted deseaba.

Su médico también puede presentar una apelación en su nombre si usted firma un formulario por el cual le da permiso. Otras personas también pueden ayudarlo a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

Su médico no será sancionado por actura en su nombre.

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a la MCO acerca de toda la información nueva que usted tenga y que la ayudará a tomar una decisión. La MCO le enviará una carta que lo notificará que recibió su apelación en un plazo de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, usted también puede enviar o entregar toda información adicional que considere que ayudará a la MCO para decidir.

Cuando revisan su apelación, los revisores de la MCO:

- No serán los profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- No serán subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Tendrán el conocimiento clínico y la experiencia apropiados para realizar la revisión;
- Revisarán toda la información presentada por el afiliado o representante independientemente de si la información se presentó para la decisión anterior y
- Tomarán una decisión referida a su apelación en un plazo de 30 días calendario.

El proceso de apelación puede tardar hasta 44 días si usted pide una prórroga para presentar información o si la MCO necesita obtener información adicional de otras fuentes. La MCO lo llamará y le enviará una carta dentro de los dos días posteriores en caso de necesitar información adicional.

Si su médico o MCO consideran que su apelación debe ser revisada con inmediatez debido a la gravedad de su afección, usted recibirá una decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas.

Si su apelación no necesita ser revisada con inmediatez, la MCO tratará de llamarlo y le enviará una carta en la que se avisará que su apelación será revisada en un plazo de 30 días.

Si su apelación se refiere a un servicio que ya se autorizó, el plazo no ha caducado y usted ya está recibiendo el servicio, podrá seguir recibiendo el servicio mientras su apelación se encuentre en proceso de revisión. Usted tendrá que contactar a Servicio de atención al cliente de MCO y solicitar seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Usted tendrá que contactar a Servicio de atención al cliente de MCO dentro de los 10 días posteriores al momento en que la MCO envió la notificación de la determinación o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la determinación. Si no gana su apelación, tendrá que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez que se termina la revisión, usted recibirá una carta que le informa la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio denegado, dicha carta le indicará cómo pedir una Audiencia Justa del Estado.

Si usted presenta una queja que:

- Se refiere a un problema médico urgente que está teniendo, se solucionará dentro de las 24 horas.
- Se refiere a un problema médico que no es urgente, se solucionará dentro de 5 días.
- No se refiere a un problema médico, se solucionará dentro de 30 días.

Ver Anexo F para conocer la política actual de la MCO.

C. Cómo presentar un reclamo, queja o apelación

Para presentar un reclamo o queja, usted puede contactar a Departamento de cumplimiento de MCO. Si necesita ayuda auxiliar o servicios de interpretación, avise al representante de Servicios para Afiliados (los afiliados con dificultades auditivas pueden usar el servicio de relé de Maryland llamando al 711). Los representantes de atención al cliente de MCO pueden ayudarlo a presentar un reclamo, queja o apelación.

Usted puede solicitar una apelación por escrito u oralmente llamando a la línea de servicios para afiliados de MCO. Para presentar la apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario sencillo que deberá completar, firmar y devolver por correo. La MCO también puede ayudarlo a completar el formulario si llega a necesitar ayuda. Asimismo, tendrá la posibilidad de brindar su testimonio y los argumentos de hecho a la MCO antes de la resolución de la apelación.

Ver Anexo F para conocer el procedimiento de reclamos interno de la MCO. Si necesita una copia del procedimiento de reclamos interno oficial de la MCO, llame a Departamento de cumplimiento de MCO.

D. Proceso de reclamo/apelación del Estado

Recibir ayuda de la Línea de Ayuda de HealthChoice

Si tiene una pregunta o reclamo sobre su atención médica y la MCO no ha resuelto el problema de manera que lo satisfaga, puede pedir ayuda al Estado. La Línea de Ayuda de HealthChoice 1-800-284-4510 está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cuando llame a la Línea de Ayuda, puede hacer una pregunta o explicar su problema a un integrante del personal de la Línea de Ayuda, quien:

- Responderá a sus preguntas;
- Colaborará con la MCO para resolver su problema o
- Enviará su reclamo a las enfermeras de la Unidad de Resolución de Reclamos, que podrán:
 - Pedir a la MCO que brinde información sobre su caso dentro de cinco días;
 - Colaborar con su proveedor y MCO para ayudarlo a recibir lo que necesita;
 - Ayudarlo a obtener más servicios comunitarios, si fueren necesarios, o
 - Brindar orientación sobre el proceso de apelación de la MCO y sobre cuándo puede solicitar una Audiencia Justa del Estado.

Pedir al Estado que revise la decisión de la MCO

Si usted apeló la decisión inicial de la MCO y recibió un rechazo por escrito, tiene la posibilidad de que el Estado revise su decisión. Esto se llama apelación.

Puede contactar a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1-800-284-4510 e informar al representante que usted desearía apelar la decisión de la MCO. Su solicitud se enviará a una enfermera en la Unidad de Resolución de Reclamos. La Unidad de Resolución de Reclamos intentará resolver su problema con nosotros en un plazo de 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, nos pondremos en contacto con usted y le ofreceremos más opciones.

Cuando la Unidad de Resolución de Reclamos termina de tratar su solicitud, le comunicará su decisión.

- Si el Estado considera que la MCO debe proveer el servicio solicitado, puede exigir a la MCO que se lo brinde.
- Si el Estado considera que la MCO no tiene que brindarle el servicio, se le avisará que el Estado está de acuerdo con la MCO.
- Si no está de acuerdo con la decisión del Estado, tendrá la posibilidad de solicitar una Audiencia Justa del Estado.

Tipos de decisiones del Estado que usted puede apelar

Usted tiene derecho a apelar tres tipos de decisiones efectuadas por el Estado. Cuando el Estado:

- Está de acuerdo con la MCO de que no deberíamos cubrir un servicio solicitado;
- Está de acuerdo con la MCO de que debería interrumpirse o reducirse un servicio que está recibiendo actualmente o
- Rechaza su solicitud de afiliación en el Programa de REM.

Continuación de servicios durante la audiencia imparcial

A veces, usted podrá seguir recibiendo un servicio mientras el Estado revisa su audiencia imparcial. Esto puede suceder si su audiencia imparcial trata sobre un servicio que ya se autorizó, el plazo de la autorización no ha caducado y ya ha estado recibiendo el servicio. Llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1-800-284-4510 para recibir más información. Si no gana su audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Audiencias justas

A fin de apelar una de las decisiones de la MCO, usted debe pedir que el Estado presente una notificación de apelación en su nombre ante la Oficina de Audiencias Administrativas a solicitud de una Audiencia Justa del Estado debe presentarse con una anticipación de 120 días respecto de la fecha de la notificación de la resolución de la MCO. La Oficina de Audiencias Administrativas fijará una fecha para la audiencia en base al tipo de decisión que se apela. Si la Oficina de Audiencias Administrativas toma una decisión que no lo favorece, podrá apelar ante el Tribunal de Circuito.

E. Resoluciones de apelaciones revocadas

Si el Estado revoca un rechazo, eliminación, reducción o demora de los servicios que no se prestaron durante el proceso de apelación, la MCO deberá brindar los servicios dentro de un plazo máximo de 72 horas desde la fecha en que recibe la notificación de apelación revocada.

Si la MCO revoca un rechazo, eliminación, reducción o demora de los servicios que un afiliado recibió durante el proceso de apelación o la audiencia imparcial, la MCO pagará por los servicios recibidos durante el proceso de apelación o la audiencia imparcial.

Si necesita apelar un servicio cubierto por el Estado, siga las instrucciones proporcionadas en la carta que informa acerca de la determinación adversa.

F. Presentar sugerencias para cambiar políticas y procedimientos

Si tiene ideas sobre cómo mejorar un proceso o desea que la MCO considere un determinado tema, llame a Servicios para Afiliados de MCO. Las MCO están interesadas en recibir sus sugerencias y conocer formas de mejorar su experiencia al recibir atención médica.

Cada MCO debe contar con una junta asesora de consumidores. El rol de la junta asesora de consumidores es comunicar los aportes de los afiliados a la MCO. La junta asesora de consumidores está compuesta por afiliados, familiares de afiliados, tutores, cuidadores y representantes de los afiliados que se reúnen periódicamente durante todo el año. Si desea más información acerca de la junta asesora de consumidores, llame a Servicios para Afiliados de MCO.

Podrá ser contactado para consultarle acerca de los servicios que recibe de la MCO. En caso de que lo contacten, brinde información exacta ya que ella ayuda a determinar el acceso y calidad de la atención proporcionada a los afiliados de HealthChoice.

11. CAMBIAR LA MCO

A. Reglas de los primeros 90 días

La primera vez que se inscribe al Programa HealthChoice, usted tiene la posibilidad de solicitar el cambio de MCO. Debe hacer este pedido dentro de los primeros 90 días. Puede cambiarse por única vez incluso si inicialmente eligió a la MCO.

Si está fuera de la MCO durante más de 120 días y el Estado le asignó automáticamente a la MCO, usted puede solicitar cambiar la MCO. Debe efectuar este pedido dentro de los primeros 90 días.

B. Una vez cada 12 meses

Usted puede cambiar su MCO si ha permanecido en ella durante 12 meses o más.

C. Cuando hay una razón aprobada para cambiar de MCO

Usted puede cambiar su MCO y afiliarse a otra MCO cerca de su lugar de residencia por cualquiera de las siguientes razones en cualquier momento:

- Si usted se muda a otro condado donde su MCO actual no ofrece atención;
- Si usted no tiene vivienda y descubre que hay otra MCO más cerca de donde vive o donde tiene albergue, lo que facilitaría asistir a las citas;
- Si usted o cualquier familiar tiene un médico en una MCO diferente y el familiar adulto desea mantener a todos los familiares juntos en la misma MCO (Esto no se aplica a recién nacidos ya que deben permanecer durante los primeros 90 días en la MCO donde estaban sus madres en el momento del parto);
- Si se le asigna a un niño en hogar de acogida y usted o sus familiares reciben atención de un médico que pertenece a una MCO diferente a la del niño en cuestión, a este último se lo puede cambiar a la MCO de la familia de acogida..

El Estado lo notificará si la MCO rescinde el contrato con su PCP por razones que no sean las siguientes:

- Su MCO ha sido comprada por otra MCO;
- El proveedor y la MCO no pueden firmar un contrato por determinados motivos financieros o
- Calidad de atención

D. Cómo cambiar su MCO

Contacte a Maryland Health Connection (855-642-8572). Tenga en cuenta que:

- Las MCO no tienen permiso para autorizar cambios. Sólo el Estado puede cambiar su MCO.
- Si está hospitalizado o en una residencia de cuidados, tal vez no pueda cambiar la MCO.
- Si pierde elegibilidad para Medicaid pero se la aprueban de nuevo en un plazo máximo de 120 días, será afiliado automáticamente en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

12. DENUNCIAS DE FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO

A. Tipos de fraude, malversación y abuso

El fraude a Medicaid es el engaño o tergiversación intencional efectuada por una persona o entidad a sabiendas de que dicha acción puede resultar en el pago de un beneficio no autorizado para ellas. La malversación es el uso excesivo o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar costos innecesarios al programa Medicaid. El fraude, la malversación y el abuso requieren denuncias inmediatas y pueden tener lugar en todos los niveles dentro del sistema de atención médica. Entre los ejemplos de fraude, malversación y abuso de Medicaid se incluyen, a modo enunciativo:

- Ejemplos de afiliados:
 - Informar ingresos y/o activos de manera falsa para calificar para Medicaid;
 - Vivir permanentemente en otro Estado mientras recibe beneficios de Medicaid de Maryland;
 - Prestar su tarjeta de identificación de afiliado o usar la tarjeta de identificación de otro afiliado para obtener servicios de atención médica y
 - Vender medicamentos recetados o cambiarlos.
- Ejemplos de proveedores:
 - Brindar servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico;
 - Facturar servicios que no se brindaron;
 - Facturar el mismo servicio muchas veces y
 - Alterar los registros médicos para encubrir una actividad fraudulenta.

B. Cómo denunciar fraude, malversación y abuso

Si sospecha o sabe que se produjo fraude, malversación o abuso, denúncielo de inmediato. Denunciar fraude, malversación y abuso no afectará la manera en que la MCO lo tratará. Tiene la posibilidad de hacer la denuncia de manera anónima. Proporcione la mayor cantidad de información que sea posible ya que ayudará a investigar la denuncia. Existen muchas maneras de denunciar fraude, malversación y abuso:

- Llame o escriba una carta a la JHHC Program and Payment Integrity.
- Contacte a la Oficina del Inspector General en el Departamento de Salud de Maryland
 - 1-866-770-7175
 - http://Health.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx
- Contacte a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
 - 1-800-447-8477
 - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

ANEXO A:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS

Servicios para Afiliados	1-800-654-9728
	TTY: 1-888-232-0488
Sitio web	www.ppmco.org
Portal en línea para afiliados	www.ppmco.org
No discriminación	Priority Partners Compliance Department 7231 Parkway Drive, Suite 100 Hanover, MD 21076 1-844-422-6957
Dirección de reclamos, quejas y apelacioness	Priority Partners Attn: Appeals & Grievance 7231 Parkway Drive, Suite 100 Hanover, MD 21076 1-800-654-9728
Denuncias Dirección de fraude y abuso	JHHC Program and Payment Integrity Attention: Fraud, Waste and Abuse 7231 Parkway Drive, Suite 100 Hanover, MD 21076 410-424-4971 Fax: 410-424-2708 Correo electrónico: FWA@jhhc.com

ANEXO B:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE, ASÍ COMO TAMBIÉN CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON MUCHA ATENCIÓN.

Salvaguardar su información de salud protegida

Priority Partners Managed Care Organization (PPMCO, por sus siglas en inglés) se compromete a proteger su información de salud. A fin de brindar tratamiento o pagar su atención médica, PPMCO pedirá determinada información de salud y dicha información se archivará en su registro. El registro por lo general contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos y tratamiento. Dicha información, conocida como su registro de salud o médico, que está regulada legalmente como información de salud, podrá usarse para varios fines. PPMCO tiene la obligación de cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque PPMCO se reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento y en relación con la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como respecto de cualquier información que recibamos en el futuro. Puede solicitar una copia del aviso nuevo a Atención al Cliente de PPMCO al 1-800-654-9728.

Cómo PPMCO puede usar y divulgar su información de salud protegida

El personal de PPMCO sólo usará su información de salud para realizar su trabajo. Respecto de los usos que no sean los que PPMCO suele hacer, PPMCO debe tener su autorización escrita, a menos que la ley los permita o los exija. Los siguientes son algunos ejemplos de nuestros posibles usos y divulgaciones de su información de salud.

Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica:

Con fines de tratamiento: PPMCO puede usar o compartir su información de salud a fin de aprobar o rechazar tratamiento y/o determinar si su tratamiento médico es adecuado. Por ejemplo, los proveedores de atención médica de PPMCO tal vez tengan que revisar su plan de tratamiento con su proveedor de atención médica para determinar la necesidad médica o coordinar la atención.

Para obtener pagos: PPMCO puede usar y compartir su información de salud a fin de facturar y cobrar el pago por sus servicios de atención médica como así también para determinar su elegibilidad para recibir nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos por pagos de servicios médicos que le haya prestado.

Para operaciones de atención médica: PPMCO puede usar y compartir su información de salud para operaciones de PPMCO. Por ejemplo, PPMCO puede usar o compartir su información para administrar casos y coordinar la atención, evaluar la calidad de los servicios prestados o puede proporcionarla a nuestros auditores y reguladores del estado o federales.

Intercambio de información de salud. PPMCO puede compartir información que obtenemos o generamos en relación con usted con otras entidades de atención médica, como sus proveedores de atención médica, tal como lo permite la ley, a través de Intercambios de Información de Salud (HIEs, por sus siglas en inglés) en los que participamos. Por ejemplo, la información referida a su participación en un programa de gestión de la atención podrá compartirse con su proveedor tratante con fines de coordinación de la atención si también participa en el HIE. El intercambio de información de salud puede brindarle un acceso más rápido y una mejor coordinación de la atención, además de ayudar a las entidades a tomar decisiones más fundamentadas.

El Chesapeake Regional Information System for Our Patients, Inc. (CRISP, por sus siglas en inglés), es un HIE regional en el cual participa PPMCO. PPMCO puede recibir información suya a través de CRISP con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o de investigación. Usted puede excluirse voluntariamente de CRISP y desactivar

el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP si contacta a CRISP al 1-877-952-7477 o si completa y envía un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en crisphealth.org. Pese a que usted se excluye voluntariamente de CRISP, los informes de salud pública y la información sobre Sustancias Peligrosas Controladas, que forman parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos de Prescripción de Maryland (PDMP, por sus siglas en inglés), igualmente continuarán estando disponibles para los proveedores a través de CRISP, tal como lo permite la ley.

PPMCO también participa en otros HIEs, incluido un HIE que nos permite compartir y recibir su información a través de nuestro sistema de registro electrónico. Usted puede optar por excluirse voluntariamente de estos otros HIEs si llama al 1-800-557-6916.

Otros usos y divulgaciones de información de salud exigidos o permitidos por ley:

Con fines informativos: A menos que nos dé instrucciones alternativas, PPMCO puede enviar recordatorios de citas y otros materiales del programa a su domicilio.

Exigidos por ley: PPMCO puede divulgar información de salud cuando la ley así nos lo exija.

Actividades de salud pública: PPMCO puede divulgar información de salud cuando debe recopilar o divulgar información sobre enfermedades o lesiones, o puede divulgar estadísticas demográficas a otras divisiones del departamento y demás autoridades de salud pública.

Actividades de supervisión de la salud: PPMCO puede divulgar su información de salud al Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland y demás agencias con fines de actividades de supervisión. Entre los ejemplos de actividades de supervisión se encuentran las auditorías, inspecciones, investigaciones, acreditaciones y licencias.

Médicos forenses, médicos legistas, directores de funerarias y donaciones de órganos: PPMCO puede divulgar información de salud relacionada con un fallecimiento a médicos forenses, médicos legistas o directores de funerarias, y a organizaciones autorizadas en relación con la obtención, donación o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Con fines investigativos: En determinadas circunstancias y bajo la supervisión de una Junta de Revisión Institucional u otra junta de privacidad designada, PPMCO puede divulgar información de salud para ayudar a la investigación médica.

Evitar un amenaza a la salud o a la seguridad: A fin de evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, PPMCO puede divulgar información de salud que sea necesaria a autoridades policiales u otras personas que razonablemente pueden evitar o reducir la amenaza de daño.

Abuso y negligencia: PPMCO divulgará su información de salud a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o cualquier otro delito. PPMCO puede divulgar su información de salud en la medida en que sea necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o las de terceros.

Funciones gubernamentales específicas: PPMCO puede divulgar información de salud perteneciente a personal militar y veteranos en determinadas situaciones, a establecimientos penitenciarios en determinadas situaciones, a programas de beneficios gubernamentales en relación con la elegibilidad y la inscripción, y por razones de seguridad nacional, como la protección del Presidente.

Familiares, amigos u otros que participan en su atención: A menos que usted se niegue, PPMCO puede compartir su información de salud con otras personas según esté relacionada directamente con su participación en su atención. PPMCO puede compartir su información de salud si está relacionada con el pago de su atención. A menos que usted se niegue, PPMCO también puede compartir su información de salud con otras personas para notificarlas acerca de su ubicación, condición general o fallecimiento.

Seguro de los trabajadores: PPMCO puede divulgar información de salud a programas de seguro de los trabajadores que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, independientemente de que exista culpa.

Demandas, disputas y reclamos: Si está involucrado en una demanda, disputa o reclamo, PPMCO puede divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, pedido de descubrimiento de pruebas, investigación de un reclamo presentado en su nombre u otro proceso legal.

Autoridades policiales: PPMCO puede divulgar su información de salud a las autoridades policiales para los fines exigidos por ley o en respuesta a una citación.

Programas gubernamentales que otorgan beneficios públicos: PPMCO puede divulgar su información de salud relacionada con la elegibilidad para PPMCO o con la inscripción en PPMCO a otra agencia que administre un programa gubernamental que brinde beneficios públicos, siempre y cuando compartir dicha información de salud o mantenerla en un sistema de datos único o combinado sea exigido o de otra forma autorizado por ley.

Información genética: PPMCO no podrá utilizar ni divulgar ninguna información genética sobre usted con fines de suscripción de seguros o a fin de decidir si usted es elegible para participar en PPMCO.

Usos y divulgaciones adicionales: Otros usos y divulgaciones de su información de salud no cubiertos por este Aviso podrán efectuarse sólo con su permiso por escrito. Esto incluye la mayoría de los usos y divulgaciones con fines de mercadotecnia. Además, con algunas excepciones, PPMCO no recibirá nada de valor a cambio de su información de salud sin su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información de salud, usted podrá revocar ese permiso en cualquier momento y por escrito. Sin embargo, no podemos dar marcha atrás con las divulgaciones que hayamos realizado antes de que usted revoque su permiso.

Usted tiene derecho a:

Ser notificado en caso de incumplimiento: Usted tiene derecho a ser notificado si su información de salud ha sido comunicada indebidamente, lo cual significa que su información de salud ha sido utilizada o divulgada de una manera contraria a lo permitido por ley y, por ende, está en peligro.

Solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que PPMCO usa o divulga sobre usted. PPMCO cumplirá con su solicitud en caso de ser posible, pero no está obligada por ley a aceptar la restricción solicitada. Si PPMCO acepta dicha restricción, el acuerdo debe plasmarse por escrito y PPMCO lo cumplirá, salvo en situaciones de emergencia o si la ley así lo permitiese o exigiese.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a pedir a PPMCO que le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. PPMCO debe aceptar su solicitud siempre y cuando nos resulte razonablemente fácil hacerlo.

Inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a ver su información de salud en caso de pedirla por escrito. Si desea copias de su información de salud, se le podrá cobrar un arancel por las copias, dependiendo de las circunstancias. Usted tiene derecho a elegir qué partes de su información desea que se copien y a que se le informe el costo de copiado con anticipación.

Solicitar modificaciones: Usted puede solicitar por escrito que PPMCO corrija o realice agregados a su registro de salud. PPMCO puede rechazar el pedido si determina que la información de salud: (1) es correcta y completa, (2) no forma parte de nuestros registros o (3) no puede ser divulgada. Si usted solicita una modificación de los registros que no hemos generado, consideraremos su pedido sólo si quien generó los registros no está disponible. Si PPMCO aprueba el pedido de modificación, procederá a modificar la información de salud y lo notificará y, con su ayuda, avisará a terceros que deben estar al tanto de las modificaciones de la información de salud.

Rendición de divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones efectuadas sobre su información de salud durante los seis años anteriores a su pedido. Esta lista no abarcará todas las divulgaciones realizadas, incluidas las de su información de salud efectuadas con fines de tratamiento, pago y operaciones. No se le cobrará por proporcionarle una lista por año.

Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y/o una copia electrónica por correo electrónico en caso de solicitarla.

Para más información

Este documento está disponible en otros idiomas y en formatos alternativos que cumplen con los lineamientos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Si tiene preguntas y desea recibir más información, puede comunicarse con Atención al Cliente de PPMCO al 1-800-654-9728.

Ejercicio de derechos, preguntas o reclamos

Si desea obtener un formulario de solicitud pertinente para (i) inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud, (ii) solicitar una modificación de su información de salud, (iii) solicitar una rendición de las divulgaciones de su información de salud o (iv) solicitar una divulgación de su información de salud o por otros motivos, comuníquese con:

Priority Partners MCO
c/o Johns Hopkins HealthCare LLC
Compliance Department
6704 Curtis Court
Glen Burnie MD 21060
Teléfono: 410-424-4996

Si usted considera que sus derechos de privacidad no se han respetado tal como lo exige la ley aplicable o tal como se explica en este Aviso, puede presentarnos una queja mediante la información de contacto que aparece a continuación. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. PPMCO no tomará ninguna represalia en su contra si presenta dichos reclamos.

Johns Hopkins Privacy Office
1812 Ashland Avenue
Suite 300
Baltimore, MD 21205
Teléfono: 410-614-9900
Fax: 443-529-1548
Correo electrónico: hipaa@jhmi.edu

Aviso de no discriminación

Priority Partners MCO cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165)。

Fecha de entrada en vigencia: Este aviso entra en vigencia el 15 de noviembre de 2016.

ANEXO C:

SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS POR
PRIORITY PARTNERS

Beneficio	Qué es esto	Quién puede recibir este beneficio	Limitaciones
Servicios de la vista para adultos Exámenes de la vista Anteojos	Un examen de la vista por año en un proveedor de la red. Un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años.	Adultos mayores de 21 años	Lentes de contacto, capacitación ortóptica o de la vista, y cualquier prueba complementaria relacionada; cualquier examen de la vista o gafas correctoras exigidas por un empleador como una condición para trabajar. Más de un par de anteojos cada dos años. \$19 gafas, \$100 lentes de contacto

ANEXO D:

PROGRAMAS PRENATAL/POSTPARTO

Atención para miembros durante el embarazo y después del parto

Si usted está embarazada, debe cuidar de manera especial a usted misma y a su bebé. Vea a su médico tan pronto como piense o sepa que está embarazada.

Si usted ha consultado a un médico para lograr quedar embarazada antes de afiliarse a Priority Partners, puede continuar viendo a ese médico. Si desea cambiar de médicos, puede llamar a Atención al Cliente al 1-800-654-9728 para recibir asistencia. Su médico le dirá con qué frecuencia necesita verlo mientras está embarazada y luego de que nazca su bebé. Es importante que vaya a todas sus citas médicas y cumpla las instrucciones del médico.

Priority Partners ofrece un programa gratuito de gestión de casos de maternidad, Maternal Child Health, a los futuros miembros. Este programa la ayudará a administrar su salud durante el embarazo. Llame al 1-800-261-2396 int. 5355 para recibir más información.

Priority Partners le reembolsará hasta \$125 para las clases de preparación para el parto. Las clases deben dictarse en un establecimiento aprobado por Priority Partners. Para más información acerca de este beneficio, llame a un representante de Partners with Mom al 1-800-261-2396, int. 5355.

ANEXO E:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD

Usted recibirá un boletín informativo periódicamente de Priority Partners con consejos y artículos sobre cómo mantenerse saludable. Su médico también le brindará información para leer y le avisará sobre actividades a las que podrá asistir sin ningún cargo. Priority Partners desea ayudarlo a mantenerse saludable mediante pruebas para detectar la presión arterial alta, cáncer y glaucoma además de la atención que recibe habitualmente. Busque su boletín para afiliados o comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-654-9728 para recibir más información.

El equipo de educación sobre la salud de Priority Partners ofrece diferentes programas y talleres para ayudar a nuestros afiliados. A continuación figura una lista de cada programa y taller. Para registrarse para un programa o taller, llame al 1-800-957-9760 o escriba al correo electrónico: healtheducation@jhhc.com. Para ver el calendario de educación sobre la salud, visite: <https://www.ppmco.org/health-and-wellness/health-education/>.

La educación se ofrece en las áreas de:

- Diabetes
- Prediabetes
- COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Asma
- Presión arterial
- Cardiopatías
- Nutrición
- Control del peso
- Actividad física
- Dejar de fumar
- Sueño
- Manejo del estrés

ANEXO F:

PROCESO DE RECLAMOS/APELACIONES INTERNO DE MCO

Servicios para afiliados e información sobre línea gratuita de Priority Partners

La Atención al Cliente de Priority Partners está disponible para nuestros afiliados de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Llame al 410-424-4500 o 1-800-654-9728 (un contestador automático lo atenderá fuera del horario de atención). También tenemos una línea TTY para afiliados con problemas auditivos. Ese número es 410-424-4643 o 1-888-232-0488.

Procedimientos internos de quejas de Priority Partners

Nos complace que haya elegido Priority Partners, por lo tanto, si alguna vez no está conforme con nuestros servicios, queremos saberlo de inmediato. Lo que nos manifiesta es muy importante porque nos ayuda a mejorar los servicios para todos nuestros afiliados. Si tiene un reclamo, contáctenos al 1-800-654-9728. También tenemos una línea TTY para afiliados con problemas auditivos cuyo número es 410-424-4643 o 1-888-232-0488.

Apelaciones

Si su reclamo se relaciona con un servicio que usted o su proveedor consideran que necesita pero que no cubrimos, puede pedirnos que revisemos su solicitud nuevamente. Esto se llama apelación.

Si desea presentar una apelación, usted debe hacerlo dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que recibe la carta que le avisa que no le cubriríamos el servicio que deseaba.

Usted puede llamar para presentar su apelación o puede enviar su apelación por escrito. Contamos con un formulario sencillo que usted puede usar para presentar su apelación. Sólo llame al 1-800-654-9728 para obtener uno. Le enviaremos el formulario de apelación por correo o fax y le brindaremos ayuda para completarlo en caso de que la necesite.

Una vez que completa el formulario, debe enviarlo por correo a:

Priority Partners, 7231 Parkway Drive, Suite 100

Hanover, MD 21076, Attention: Appeals

Su médico también puede presentar una apelación en su nombre si usted firma un formulario por el cual le da permiso. Otras personas también pueden ayudarlo a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

Cuando presente una apelación, asegúrese de comunicarnos toda información nueva que usted tenga y que nos ayudará a tomar nuestra decisión. Le enviaremos una carta que le notificará que nosotros recibimos su apelación dentro de 5 días hábiles. Mientras se revisa su apelación, usted también puede enviar o entregar toda información adicional que considera que nos ayudará a tomar nuestra decisión.

Cuando revisamos su apelación, nosotros:

- Recurriremos a médicos que conocen el tipo de enfermedad que usted tiene.
- No recurriremos a las mismas personas que rechazaron su solicitud de un servicio.
- Tomaremos una decisión referida a su apelación dentro de 30 días.

El proceso de apelación puede tardar hasta 44 días si usted pide más tiempo para presentar información o si necesitamos obtener información adicional de otras fuentes. Le enviaremos una carta si necesitamos información adicional.

Si su médico o Priority Partners consideran que su apelación debe ser revisada con inmediatez debido a la gravedad de su afección, usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de tres días hábiles.

Si no creemos que su apelación necesita ser revisada con inmediatez, trataremos de llamarlo o le enviaremos una carta en la que notificaremos que su apelación será revisada dentro de 30 días.

Si su apelación es sobre un servicio que ya se autorizó y que ya estuvo recibiendo, podrá seguir manteniendo el servicio mientras su apelación se encuentra en proceso de revisión. Contáctenos al 1-800-654-9728 si desea continuar recibiendo los servicios mientras su apelación se encuentra en proceso de revisión. Si no gana su apelación, usted tal vez deba pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez que completamos nuestra revisión, le enviaremos una carta que le notificará nuestra decisión. Si decidimos que usted no debe recibir el servicio denegado, dicha carta le notificará cómo presentar otra apelación o pedir una Audiencia Justa del Estado.

Quejas

Si su reclamo es sobre algo que no tiene que ver con recibir un servicio, se denomina una queja. Entre los ejemplos de quejas se encuentran: no poder encontrar a un médico, problemas para concertar una cita o no ser tratado de manera justa por parte de alguien que trabaja en Priority Partners o en el consultorio de su médico

Si su queja es:

- Sobre un problema médico urgente que está teniendo, se solucionará dentro de las 24 horas.
- Sobre un problema médico que no es urgente, se solucionará dentro de 5 días.
- No es sobre un problema médico, se solucionará dentro de 30 días.

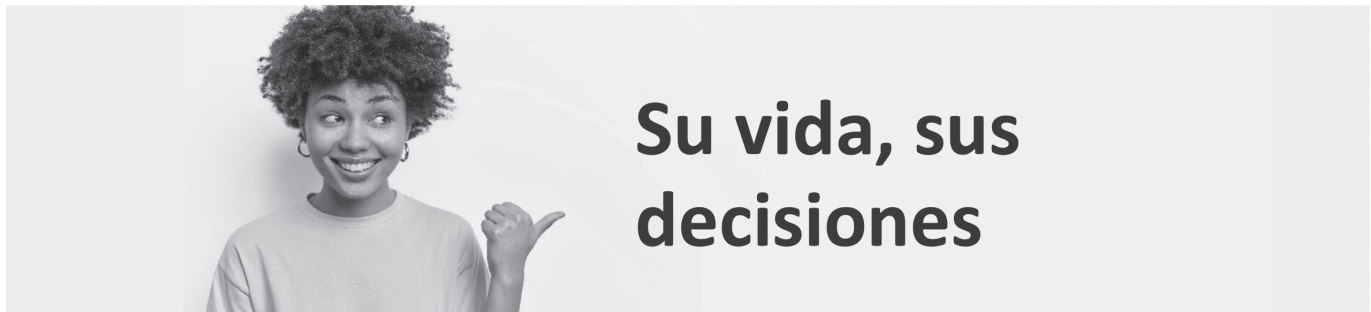
Si usted recibe una factura por servicios médicos que considera que deberían ser cubiertos por Priority Partners, llame a Atención al Cliente al 1-800-654-9728.

Si desea una copia de su procedimiento de reclamo oficial o si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a Atención al Cliente al 1-800-654-9728.

ANEXO G: DIRECTIVA ANTICIPADA



Randolph S. Sergent, Esq., presidente
Ben Steffen, director ejecutivo



Su vida, sus decisiones

Folleto explicativo de directivas anticipadas

Independientemente de la edad o del estado de salud, una crisis de salud podría dejarlo demasiado enfermo o herido como para comunicar las decisiones sobre su atención médica. Es importante pensar en los tipos de tratamiento que le gustaría recibir o no y en los posibles resultados antes de que se produzca una crisis de salud. Empiece conversando con familiares, amigos, profesionales sanitarios, un abogado o consejero religioso.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN: HABLAR

La planificación anticipada de la atención es una conversación permanente con las personas en quienes confía a fin de hablar sobre sus preferencias personales y las decisiones que deberían tomarse en una crisis de salud, no sólo cuidados paliativos. La planificación anticipada de la atención requiere de la consideración cuidadosa de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en una directiva anticipada o en un formulario de Órdenes médicas para el tratamiento de prolongación de la vida (MOLST, por sus siglas en inglés). Una directiva anticipada no es lo mismo que un formulario de MOLST. Para obtener más información sobre el formulario de MOLST de Maryland, visite marylandmolst.org. Estas conversaciones hacen que sus deseos se den a conocer así pueden cumplirse en caso de que no tenga más capacidad o ésta sea limitada como para tomar decisiones por su cuenta. Así, se reduce la carga a la familia y a los seres queridos, y se ayuda a evitar conflictos sobre su atención. Identificar quién puede hablar en su nombre es importante. En Maryland, esta persona se llama representante en cuestiones de atención médica. Si no nombra a ningún representante en cuestiones de atención médica, se designará a su familiar más cercano en virtud de la ley para que tome decisiones por usted en caso de que no pueda hablar por sí mismo.

DIRECTIVA ANTICIPADA: REGISTRO

Usted tiene la opción de crear una directiva anticipada, una forma útil y legal de dirigir su atención médica cuando no pueda hablar por sí mismo. Puede nombrar a un representante en cuestiones de atención médica y especificar sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, tales como cuándo usar tratamientos para prolongar la vida. Elija a alguien en quien confíe para tomar estas decisiones importantes y hable con dicha persona para asegurarse de que acepte la responsabilidad. Incluya su nombre e información de contacto y cualquier representante en cuestiones de atención médica suplente en su directiva anticipada. Varios formularios de directivas anticipadas pueden pedirse a los profesionales sanitarios, organizaciones religiosas, asesores patrimoniales, abogados, etc. No existe un único formulario que debe usarse: usted puede personalizar su directiva anticipada para que se adapte a sus deseos. Asegúrese de entregar una copia de su directiva anticipada a su familia, profesionales sanitarios, abogado o a cualquier otra persona que debería estar al tanto de sus decisiones. *Recuerde que no es obligatorio contar con una directiva anticipada y que puede revocar su directiva anticipada y completar una nueva en cualquier momento.*

DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA: COMPARTIR

Una directiva anticipada puede ser más eficaz si la pone a disposición en formato electrónico que sea fácilmente accesible por parte de un profesional sanitario. Hable con su profesional sanitario para guardar una copia de su directiva anticipada e información del representante en cuestiones de atención médica en su seguro sistema de historias clínicas electrónicas. Usted podrá agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas a través del portal para pacientes del profesional sanitario, un sitio web en línea seguro donde puede ver su historia clínica y comunicarse con su equipo de atención médica. Usted también puede usar un servicio de directivas anticipadas electrónicas Reconocidas por el Estado para crear, cargar, compartir y actualizar su directiva anticipada e información sobre el representante en cuestiones de atención médica. Obtenga más información sobre cómo los profesionales sanitarios que participan en su atención médica pueden acceder a su información en crisphhealth.org/for-patients/#advance-directives.

Para obtener más información sobre cómo comenzar con su directiva anticipada, incluidos formularios de muestra, visite el sitio web del Procurador General de Maryland: www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx

