



 **maryland**  
physicians care  
Medicaid con Corazón



GUÍA PARA MIEMBROS

# INFORMACIÓN ÚTIL

Horario de atención de Maryland Physicians Care  
Lunes a viernes, 8:00 a. m. – 5:00 p. m.

Centro de Servicios para Miembros  
1-800-953-8854

Servicio de Relevo TDD de Maryland  
1-800-735-2258

Superior Vision  
1-800-428-8789

Programa dental Healthy Smiles de Maryland  
1-855-934-9812

Ayuda del Centro de Tratamiento para Drogas  
y Alcohol  
1-800-953-8854

Si usted está embarazada  
1-800-953-8854

Línea de acción para afiliados de HealthChoice  
del estado de Maryland  
1-800-284-4510

Sistema Público de Salud Mental de Maryland  
1-800-888-1965

Línea directa del estado de Maryland  
1-800-492-5231

Programa de administración de casos raros y  
costosos (REM)  
1-800-565-8190

Agente de inscripción del estado de Maryland  
1-800-977-7388



1201 Winterson Rd, 4.º piso  
Linthicum, MD 21090  
Llamada sin costo 1-800-953-8854  
MarylandPhysiciansCare.com

¡Bienvenido miembro!

Gracias por elegir a Maryland Physicians Care (MPC) como su plan médico. Revise toda la información en este paquete. Esta información y el manual lo ayudarán a obtener atención cuando la necesite. Puede encontrar las actualizaciones del manual en línea o llamando al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department) de MPC.

Si usted no seleccionó un proveedor de atención primaria (PCP) en el momento de su inscripción o si el proveedor que eligió no estaba disponible, MPC le asigna automáticamente un proveedor de atención primaria.

Si quiere cambiar su PCP, elija un proveedor del Directorio de proveedores de MPC accesible en nuestro sitio web en [mpcMedicaid.com/es](http://mpcMedicaid.com/es) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-953-8854, opción 1, para que podamos actualizar nuestro sistema y enviarle una nueva tarjeta de seguro médico de MPC.

Cómo obtener la atención que necesita:

- Debe tener su primera cita en un lapso de 3 meses después de unirse a MPC. Esto se llama evaluación médica.
- Si usted está embarazada, debe ver a un proveedor de Obstetricia/Ginecología (OB/GYN) para su atención prenatal en un plazo de 10 días. Si ya está siendo atendida por un obstetra/ginecólogo, puede continuar viendo a ese proveedor hasta que tenga al bebé.
- Si necesita servicios de planificación familiar, debe programar una cita en un plazo de 10 días después de su solicitud.
- Si tiene otras necesidades médicas especiales, debe ver a un proveedor de atención primaria en un plazo de 15 días.

Cuanto antes se reúna con su PCP, más pronto podrá usar todos los servicios que MPC tiene para ofrecer.

Como miembro de Maryland Physicians Care, usted es elegible para recibir un teléfono celular gratuito, llamadas gratuitas al plan médico y 350 minutos de mensajes de texto ilimitados gratis. Para inscribirse visite nuestro sitio web en [mpcMedicaid.com/es](http://mpcMedicaid.com/es) y descargue la aplicación.

Nuestros miembros también tienen acceso a un portal web en línea, My MPC Source, que les permite ver sus reclamos y autorizaciones previas, información de elegibilidad y mucho más, todo en tiempo real. Visite nuestro sitio web en [mpcMedicaid.com/es](http://mpcMedicaid.com/es) para registrarse.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre sus beneficios de MPC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-953-8854, opción 1.

Volvemos a darle la bienvenida y le agradecemos por elegir a Maryland Physicians Care. ¡Esperamos saber de usted pronto!

Atentamente,

## Declaración de accesibilidad de idiomas

Hay servicios de intérpretes de idiomas disponibles sin costo.

La ayuda está disponible en su idioma: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258).

Estos servicios están disponibles sin costo.

### **Español/Spanish**

Hay ayuda disponible en su idioma: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Estos servicios están disponibles gratis.

### **አማርኛ/Amharic**

እገዛ በ ቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258) ። እነዚህ አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው።

### **العربية/Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-735-2258 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-953-8854).

### **Bàsòò-wùdù-po-nyò /Bassa**

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké m̄ [Bàsò ò -wùdù-po-nyò ] jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bé in m̄ gbo kpáa. Dá 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258).

### **中文/Chinese**

用您的语言为您提供帮助：1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258)。 这些服务都是免费的

### **فارسی/Farsi**

خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید : 1-800-953-8854 (خط تماس افراد ناشنوا 1-800-2258-735)  
این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند

### **Français/French**

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Ces services sont disponibles pour gratuitement.

### **ગુજરાતી/Gujarati**

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: 1-800-953-8854 (ટીટીવાય: (TTY: 1-800-735-2258). સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

### **kreyòl ayisyen/Haitian Creole**

Gen èd ki disponib nan lang ou: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Sèvis sa yo disponib gratis.

### **Igbo**

Enyemaka di na asusu gi: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Oṛu ndị a dị na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

## **한국어/Korean**

사용하시는 언어로 지원해드립니다: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). 무료로 제공 됩니다

## **Português/Portuguese**

A ajuda está disponível em seu idioma: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Estes serviços são oferecidos de graça.

## **Русский/Russian**

Помощь доступна на вашем языке: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Эти услуги предоставляются бесплатно.

## **Tagalog**

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Ang mga serbisyong ito ay libre.

## **اردو/Urdu**

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال  
1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258) کر

## **Tiếng Việt/Vietnamese**

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258). Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

## **Yorùbá/Yoruba**

Ìrànlọwọ wà ní àrọwọtó ní èdè rẹ: 1-800-953-8854 (TTY: 1-800-735-2258) Awon ise yi wa fun o free.

## **Accesibilidad de idiomas**

### **Servicios de interpretación y ayuda suplementaria**

Los servicios de intérpretes están disponibles para todos los miembros de HealthChoice sin considerar su idioma principal. Los servicios de intérpretes también dan asistencia a las personas sordas, con discapacidad auditiva o que tienen dificultad para hablar.

Para pedir un intérprete llame a Servicios para Miembros de su MCO. Las personas sordas, con discapacidad auditiva o que tienen dificultad para hablar pueden usar el servicio de relevo de Maryland (711). Las MCO deben darle ayuda suplementaria sin costo cuando la pida. La ayuda suplementaria incluye: aparatos auditivos de asistencia, material escrito y equipo/aparatos modificados.

Si necesita servicios de intérprete para una cita con un proveedor, comuníquese con la oficina de su proveedor. Es mejor avisarle con antelación de una cita para asegurarse de que habrá tiempo suficiente para organizar el servicio de intérprete y para evitar retrasos en los servicios de atención médica. En algunas situaciones, la MCO puede ayudar a facilitar los servicios de intérprete para citas con los proveedores. Llame a Servicios para Miembros de su MCO si tiene preguntas.

# Índice

1. RESUMEN DE HEALTHCHOICE	
A. Qué es Medicaid	7
B. Qué es HealthChoice	7
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid	7
D. Inscripción en HealthChoice/MCO	8
E. Proceso de inscripción en HealthChoice	9
F. Elegibilidad/cancelación de la inscripción en HealthChoice	10
G. Cómo actualizar el estado e información personal	10
2. INFORMACIÓN IMPORTANTE	
A. Información de contacto de HealthChoice y de programas del estado	11
B. Información de contacto del Departamento de Salud local	12
3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	
A. Derechos	13
B. Responsabilidades	13
C. Declaración de no discriminación	14
D. Aviso de prácticas de privacidad (vea también el Anexo B)	15
4. BENEFICIOS Y SERVICIOS	
A. Beneficios de HealthChoice	17
B. Servicios de auto derivación (selfreferral)	22
C. Beneficios que no ofrecen las MCO, pero que ofrece el estado	25
D. Más servicios que ofrecen las MCO, pero que no ofrece el estado	26
E. Beneficios excluidos y servicios no cubiertos por las MCO o por el estado	26
F. Cambio de beneficios o lugares de servicio	28
5. INFORMACIÓN SOBRE LOS PROVEEDORES	
A. Qué es un PCP, un especialista y qué es la atención de especialidad	29
B. Cómo seleccionar o cambiar de proveedores	29
C. Terminación de un proveedor	29
6. CÓMO OBTENER ATENCIÓN	
A. Cómo programar o cancelar una cita	30
B. Derivación (referral) a un especialista o a atención de especialidad	30
C. Atención fuera del horario habitual, atención de urgencia y atención en la sala de emergencias	31
D. Cobertura en áreas fuera de servicio	32
E. Atención de bienestar para niños (Healthy Kids- EPSDT)	32
F. Atención de bienestar para adultos	33
G. Administración de casos	34
H. Atención para mujeres embarazadas	34
I. Planificación familiar (vea la Sección 3-E, servicios con autoderivación)	35
J. Atención dental	35
K. Atención de la visión	36
L. Educación/extensión médica	36
M. Servicios de salud mental	36
7. SERVICIOS ESPECIALES	
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales	38
B. Programa de administración de casos raros y costosos (REM)	41
8. ADMINISTRACIÓN DE USO	
A. Necesidad médica	42
B. Autorización previa/aprobación previa	42
C. Aviso de Continuidad de la atención	42
D. Coordinación de beneficios	45
E. Servicios fuera de la red	45
F. Lista de medicamentos preferidos	45

# Índice

G. Nueva tecnología y Telesalud.....	45
9. FACTURACIÓN	
A. Avisos de explicación de beneficios o denegación de pago.....	46
B. Qué hacer si recibe una factura.....	46
10. QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	
A. Determinaciones adversas de beneficios, quejas y quejas formales.....	47
B. Apelaciones.....	47
C. Cómo presentar una queja, queja formal o apelación.....	49
D. El proceso de quejas/apelaciones del estado.....	49
E. Reversión de resoluciones de apelaciones.....	50
F. Cómo hacer sugerencias para cambios en las políticas y procedimientos.....	50
11. CÓMO CAMBIAR SU MCO	
A. Reglas de 90 días.....	52
B. Una vez cada 12 meses.....	52
C. Cuando hay un motivo aprobado.....	52
D. Cómo cambiar su MCO.....	52
12. CÓMO REPORTAR FRAUDES, USO EN EXCESO Y USO INDEBIDO	
A. Tipos de fraudes, uso en exceso y uso indebido.....	53
B. Cómo reportar fraudes, uso en exceso y uso indebido.....	53
13. ANEXO A - CONTACTOS DE LAS MCO.....	54
14. ANEXO B - AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	55
15. ANEXO C - OTROS SERVICIOS QUE OFRECEN LAS MCO.....	58
16. ANEXO D - PROGRAMA PRENATAL/POSTPARTO.....	63
17. ANEXO E - PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE SALUD.....	65
18. ANEXO F - PROCESO INTERNO DE QUEJAS/APELACIONES DE LAS MCO.....	66
19. ANEXO G - DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	67
20. SUGERENCIAS ÚTILES PARA APROVECHAR AL MÁXIMO SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	78

# 1. Resumen de HealthChoice

## A. Qué es Medicaid

Medicaid, también llamado Asistencia Médica (Medical Assistance), es un programa de seguro médico (cobertura de gastos incurridos por servicios médicos) que es administrado por cada estado junto con el gobierno federal. El Programa Salud Infantil de Maryland (Maryland Children's Health Program, MCHP), una división de Medicaid, da seguro médico a menores hasta los 19 años. Medicaid da cobertura a:

- familias con bajos ingresos;
- personas embarazadas con bajos ingresos;
- menores con bajos ingresos - es posible que las familias con ingresos más altos tengan que pagar una prima (cargo mensual);
- adultos con bajos ingresos; y
- personas con discapacidades con bajos ingresos.

## B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el programa de atención administrada de Medicaid de Maryland. El programa HealthChoice da atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una organización de atención administrada (MCO). Los miembros pueden elegir su MCO (también llamada "plan") y a su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada. El PCP supervisará y coordinará su atención médica. Algunos beneficiarios de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Ellos recibirán sus beneficios de atención médica por medio del sistema de pago por servicio de Medicaid.

Las MCO son organizaciones de atención médica que dan beneficios de atención médica a los beneficiarios de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales de atención médica incluyen (vea en las páginas 15-19 una lista completa de los beneficios de HealthChoice):

- Servicios de médicos - servicios prestados por una persona autorizada para dar atención médica a pacientes hospitalizados/ambulatorios
- Servicios de hospital - servicios prestados por centros autorizados para dar beneficios para pacientes hospitalizados/ambulatorios
- Servicios de farmacia - servicios para dar medicamentos con receta y suministros médicos

Contrato de MCO con un grupo de profesionales de la atención médica autorizados/certificados (proveedores) para prestar servicios cubiertos a sus afiliados, llamados "red". Las MCO son responsables de dar u organizar la amplia variedad de servicios de atención médica cubiertos por el programa HealthChoice. Hay algunos beneficios que su MCO no está obligado a cubrir, pero que cubrirá el estado.

Los beneficios de HealthChoice se limitan a los residentes de Maryland y generalmente están limitados a los servicios que se prestan en el estado de Maryland. Los beneficios no son transferibles a otros estados. En algunos casos, la MCO puede permitirle obtener servicios en un estado cercano si el proveedor está más cerca y dentro de la red la MCO.

## C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para conservar HealthChoice, usted debe tener Medicaid. La mayoría de las personas deben volver a solicitarlo cada año. Usted recibirá un aviso cuando sea el momento de renovarlo. El estado puede renovar automáticamente a algunas personas. Usted recibirá un aviso que le indica qué se exige. Si pierde Medicaid, el estado automáticamente lo sacará de HealthChoice. Hay varias maneras de renovar Medicaid:

- **Maryland Health Connection**
  - Personas elegibles para solicitar/renovar por medio de Maryland Health Connection:
    - adultos menores de 65 años
    - padres/cuidadores o familiares
    - mujeres embarazadas y
    - menores y menores que estuvieron en crianza temporal
  - En línea: [www.marylandhealthconnection.gov/es](http://www.marylandhealthconnection.gov/es)
  - Llamando al: 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573)
- **myDHR**
  - Personas elegibles para solicitar/renovar por medio de myDHR:
    - adultos mayores, personas ciegas o con discapacidad (ABD),
    - menores que actualmente están en crianza temporal o justicia de menores
    - si reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y
    - beneficiarios de Medicare calificados (QMB) o beneficiarios de Medicare especificados con bajos ingresos (SLMB).
  - En línea: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>
- **Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) o Departamento de Salud local (Local Health Department, LHD)**
  - Todas las personas lo pueden solicitar.
  - Para conectarse con DSS llame al 800-332-6347.
  - Para conectarse con LHD vea la página 11.

## **D. Inscripción en HealthChoice/MCO**

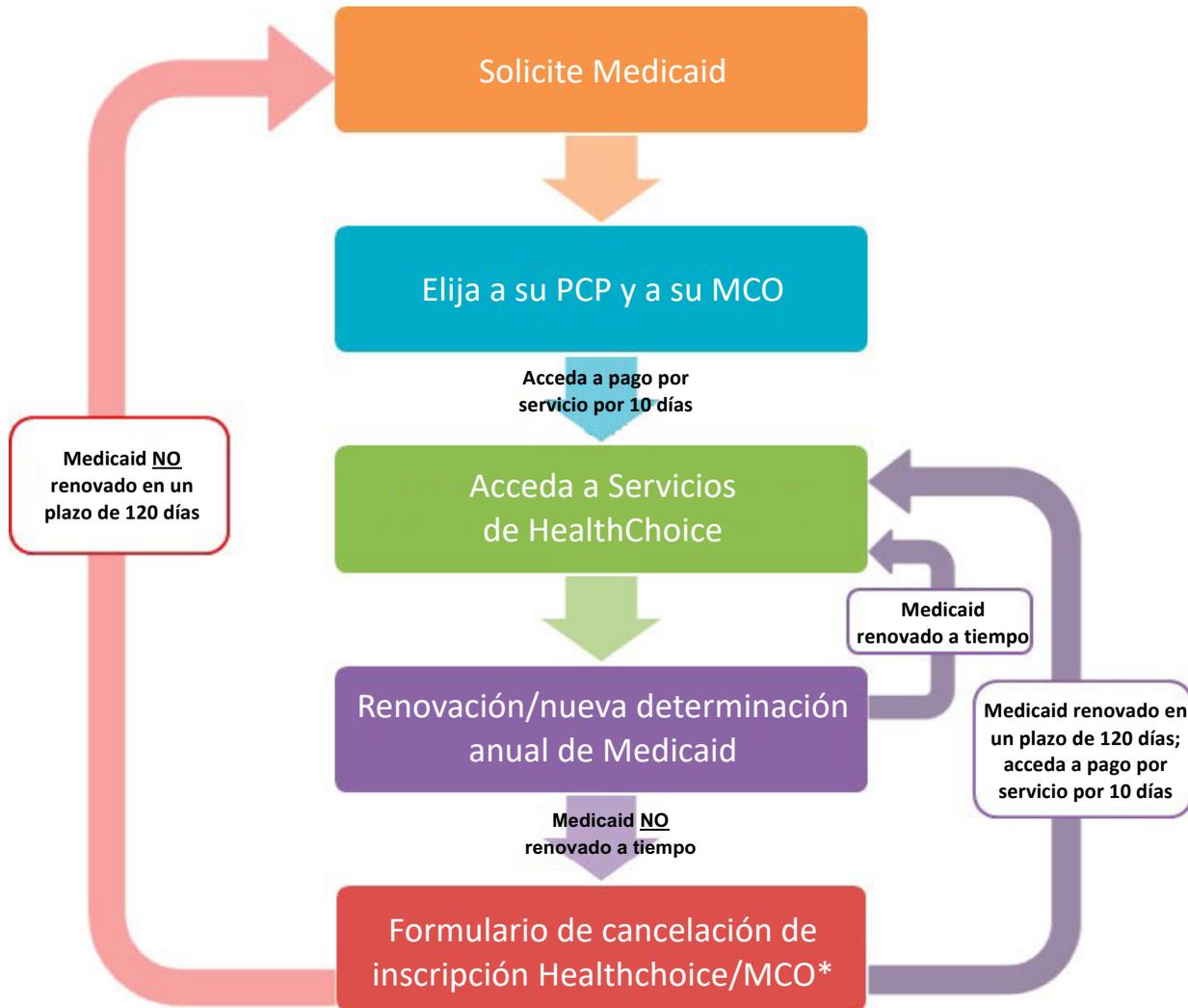
Si recibió este Manual para Miembros de su MCO, significa que se ha inscrito con éxito en HealthChoice. El estado le envió un paquete de inscripción explicándole cómo seleccionar una MCO. Si no eligió una MCO, el estado lo asigna automáticamente a una MCO en su área. Toma de 10 a 15 días después de elegir o desde que lo asignan automáticamente hasta estar inscrito en HealthChoice. Hasta entonces puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid del estado.

Ahora debe usar su tarjeta de identificación la MCO cuando reciba servicios. Si la MCO le asignó un número distinto, su identificación de Medicaid ID también será la tarjeta de identificación de miembro de MCO. Los teléfonos de Servicios para Miembros de su MCO y de la Línea de ayuda de Health Choice (800-284-4510) están en su tarjeta. Si tiene preguntas siempre llame primero a Servicios para Miembros de su MCO. Si no recibió su tarjeta de identificación la MCO o si extravió su tarjeta, llame a Servicios para Miembros de su MCO (vea el Anexo A).

La comunicación es la clave para asegurarse de que se cubran sus necesidades de atención médica. Ayude a la MCO a atenderlo mejor. Si se inscribió por teléfono o en línea, le pidieron que completara el formulario de información de necesidades de servicios médicos. Esta información ayuda a la MCO a determinar qué tipos de servicios podría necesitar y qué tan rápido necesita los servicios. Si usted no ha completado el formulario, haremos esfuerzos para comunicarnos con usted, para saber cuáles son sus necesidades.

La MCO lo ayudará a recibir la atención y los servicios necesarios. Si se quedó con el mismo PCP, pero han pasado tres meses desde su última cita, llame para ver cuándo se espera que vaya a su cita de rutina. Si seleccionó 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 que necesita.

## E. Proceso de inscripción en HealthChoice



\*El estado cancelará su inscripción de HealthChoice y de la MCO si usted NO renovó Medicaid oportunamente.

## F. Elegibilidad/cancelación de la inscripción en HealthChoice

Usted seguirá inscrito en el programa HealthChoice Program y en la MCO a menos que no renueve o ya no sea elegible para Medicaid. Si su Medicaid se canceló, el estado automáticamente cancelará su inscripción en la MCO.

Incluso si califica para Medicaid, hay otras situaciones que provocarán que el estado cancele su cobertura de la MCO. Esto sucede si:

- usted cumple 65 años, sin considerar si está inscrito en Medicare;
- usted se inscribe en Medicare antes de cumplir 65 años por tener una discapacidad;
- usted está en un centro de enfermería más de 90 días o pierde su cobertura de Medicaid mientras está en el centro de enfermería;
- usted califica para atención a largo plazo;
- usted es ingresado a un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales;
- usted va preso (un juez lo sentenció a ir a la cárcel o a prisión); o
- usted se muda a otro estado.

Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pero vuelve a obtener cobertura en un plazo de 120 días, el estado lo reinscribirá con la misma MCO. Sin embargo, su nueva inscripción en la MCO tardará 10 días antes de entrar en vigor. Hasta entonces, usted puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid si su proveedor la acepta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su seguro; de lo contrario, usted podría tener que pagar facturas por los servicios prestados. También recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas que administra el estado. No son como el programa federal Medicare para adultos mayores y personas con discapacidad. HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red la MCO o si su atención es organizada por una MCO. Incluso si una compañía de seguros de todo el país opera una MCO de Maryland, la MCO solo está obligada a cubrir servicios de emergencia cuando usted está fuera del estado.

## G. Cómo actualizar el estado e información personal

Debe avisar al estado (donde solicitó Medicaid, por ejemplo, por Maryland Health Connection, el Departamento de Servicios Sociales local o myDHR, Departamento de Salud local) de cualquier cambio en su estado o si necesita hacer correcciones. También debe mantener informada a su MCO sobre dónde vive y como pueden comunicarse con usted. Avise al estado cuando:

- Cambie su dirección de correo. **Si la dirección de correo no es la misma del lugar donde vive, también debemos saber dónde vive.**
- Si se muda. **Recuerde que debe ser residente de Maryland.**
- Debe cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número del Seguro Social
- Sus ingresos aumentan
- Se casa o se divorcia
- Tuvo un bebé, adoptó un menor o colocó a un menor en adopción o en crianza temporal
- Usted obtuvo o perdió a un dependiente fiscal
- Usted obtuvo o perdió otro seguro médico
- Cambió su estado de discapacidad
- Usted está implicado en un accidente o se lesionó y otro seguro o persona podría ser responsable

## 2. Información importante

### A. Información de contacto de HealthChoice y de programas del estado

Información de ayuda	Teléfono	Sitio web
Inscripción en <i>HealthChoice</i>	855-642-8572 TDD (para personas con discapacidad auditiva)  (800) 977-7389	<a href="https://www.marylandhealthconnection.gov/es">https://www.marylandhealthconnection.gov/es</a>
Preguntas generales sobre <i>HealthChoice</i>	410-767-5800 (local) 800-492-5231 (el resto del estado)  TDD (para personas con discapacidad auditiva) 800-735-2258	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx</a>
Línea de ayuda de <i>HealthChoice</i> - para problemas y quejas sobre acceso, proceso de inscripción y calidad de la atención.	800-284-4510	
Miembros que están embarazadas y planificación familiar	800-456-8900	
Healthy Kids, EPSDT	410-767-1903	<a href="https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx</a>
Programa dental Healthy Smiles	855-934-9812	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx</a>
Programa de administración de casos raros y costosos del estado de Maryland (REM) - para preguntas sobre derivaciones, elegibilidad, quejas formales y servicios.	800-565-8190	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx</a>
Salud mental y trastornos por consumo de sustancias - para derivaciones, información de proveedores, quejas formales y autorizaciones previas.	800-888-1965	<a href="https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx">https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx</a>
Centro de ayuda al consumidor de Maryland Health Connection	855-642-8572  TDD (para personas con	<a href="http://www.marylandhealthconnection.gov/es">www.marylandhealthconnection.gov/es</a>

	discapacidad auditiva) 855-642-8573	
--	--	--

## B. Información de contacto del Departamento de Salud local

Condado	Teléfono principal	Teléfono de transporte	Teléfono de la Unidad Administrativa de Coordinación de la Atención (ACCU)	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	<a href="http://www.alleganyhealthdept.com/">http://www.alleganyhealthdept.com/</a>
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	<a href="http://www.aahealth.org/">http://www.aahealth.org/</a>
Ciudad de Baltimore	410-396-4398	410-396-7633	410-640-5000	<a href="http://health.baltimorecity.gov/">http://health.baltimorecity.gov/</a>
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741	<a href="http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health">http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health</a>
Calvert	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400 ext. 360	<a href="http://www.calverthealth.org/">http://www.calverthealth.org/</a>
Caroline	410-479-8000	410-479-8014	410-479-8189	<a href="http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty">http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty</a>
Carroll	410-876-2152	410-876-4813	410-876-4941	<a href="http://cchd.maryland.gov/">http://cchd.maryland.gov/</a>
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130	<a href="http://www.cecilcountyhealth.org">http://www.cecilcountyhealth.org</a>
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760	<a href="http://www.charlescountyhealth.org/">http://www.charlescountyhealth.org/</a>
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-901-8167	<a href="http://www.dorchesterhealth.org/">http://www.dorchesterhealth.org/</a>
Frederick	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124	<a href="http://health.frederickcountymd.gov/">http://health.frederickcountymd.gov/</a>
Garrett	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771	<a href="http://garretthealth.org/">http://garretthealth.org/</a>
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	<a href="http://harfordcountyhealth.com/">http://harfordcountyhealth.com/</a>
Howard	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323	<a href="http://www.howardcountymd.gov/D">www.howardcountymd.gov/D</a>
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	<a href="http://kenthd.org/">http://kenthd.org/</a>
Montgomery	311 o 240-777-0311	240-777-5899	240-777-1635	<a href="http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/">http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/</a>
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	<a href="http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services">http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services</a>
Queen Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	<a href="http://www.qahealth.org/">www.qahealth.org/</a>
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	<a href="http://www.smchd.org/">http://www.smchd.org/</a>
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758	<a href="http://somesethealth.org/">http://somesethealth.org/</a>
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	<a href="http://talbothealth.org">http://talbothealth.org</a>
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229	<a href="http://dhmh.maryland.gov/washhealth">http://dhmh.maryland.gov/washhealth</a>
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142 Opción N.º 1	410-543-6942	<a href="https://www.wicomicohealth.org/">https://www.wicomicohealth.org/</a>
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	<a href="http://www.worcesterhealth.org/">http://www.worcesterhealth.org/</a>

### **3. Derechos y responsabilidades**

#### **A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a:**

- Recibir atención y servicios médicos que sean culturalmente competentes y libres de discriminación.
- Que lo traten con respeto a su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluyendo información sobre opciones y alternativas de tratamiento, sin considerar el costo o la cobertura de beneficios de una manera que usted pueda entender.
- Participar en decisiones relacionadas con su atención médica, incluyendo el derecho de rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier manera de limitación o aislamiento usado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Pedir y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que sean enmendados o corregidos según sea permitido.
- Pedir sin cargo copias de todos los documentos, registros y otra información que se usó en una determinación adversa de beneficios.
- Ejercer sus derechos y que el ejercicio de dichos derechos no afecte de manera adversa cómo lo tratan las organizaciones de atención administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health).
- Presentar apelaciones y quejas formales ante una organización de atención administrada.
- Presentar apelaciones, quejas formales y audiencias imparciales del estado ante el estado.
- Pedir que los beneficios en curso continúen durante una apelación o audiencia imparcial del estado; sin embargo, es posible que tenga que pagar la continuación de beneficios si la decisión se sostiene en la apelación o audiencia. Recibir una segunda opinión de otro médico en la misma MCO o de un proveedor fuera de la red si el proveedor no está disponible en la MCO, si usted no está de acuerdo con la opinión del médico sobre los servicios que necesita. Comuníquese con su MCO para recibir ayuda con esto.
- Recibir otra información sobre cómo se maneja su organización de atención administrada, incluyendo la estructura y operación de la MCO y de los planes de incentivo del médico. Puede pedir esta información llamando a su organización de atención administrada.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus proveedores de atención médica y proveedores, y sobre los derechos y las responsabilidades del miembro.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y obligaciones de los miembros de la organización.

#### **B. Como miembro de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de:**

- **Avisar a su proveedor y a su MCO si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico.**
- Tratar al personal de HealthChoice, al personal de la MCO y a los proveedores de atención médica y al personal con respeto y dignidad.

- Llegar puntualmente a las citas y avisar a los proveedores tan pronto como sea posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar su tarjeta de membresía cuando se registra para cada cita. Nunca permitir que nadie más use su tarjeta de Medicaid o de MCO. Reportar a la MCO las tarjetas de identificación del miembro extraviadas o robadas.
- Llamar a su MCO si tiene un problema o una queja.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de atención con el que usted y su PCP estén de acuerdo.
- Hacer preguntas sobre su atención y avisar a su proveedor si hay algo que usted no entiende.
- **Entender sus problemas médicos y trabajar con su proveedor para crear objetivos de tratamiento acordados mutuamente y que usted debe seguir.**
- Dar información actualizada al estado si ha habido un cambio en su situación.
- Dar a su MCO y a sus proveedores información médica precisa para recibir atención adecuada.
- Usar el Departamento de Emergencias (emergency department) solo para emergencias. Avisarle a su PCP tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia.
- Avisar a su cuidador sobre cualquier cambio en sus directivas anticipadas.

### **C. Declaración de no discriminación**

Es política de las MCO de HealthChoice no discriminar por raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado procedimientos internos de quejas formales que den resoluciones rápidas y equitativas a las quejas que denuncien cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (42 U.S.C. 18116) y está implementando reglamentaciones en 45 CFR parte 92, extendida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La Sección 1557 prohíbe la discriminación por raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades. Puede revisar la Sección 1557 y las reglamentaciones implementadas en la oficina de cada coordinador de no discriminación de las MCO que se designó para coordinar los esfuerzos de cada MCO para cumplir la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja formal según este procedimiento. Es ilegal que una MCO tome represalias contra cualquiera que se oponga a la discriminación, presente una queja formal o participe en la investigación de una queja formal.

Procedimiento:

- Las quejas formales se deben presentar al coordinador de la Sección 1557 en el plazo de (60 días) después de la fecha en la que la persona que presenta la queja formal se entera de la presunta acción discriminatoria.
- La queja debe ser por escrito, incluyendo el nombre y dirección de la persona que la presenta. La queja debe establecer el problema o acción que se supone que fue discriminatoria y la solución o reparación que busca.
- El coordinador de la Sección 1557 (o la persona designada) debe conducir una investigación de la queja. Esta investigación puede ser informal, pero debe ser minuciosa, permitiendo a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar evidencia relevante para la queja. Los coordinadores de la Sección 1557 deben mantener los archivos y registros relacionados con dichas quejas formales. En la medida que sea posible y de acuerdo con las leyes

aplicables, los coordinadores de la Sección 1557 tomarán los pasos apropiados para preservar la confidencialidad de los archivos y registros relacionados con las quejas formales y compartirán solo lo que sea necesario saber.

- Los coordinadores de la Sección 1557 extenderán una decisión por escrito sobre la queja formal, basándose en la preponderancia de la evidencia, a más tardar 30 días después de la presentación, incluyendo un aviso al denunciante de su derecho de buscar más reparaciones administrativas o legales.

La disponibilidad y uso de este procedimiento de quejas formales no impide que una persona que busque otras reparaciones legales o administrativas, incluyendo presentar una queja de discriminación por raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Una persona puede presentar una queja de discriminación de manera electrónica por medio del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 – llamada sin costo: 800-368-1019 – TDD: 800-537-7697

Los formularios para quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Las quejas se deben presentar en un plazo de 180 días a partir de la presunta discriminación.

Las MCO harán los acuerdos razonables para asegurar que las personas con discapacidades y las personas con poco dominio del inglés reciban ayuda o servicios suplementarios o servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si fuera necesario, para participar en este proceso de quejas formales. Dichos arreglos pueden incluir, entre otros, dar intérpretes calificados, dar casetes grabados del material para personas con baja visión o asegurar un lugar libre de barreras para los procesos. Los coordinadores de la Sección 1557 serán responsables de dichos arreglos.

## **D. Aviso de prácticas de privacidad**

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) exige que las MCO y los proveedores reporten sus prácticas de privacidad a los miembros. El Aviso de prácticas de privacidad informa a los miembros sus derechos de privacidad y el acceso y revelación de su información médica protegida (PHI). Los ejemplos de PHI incluyen registros médicos, reclamos/facturación médica y registros de planes médicos. Si cree que sus derechos de privacidad fueron violados, puede presentar una queja a su proveedor, a la MCO o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Para presentar una queja vea la información de contacto de abajo:

- Proveedor: llame a la oficina de su proveedor
- MCO: llame a Servicios para Miembros de su MCO
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
  - En línea en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
  - Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
  - Por escrito a:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**Vea el Anexo B para ver el Aviso de prácticas de privacidad de las MCO.**

## 4. Beneficios y servicios

### A. Beneficios de HealthChoice

Esta tabla indica los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise la tabla detenidamente, pues algunos beneficios tienen límites, y es posible que usted deba tener cierta edad o cierto tipo de problema. Excepto por los copagos de la farmacia (pagos por cargo de los miembros para un servicio de atención médica), nunca deben cobrarle por ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten mejor a sus necesidades de atención médica. Usted recibirá la mayoría de estos beneficios de proveedores que participan en la red la MCO (proveedor participante) o es posible que necesite una derivación para acceder a ellos. Hay algunos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no participan en su MCO (proveedores no participantes) y no necesitan derivación. Estos servicios se conocen como servicios de autoderivación (self-referral).

**Las MCO pueden cobrar copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes frecuentes de la vista (vea el Anexo C).** Estos se llaman beneficios opcionales y pueden cambiar de un año a otro. Si tiene preguntas llame a Servicios para Miembros de su MCO.

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ <u>NO</u> RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Servicios de atención primaria</b>	Estos son todos los servicios de atención básica que necesita para cuidar sus necesidades generales de atención y generalmente son ofrecidos por su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico.	Todos los miembros.	
<b>Tratamiento de diagnóstico de prueba periódica temprana (EPSDT) Servicios para menores</b>	Chequeos habituales de control de niño sano, inmunizaciones (vacunas), pruebas de desarrollo y consejos de bienestar. Estos servicios ofrecen lo que sea necesario para atender a menores enfermos y para mantener el bienestar de los menores sanos.	Menores de 21 años.	
<b>Servicios relacionados con el embarazo</b>	Atención médica durante y después del embarazo, incluyendo estancia en el hospital, apoyo de comadrona y, cuando sea necesario, visitas en casa después del parto.	Miembros que están embarazadas y hasta un año después de dar a luz.	
<b>Planificación familiar</b>	Visitas en el consultorio de planificación familiar, pruebas de laboratorio, píldoras anticonceptivas y dispositivos (incluye condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin receta del médico), y esterilizaciones permanentes.	Todos los miembros.	

#### 4. Beneficios y servicios (continúa)

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ <b>NO</b> RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Servicios primarios de salud mental</b>	Los servicios primarios de salud mental son servicios de salud mental básicos prestados por su PCP u otro proveedor en la MCO. Si usted necesita más que los servicios básicos de salud mental, su PCP lo derivará, o puede llamar al Sistema Público de Salud Mental (Public Behavioral Health System) al 800-888-1965 para servicios de salud mental de especialidad.	Todos los miembros	Usted no recibe servicios de salud mental de especialidad de la MCO. Si necesita tratamiento para problemas emocionales serios, su PCP o especialista lo derivarán, o puede llamar al Sistema Público de Salud Conductual al: 800-888-1965.
<b>Servicios dentales</b>	El Programa dental Healthy Smiles de Maryland cubre una amplia gama de servicios dentales, incluyendo chequeos de rutina, limpieza de dientes, tratamiento con fluoruro, radiografías, empastes, tratamiento de canales, coronas, extracciones y anestesia. Para buscar un dentista, reemplazar una identificación de miembro o Manual para miembros, o para obtener más información sobre servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros de Healthy Smiles de Maryland al 1-855-934-9812.	Todos los miembros	<b>Servicios dentales</b>
<b>Cobertura de medicamentos con receta (servicios de farmacia)</b>	La cobertura de medicamentos con receta incluye medicamentos con receta (medicamentos despachados solo con receta de un proveedor autorizado para recetar), insulina, agujas y jeringas, píldoras anticonceptivas y dispositivos, aspirinas recubiertas para la artritis, píldoras de hierro (ferrous sulfate) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin receta del médico.	Todos los miembros  No hay copagos para hijos menores de 21 años, miembros que están embarazadas, personas en un centro de enfermería u hospicio, o para control de natalidad.	

#### 4. Beneficios y servicios (continúa)

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Servicios de especialistas</b>	Servicios de atención médica prestados por médicos espacialmente capacitados, enfermeros de práctica avanzada o asistentes médicos. Es posible que necesite una derivación de su PCP antes de poder ver a un especialista.	Todos los miembros	
<b>Servicios de laboratorio y diagnóstico</b>	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a encontrar la causa de una enfermedad.	Todos los miembros	
<b>Atención médica en casa</b>	Servicios de atención médica que se reciben en casa e incluyen atención de enfermería y auxiliar de atención en casa.	Las personas que necesitan atención de enfermería especializada (atención prestada bajo la supervisión de un enfermero registrado) en su casa, generalmente después de haber estado en un hospital.	No hay servicios de atención personal (ayuda con actividades de la vida diaria).
<b>Administración de casos</b>	Se asignará un administrador de casos para ayudarlo a planificar y recibir servicios de atención médica. El administrador de casos también lleva un registro de qué servicios son necesarios y qué servicios se han prestado. Debe comunicarse con el administrador de casos para recibir administración efectiva de casos.	(1) Menores con necesidades especiales de atención médica; (2) Miembros que están embarazadas y en posparto; (3) Personas con VIH/sida; (4) Personas sin hogar; (5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo; (6) Menores bajo la atención del estado-atención supervisada (7) Administración de casos ofrecida por la MCO para otros miembros, según sea necesario	

#### 4. Beneficios y servicios (continúa)

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ <b>NO</b> RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Atención de la diabetes</b>	Servicios especiales, equipo médico y suministros para miembros con diabetes.	Miembros que se diagnosticaron con diabetes.	
<b>Programa de prevención de la diabetes</b>	Un programa para prevenir la diabetes para miembros que están en riesgo.	Miembros de 18 a 64 años que tienen sobrepeso y tienen nivel elevado de glucosa en la sangre o historia de diabetes durante el embarazo.	No elegibles si antes se diagnosticaron con diabetes o si están embarazadas.
<b>Podología</b>	Atención para los pies cuando es médicamente necesaria.	Todos los miembros.	Atención de rutina para los pies, a menos que sea menor de 21 años o que tenga diabetes o enfermedades vasculares que afectan las extremidades inferiores.
<b>Atención de la vista</b>	<p><b>Exámenes de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Menores de 21 años</u>: un examen cada año.</li> <li>• <u>Mayores de 21 años</u>: un examen de la vista cada dos años.</li> </ul> <p><b>Anteojos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo menores de 21 años</li> </ul> <p>Lentes de contacto si hay un motivo médico por el que los anteojos no funcionan.</p>	<p><b>Exámenes</b> – todos los miembros.</p> <p><b>Anteojos y lentes de contacto</b> – miembros menores de 21 años</p>	Más de un par de anteojos por año a menos que se extravíen, los roben, se rompan o necesite una nueva receta.
<b>Oxígeno y equipo de respirador</b>	Tratamiento para ayudar con problemas respiratorios.	Todos los miembros.	
<b>Atención de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Servicios y atención recibidos para ingreso programado y no programado para estancias en el hospital para pacientes hospitalizados (hospitalización).	Todos los miembros con autorización o en una emergencia.	
<b>Atención de hospital para pacientes ambulatorios</b>	Servicios y atención recibidos de un hospital para pacientes ambulatorios que no necesitan ingreso de pacientes hospitalizados en el hospital. Los servicios incluyen servicios de diagnóstico y laboratorio, visitas al médico y procedimientos autorizados para pacientes ambulatorios.	Todos los miembros.	Las MCO no están obligadas a cubrir los servicios de observación en el hospital después de 24 horas.

#### 4. Beneficios y servicios (continúa)

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ <u>NO</u> RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Atención de emergencia</b>	Servicios y atención recibidos de un centro de emergencias de un hospital para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia.	Todos los miembros.	
<b>Atención de urgencia</b>	Servicios y atención recibidos de un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia.	Todos los miembros.	
<b>Servicios de hospicio</b>	Servicios en casa o para pacientes hospitalizados diseñados para cubrir las necesidades físicas, psicosociales, espirituales y sociales para personas con enfermedades terminales.	Todos los miembros.	
<b>Centro de enfermería/hospital para enfermedades crónicas</b>	Atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación hasta por 90 días.	Todos los miembros.	
<b>Servicios/aparatos de rehabilitación</b>	Servicios/dispositivos para pacientes ambulatorios para ayudar a un miembro a funcionar en las actividades de la vida diaria. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla.	Miembros mayores de 21 años Los miembros menores de 21 años son elegibles según EPSDT. (vea la Sección 6 E)	
<b>Servicios/aparatos de rehabilitación</b>	Servicios/dispositivos para ayudar a un miembro a funcionar en las actividades de la vida diaria. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla.	Miembros elegibles; los beneficios pueden ser limitados.	
<b>Audiología</b>	Evaluación y tratamiento para pérdida de audición.	Todos los miembros.	Los miembros mayores de 21 años deben cumplir ciertos criterios para aparatos auditivos.
<b>Sangre y productos de la sangre</b>	Sangre que se usa durante una operación, etc.	Todos los miembros.	
<b>Diálisis</b>	Tratamiento para enfermedad de los riñones crónica.	Todos los miembros.	

#### 4. Beneficios y servicios (continúa)

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos desechables (DMS)</b>	DME (se puede usar repetidas veces, como muletas, andadores y sillas de ruedas). DMS (se pueden usar repetidas veces) son equipo y suministros que no tienen uso práctico en ausencia de enfermedades, lesiones, discapacidad o condiciones médicas. DMS son cosas, como suministros para tiras reactivas, vendajes para heridas y suministros para la incontinencia.	Todos los miembros.	
<b>Trasplantes</b>	Trasplantes médicamente necesarios.	Todos los miembros.	No trasplantes experimentales.
<b>Ensayos clínicos</b>	Costos de los miembros por estudios para probar la eficacia de tratamientos o medicamentos nuevos.	Miembros con pocas condiciones amenazantes, cuando se autoriza.	
<b>Cirugías plásticas y de restauración</b>	Operación para corregir una deformidad por una enfermedad, trauma, anomalías congénitas o del desarrollo, o para restablecer las funciones del cuerpo.	Todos los miembros.	Cirugía cosmética para que usted se vea mejor.

#### B. Servicios de derivación propia

Usted irá con su PCP para la mayoría de su atención médica o su PCP lo enviará a un especialista que trabaja con la misma MCO. Para algunos tipos de servicios, puede elegir un proveedor local que no participe en su MCO. La MCO todavía pagará al proveedor no participante por los servicios si el proveedor acepta verlo y acepta el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera se llaman “servicios de derivación propia”. La MCO también pagará cualquier trabajo de laboratorio relacionado y medicamentos recibidos en el mismo lugar en el que usted recibió la visita de derivación propia. Los siguientes servicios son servicios de derivación propia:

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazo, bajo ciertas condiciones y centros de parto
- Chequeo del médico de un bebé recién nacido
- Centros médicos en la escuela
- Evaluación para colocación en crianza temporal
- Ciertos especialistas para menores
- Evaluación diagnóstica para personas con VIH/sida
- Diálisis
- Pruebas de laboratorio para detectar infección por COVID-19

## 4. Beneficios y servicios

### **Servicios de emergencia**

Una emergencia se considera una condición médica que es repentina, grave y pone su salud en peligro si no recibe atención inmediata. Usted no necesita autorización previa ni una derivación de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica prestados en un centro de emergencias de un hospital como resultado de una condición médica de emergencia. Después de que lo tratan o estabilizan por una condición médica de emergencia, es posible que necesite más servicios para asegurar que la condición médica de emergencia no vuelva a ocurrir. Estos se llaman servicios después de la estabilización.

### **Servicios de planificación familiar (control de natalidad)**

Si elige hacerlos, puede ir a un proveedor que no forma parte de su MCO para servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y visita en el consultorio que sea clínicamente necesaria. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO un servicio de derivación propia. Si usted necesita esterilización voluntaria, necesita autorización previa de su PCP y debe usar un proveedor participante de la red de la MCO.

### **Servicios de embarazo**

Si usted estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visto a un proveedor no participante por lo menos para un chequeo prenatal completo, puede elegir seguir viendo a ese proveedor no participante durante todo su embarazo, parto y por un año después de que nazca el bebé para seguimiento, siempre que el proveedor no participante acepte continuar viéndola.

Hay apoyo de comadrona disponible para visitas prenatales, asistencia en el trabajo de parto y en el parto, y visitas posparto. Usted también tiene acceso a servicios de visitas a domicilio. Los servicios de visitas a domicilio dan apoyo a las mujeres embarazadas durante el embarazo y el nacimiento del bebé, y apoyo para padres e hijos durante el período posparto hasta los dos o tres años. Los servicios de visitas a domicilio incluyen visitas prenatales a domicilio, visitas a domicilio posparto y visitas a domicilio para bebés. Apoyo de grupo con Centering Pregnancy también está disponible para dar educación y apoyo a miembros que darán a luz aproximadamente al mismo tiempo que usted.

### **Centros de parto**

Servicios prestados en un centro de partos, incluyendo centros fuera del estado situados en un estado contiguo (un estado con fronteras con Maryland).

### **Primera revisión del bebé antes de salir del hospital**

Es mejor seleccionar al proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de MCO que seleccionó u otro proveedor de la red de MCO no ve a su bebé recién nacido para una revisión antes de que el bebé esté listo para salir del hospital, la MCO pagará al proveedor de guardia para que haga la revisión en el hospital.

### **Servicios de centros médicos en la escuela**

Para menores inscritos en escuelas que tienen centro médico, hay varios servicios que pueden recibir del centro médico de la escuela. Su hijo todavía se asignará a un PCP. Los servicios incluyen:

- Visita en el consultorio y tratamiento de enfermedades físicas agudas o urgentes, incluyendo los medicamentos necesarios;
- Seguimiento de las visitas EPSDT cuando sea necesario; y
- Servicios de planificación familiar de derivación propia.

### **Chequeo para menores que entran a custodia del estado**

Menores que entran a crianza temporal o cuidado de un familiar deben hacerse una revisión en un plazo de 30 días. El padre/madre de crianza temporal puede elegir un proveedor conveniente para derivación propia para esta visita.

### **Ciertos proveedores para menores con necesidades especiales de atención médica**

Los menores con necesidades especiales de atención médica pueden tener derivaciones propias a proveedores fuera de la red la MCO (proveedores no participantes) bajo ciertas condiciones. La derivación propia para menores con necesidades especiales es para asegurar la continuidad de la atención y asegurar que los planes de atención apropiados estén vigentes. La derivación propia para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá de si la condición que es la base de las necesidades especiales de atención médica se diagnostica antes o después de la inscripción inicial en una MCO. Se puede acceder directamente a los servicios médicos fuera de la red relacionados con la condición médica de necesidades especiales del menor solo si se cumplen las condiciones específicas siguientes:

- **Nuevo miembro:** Un menor, que en el momento de la inscripción inicial estaba recibiendo estos servicios como parte de un plan de atención actual, puede seguir recibiendo estos servicios de especialidad siempre que el proveedor no participante preexistente presente el plan de atención para revisión y aprobación en un plazo de 30 días después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción del menor. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- **Miembro establecido:** Un menor que ya está inscrito en una MCO cuando se diagnosticó con una necesidad especial de atención médica, que necesita un plan de atención que incluye tipos específicos de servicios, puede pedir un proveedor no participante específico. La MCO debe conceder la solicitud a menos que la MCO tenga un proveedor de especialidad participante con la misma capacitación y experiencia profesional, y que esté razonablemente disponible y ofrezca los mismos servicios.

### **Servicio de evaluación diagnóstica (DES)**

Si usted tiene VIH/sida, puede recibir un diagnóstico anual y una visita de servicio de evaluación (DES). DES constará de una evaluación médica y psicológica. Debe seleccionar al proveedor de DES de una lista aprobada de lugares, pero el proveedor no tiene que participar en su MCO. La MCO es responsable de ayudarlo con este servicio. El estado y no su MCO debe pagar sus pruebas de sangre relacionadas con VIH/sida.

### **Diálisis**

Si tiene enfermedades de los riñones que exigen que usted se limpie la sangre regularmente, puede seleccionar a su proveedor de diálisis renal. Usted tendrá la opción de elegir un proveedor de diálisis renal que participa en su MCO o un proveedor que no participa con su MCO. Las personas que necesitan servicio pueden ser elegibles para el Programa de administración de casos raros y costosos (REM).

Si la MCO deniega, reduce o termina los servicios, usted puede presentar una apelación.

## 4. Beneficios y servicios

### C. Beneficios que no ofrecen las MCO, pero que ofrece el estado

Los beneficios de la tabla de abajo no están cubiertos por la MCO. Si usted necesita estos servicios, puede obtenerlos por medio del estado usando su tarjeta roja y blanca de Medicaid o su tarjeta dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510).

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Servicios dentales</b>	Se ofrece odontología general, incluyendo tratamiento habitual y de emergencia. Los servicios dentales son prestados por el programa dental Healthy Smiles de Maryland administrado por SKYGEN USA. Si usted es elegible para el programa de servicios dentales, recibirá información y una tarjeta dental de SKYGEN USA. Si no ha recibido su tarjeta dental de identificación o si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al programa dental Healthy Smiles de Maryland al 855-934-9812.
<b>Terapia ocupacional, física y del habla para menores de 21 años</b>	El estado paga estos servicios si son médicamente necesarios. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la Línea directa del estado al 800-492-5231.
<b>Dispositivos para generar el habla</b>	Equipo que ayuda a las personas con discapacidad del habla a comunicarse.
<b>Salud conductual</b>	Los servicios para trastorno por consumo de sustancias y salud mental de especialidad se ofrecen por medio del Sistema de Salud Conductual. Puede comunicarse con ellos llamando al 800-888-1965.
<b>Centro de atención intermedia (ICF)- Servicios para retraso mental (MR)</b>	Este es un tratamiento en un centro de atención para personas que tienen una discapacidad intelectual y necesitan este nivel de atención.
<b>Servicios de atención personal especializada</b>	Esta es ayuda especializada con actividades de la vida diaria.
<b>Zolgensma</b>	Un medicamento para tratar la atrofia muscular espinal, una enfermedad que afecta el desarrollo muscular.
<b>Servicios de cuidado médico diurno</b>	Esto ayuda a mejorar las competencias para la vida diaria en un centro autorizado por el estado o por el Departamento de Salud local, que incluye servicios médicos y sociales.
<b>Centro de enfermería y servicios de atención a largo plazo</b>	La MCO no cubre la atención en un centro de enfermería, hospital de rehabilitación crónica u hospital para enfermedades crónicas después de los primeros 90 días. Si usted pierde su cobertura de Medicaid mientras está en el centro de enfermería, no lo reinscribirán en la MCO; si esto sucede, usted debe solicitar Medicaid bajo las reglas de cobertura de atención a largo plazo. Si usted todavía cumple los requisitos del estado después de que cancelen su inscripción de la MCO o después de que la MCO ha pagado los primeros 90 días, el estado será responsable.
<b>VIH/SIDA</b>	Ciertos servicios de diagnóstico para VIH/sida son pagados por el estado (pruebas de carga viral, genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de resistencia de VIH/sida).
<b>Servicios de aborto</b>	Este procedimiento para terminar ciertos tipos de embarazos está cubierto por el estado solo si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La paciente podría tener problemas graves de salud física o mental, o podría morir si la paciente da a luz al bebé.</li> </ul>

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La paciente está embarazada por una violación o incesto y reportó el delito o</li> <li>○ El bebé tendrá problemas médicos muy graves.</li> </ul> <p>Las miembros elegibles para HealthChoice solo por su embarazo no son elegibles para servicios de aborto.</p>
<p><b>Servicios de transporte</b></p>	<p><b>Transporte médico de emergencia:</b> Los servicios médicos mientras transportan al miembro a un centro de atención médica como respuesta a una llamada al 911. Este servicio lo ofrecen compañías de bomberos locales. Si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911.</p> <p><b>Transporte médico que no es de emergencia:</b> Las MCO no están obligadas a dar transporte para visitas médicas que no son de emergencia. La excepción es cuando lo envían a un condado lejano para recibir tratamiento que puede recibir en un condado más cercano.</p> <p>Ciertas MCO pueden dar algunos servicios de transporte, como vales para autobuses, servicios de furgoneta y taxis para citas médicas. Llame a su MCO para ver si ofrecen algún servicio de transporte.</p> <p>Los Departamentos de Salud locales (Local health departments, LHD) dan transporte para servicios médicos que no son de emergencia a personas calificadas. Los transportes que se dan son solo para servicios cubiertos de Medicaid. El transporte por medio de LHD es para personas que no tienen otros medios para llegar a sus citas. Si selecciona una MCO que no se ofrece en su área de servicios, tanto el LHD como la MCO no están obligados a prestar servicios de transporte para emergencias que no sean médicas.</p> <p>Para recibir asistencia con el transporte de su Departamento de Salud local, llame al programa de transporte del Departamento de Salud local.</p>

## 4. Beneficios y servicios

### D. Más servicios que ofrecen las MCO, pero que no ofrece el estado

Al inicio de cada año las MCO deben avisar al estado si ofrecen más servicios. Estos otros servicios también se llaman beneficios opcionales. Esto quiere decir que la MCO no está obligada a dar esos servicios y el estado no los cubre. Si alguna vez hay un cambio en los otros servicios de la MCO, se le avisará por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia o deja de ofrecer los otros servicios, este no es un motivo aprobado para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar entre cada MCO. Las MCO pueden o no pueden dar transporte para servicios opcionales. Para encontrar los servicios opcionales y limitaciones que ofrece su MCO, vea el Anexo C o llame a Servicios para Miembros de su MCO.

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

Abajo están los beneficios y servicios que las MCO y el estado no están obligados a cubrir (servicios excluidos). El estado exige que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Vea el Anexo C o llame a Servicios para Miembros de su MCO para buscar sus beneficios adicionales y servicios.

## 4. Beneficios y servicios

### Beneficios y servicios NO cubiertos:

- Los servicios de ortodoncistas para personas mayores de 21 años o menores que no tienen problemas que les dificultan hablar o comer;
- Medicamentos no recetados (excepto aspirina recubierta para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años).
- Atención de rutina para los pies para adultos mayores de 21 años que no tienen diabetes o problemas vasculares;
- Zapatos especiales (ortopédicos) y soportes para personas que no tienen diabetes o problemas vasculares;
- Vacunas para viajes fuera de Estados Unidos continental o atención médica fuera de Estados Unidos;
- Programas de dieta y ejercicios para ayudarlo a bajar de peso;
- Cirugía cosmética para que usted se vea mejor, pero que no necesita por ningún motivo médico;
- Servicios de tratamiento de fertilidad, incluyendo servicios para revertir una esterilización voluntaria;
- Habitaciones privadas de hospital para personas sin motivos médicos, como tener una enfermedad contagiosa;
- Servicios privados de enfermería para personas mayores de 21 años;
- Autopsias;
- Cualquier experimento a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado; o
- Cualquier cosa para la que no tiene una necesidad médica.

## **F. Cambio de beneficios o lugares de servicio**

### **Cambio de beneficios**

Puede haber ocasiones en las que los beneficios y servicios de HealthChoice se niegan, reducen o terminan, pues no son o ya no son médicamente necesarios. Esto se llama determinación adversa de beneficios. Si esto ocurre, usted recibirá una carta por correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tendrá la oportunidad de presentar una queja.

### **Pérdida de beneficios**

La pérdida de beneficios de HealthChoice depende de su elegibilidad de Medicaid. No presentar la documentación necesaria para volver a revisar de Medicaid o no reunir los criterios de elegibilidad de Medicaid son causas para cancelar la inscripción de HealthChoice. Si usted se vuelve inelegible para Medicaid, el estado cancelará su inscripción de la MCO y usted perderá sus beneficios de HealthChoice. Si usted vuelve a ser elegible en un plazo de 120 días, lo reinscribirán automáticamente en la misma MCO.

### **Cambio de lugares de atención médica**

Cuando haya un cambio en un lugar del proveedor de atención médica, le avisarán por escrito. Si el proveedor es un PCP y el lugar cambia a un lugar demasiado alejado de su casa, usted puede llamar a Servicios para Miembros de su MCO para cambiarse a un PCP en su área.

## 5. Información sobre los proveedores

### A. ¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), especialista y atención de especialidad?

Su PCP es el coordinador principal de su atención y lo ayuda a administrar sus necesidades y servicios de atención médica. Vaya con su PCP para chequeos de rutina, recomendaciones médicas, vacunas y derivaciones para especialistas cuando sea necesario. Un PCP puede ser un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico que generalmente trabaja en el campo de la medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría.

Cuando usted necesita un servicio que no ofrece su PCP, lo remitirán a un especialista. Un especialista es un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico que tiene más capacitación para centrarse en prestar servicios en un área específica de atención. La atención que usted recibe de un especialista se llama atención de especialidad. Para recibir atención de especialidad, es posible que necesite una derivación de su PCP. Hay algunos servicios de atención de especialidad que no necesitan derivación; estos se llaman servicios de derivación propia. Para miembros femeninas, si su PCP no es un especialista en salud de la mujer, usted tiene derecho de ver a un especialista en salud de la mujer en su red de MCO sin derivación.

Sus proveedores no serán penalizados por asesorarla o defenderla.

### B. Cómo seleccionar o cambiar de proveedores

La primera vez que se inscribe en una MCO, usted debe seleccionar un PCP que forme parte de la red de MCO. Si no tiene un PCP o necesita asistencia para elegir un PCP, llame a Servicios para Miembros de su MCO. Si no elige un PCP, la MCO elegirá uno por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros de su MCO. Ellos lo ayudarán a cambiar su PCP y le avisarán cuándo puede comenzar a ver a su nuevo PCP.

Si hay otros miembros en su grupo familiar que son miembros de HealthChoice, también deben elegir un PCP. Todos los miembros de HealthChoice de un grupo familiar pueden elegir el mismo PCP o cada miembro puede elegir un PCP distinto. Le recomendamos a los miembros de HealthChoice menores de 21 años que seleccionen un proveedor de prueba, diagnóstico y tratamiento periódico temprano (EPSDT). Los proveedores EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas antes de que se vuelvan costosos y complejos. Los Servicios para Miembros de su MCO podrán decirle qué proveedores son EPSDT certificados.

Para ver una lista de proveedores participantes de una MCO, los directorios de proveedores están disponibles en el sitio web de las MCO. Si quiere que le enviemos por correo una copia impresa del directorio de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO.

### C. Terminación de un proveedor

Algunas veces, un PCP o proveedor ya no tiene contrato o ya no trabaja con una MCO. Le avisaremos por escrito o recibirá una llamada de la MCO.

- Si la MCO termina a su PCP, le pedirán que seleccione un nuevo PCP y usted tendrá la oportunidad de cambiar de MCO si ese PCP participa con una MCO distinta.
- Si su PCP termina el contrato con su MCO, le pediremos que usted seleccione un nuevo PCP de su MCO.
- Si usted no elige un PCP nuevo, su MCO actual elegirá un PCP por usted. Después de seleccionar a un PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de MCO por correo con la información actualizada del PCP.

## 6. Cómo obtener la atención

### A. Cómo hacer o cancelar una cita

**Para hacer una cita** con su PCP o con otro proveedor, llame a la oficina del proveedor. El nombre y el teléfono de su PCP están en la parte de delante de la tarjeta de identificación que su MCO le dio. También puede llamar a Servicios para Miembros de su MCO y ellos le darán el nombre y teléfono de su PCP o de otro proveedor. Para asegurarse de que el personal de la oficina del proveedor tenga sus registros listos y de que haya disponibilidad en el horario del proveedor, haga una cita antes de ir a la oficina del proveedor. Cuando haga una cita:

- Dígale al personal quién es usted
- Dígale por qué está llamando
- Dígale si cree que necesita atención inmediata.

Dar esta información puede ayudar a determinar qué tan pronto necesita que lo atiendan.

El día de la cita, sea puntual. Llegar a tiempo permite que el proveedor pase la mayor cantidad de tiempo con usted y evita largos tiempos de espera. Para todas las citas traiga:

- su tarjeta de Medicaid
- su tarjeta de identificación la MCO
- una identificación con fotografía

**Para cancelar una cita** con su PCP o con otro proveedor, llame a la oficina del proveedor tan pronto como se entere que no podrá llegar a la cita. Cancelar citas permite a los proveedores ver a otros pacientes. Reprograme la cita tan pronto como pueda para mantenerse al día con sus necesidades de atención médica.

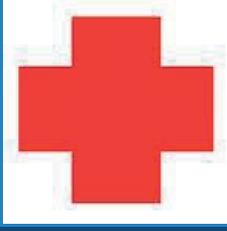
### B. Derivación a un especialista o a atención de especialidad

Su PCP supervisa su atención. Si su PCP cree que usted necesita atención de especialidad, lo derivará a un especialista. Dependiendo de su MCO, es posible que necesite ser referido o derivado por su PCP antes de hacer una cita con un especialista. Llame a Servicios para Miembros de su MCO para saber cuáles son sus requisitos para las derivaciones.

## 6. Cómo obtener la atención

### C. Atención fuera del horario habitual, atención de urgencia y atención en la sala de emergencias

**Usted debe saber a dónde ir:** Dependiendo de sus necesidades médicas, es importante elegir el lugar y el momento adecuados. Abajo hay una guía para ayudarlo a elegir el lugar adecuado basándose en sus necesidades médicas.

		
Consultorio del médico	Centro de atención de urgencia	Sala de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chequeos</li> <li>● Evaluaciones médicas</li> <li>● Si algo le causa preocupación</li> <li>● Tos/resfriado</li> <li>● Fiebre</li> <li>● Dolor persistente</li> <li>● Baja de peso inexplicable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedades/lesiones menores</li> <li>● Gripe/fiebre</li> <li>● Vómitos/diarrea</li> <li>● Dolor de garganta, dolor de oído o infección en los ojos</li> <li>● Esguinces/distensiones</li> <li>● Posibles huesos rotos</li> <li>● Lesiones por deportes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pérdida de la conciencia</li> <li>● Dificultad para respirar</li> <li>● Lesiones graves de la cabeza, cuello o espalda</li> <li>● Dolor/presión en el pecho</li> <li>● Sangrado intenso</li> <li>● Venenos</li> <li>● Quemaduras graves</li> <li>● Convulsiones</li> <li>● Huesos gravemente rotos</li> <li>● Agresión sexual</li> </ul>

#### **Fuera del horario habitual**

Si necesita atención que no es de emergencia después del horario de atención normal, llame al consultorio de su PCP o visite MyVirtualMPC. Ambos están en su tarjeta de identificación de miembro de MCO. Su médico o su servicio de respuesta podrá responder sus preguntas, darle instrucciones y organizar cualquier servicio necesario.

#### **Atención de urgencia**

Si tiene una enfermedad o lesión que podría volverse una emergencia en un plazo de 48 horas si no se trata, vaya a un centro de atención de urgencia. Asegúrese de ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red. No necesita autorización previa, pero asegúrese de que participe con la MCO o podrían facturarle. Si no está seguro de si debe ir a un centro de atención de urgencia, llame a su PCP o visite MyVirtualMPC. Ambos están en su tarjeta la MCO.

#### **Atención en salas de emergencias**

Una condición médica de emergencia es cuando usted necesita atención médica inmediata para evitar una discapacidad o insuficiencia en su salud. Si tiene una condición médica de emergencia y necesita atención de sala de emergencias (servicios que presta un centro de emergencia de un hospital), llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencias del hospital más cercano. Podrá hacer derivaciones propias a un Departamento de Emergencias; no necesita autorización previa.

## 6. Cómo obtener la atención

**Si no está seguro de si debe ir al Departamento de Emergencias, llame a su PCP o visite MyVirtualMPC.** Después de que lo traten por una condición médica de emergencia, es posible que necesite más servicios para asegurar que la condición médica de emergencia no vuelva a ocurrir. Estos se llaman servicios después de la estabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si usted necesita estos servicios. Si necesita obtener más información sobre cómo se decide esto, comuníquese con su MCO.

Si su PCP y su MCO no saben sobre su visita de atención a la sala de emergencias, llámelos tan pronto como pueda después de recibir los servicios de emergencia para que ellos puedan organizar cualquier atención de seguimiento que usted pudiera necesitar.

### D. Cobertura en áreas fuera de servicio

No todas las MCO operan en todas las áreas del estado. Si necesita atención que no es de emergencia mientras está fuera del área de servicio de las MCO, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de su MCO. Ambos teléfonos están en su tarjeta de MCO. Si se muda y su nueva residencia está en un condado distinto de Maryland en el que su MCO no presta servicios, puede cambiar de MCO llamando a Maryland Health Connection (855-642-8572). Si decide quedarse en su MCO es posible que necesite organizar su propio transporte a un proveedor dentro de la red en otro condado.

HealthChoice solo se acepta en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red la MCO o su atención fue organizada por la MCO. Recuerde que cuando viaja fuera del estado de Maryland, la MCO solo está obligada a cubrir servicios de emergencia y de después de la estabilización.

### E. Atención de bienestar para menores: Healthy Kids-Prueba periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Es importante que los bebés, niños y adolescentes hasta los 21 años reciban chequeos periódicos. El programa Healthy Kids/EPSDT ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas médicos antes de que se vuelvan complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de la vista y de la audición que sean médicamente necesarios. Muchos de los servicios de EPSDT son cubiertos por las MCO, pero servicios como el dental, salud conductual y terapias serán cubiertos por medio de pago por servicio de Medicaid (vea la página 23).

Healthy Kids es el componente preventivo de control de niño sano de EPSDT. El estado certificará al PCP de su hijo para asegurar que ellos conozcan los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, estén preparados para hacer las pruebas necesarias y tengan las vacunas necesarias para que su hijo las reciba en el momento adecuado. Le recomendamos especialmente que seleccione un PCP para su hijo que tenga certificación de EPSDT. Si elige un proveedor que no tenga certificación de EPSDT, la MCO le avisará. Puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO si tiene preguntas o necesita asistencia para cambiar el PCP de su hijo.

La tabla de abajo muestra las edades en las que los menores necesitan visitas de control de niño sano. Si el PCP de su hijo recomienda más visitas, también están cubiertas. Durante las visitas de control del niño sano, el PCP revisará la salud de su hijo y todos los aspectos de su desarrollo. También revisarán si hay problemas por medio de las pruebas. Algunas pruebas para problemas médicos se hacen con análisis de sangre y otras, haciendo preguntas. Es posible que necesite más pruebas basándose en la edad y en los riesgos. El PCP también dará recomendaciones y le dirá qué puede esperar. Asegúrese de ir a todas las citas para los exámenes de control del niño sano. No pase

por alto ninguna vacuna y asegúrese de hacerle a su hijo una prueba de plomo en la sangre. El plomo en la sangre provoca problemas serios de manera que las pruebas son obligatorias para todos los menores, sin considerar el riesgo. Esto aplica incluso si sus hijos tienen tanto Medicaid como otros seguros.

Edad	Examen de rutina de niño sano. Educación médica de evaluación de desarrollo	Vacunas de la infancia (*se recomienda la vacuna de la influenza cada año comenzando a los 6 meses de edad)	Prueba de plomo en la sangre (*más si está en riesgo)
Nacimiento	X	X	
3-5 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 años)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2.5 años)	X		
36 meses (3 años)	X		
4-20 años	X (anualmente)	X (Edades 4-6, 9-12 y 16)	

## F. Atención de bienestar para adultos

Las consultas anuales de bienestar con su médico son importantes. Su PCP lo examinará, le dará o recomendará pruebas basándose en su edad o necesidades, revisará su historia médica y medicamentos actuales. Su PCP coordina los servicios que usted necesite para mantenerse sano. Durante su visita, dígame a su PCP cualquier cosa que haya cambiado desde su última visita, si tiene preguntas y cómo le está yendo con su plan de atención. Cuando hable con su PCP, siempre dé la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental para que pueda recibir la atención que cubra mejor sus necesidades.

### Recomendaciones de atención preventiva para adultos

Servicio	Frecuencia - población
Revisión de la presión	Anualmente
Colesterol	Cada 5 años a partir de los 35 años para los hombres y de los 45 para las mujeres, comenzando a los 20 años si tiene riesgo alto
Diabetes	Adultos entre 40 a 70 años que tienen sobrepeso o son obesos
Prueba médica de cáncer de colon	Entre los 50-75 años, la frecuencia depende de la prueba que se usa: basada en las heces, cada año a cada 3 años, sigmoidoscopia flexible cada 5 años, colonografía por CT cada 5 años o colonoscopia cada 10 años

Pruebas médicas de enfermedades de transmisión sexual	VIH – una vez para todos los adultos sin considerar el riesgo, más si se basa en el riesgo.  Hepatitis C (HCV) – una vez para todos los que nacieron entre 1945 y 1965, otros basándose en el riesgo Hepatitis B – adultos con más riesgo  Clamidia/gonorrea – una vez al año para miembros con órganos reproductivos internos de 16 a 24 años si son sexualmente activos, basándose en el riesgo para mayores de 25 años  Sífilis – adultos con más riesgo
Vacuna de la influenza	Anualmente
Vacuna TdaP (tétano, difteria, tos ferina acelular)	Una vez cuando es adulto (si no la recibió entre los 11-12 años) durante cada embarazo
Vacuna Td (tétano)	Cada 10 años, más dosis si lo indica el riesgo
Vacuna del herpes (zóster)	Una vez para todos los adultos mayores de 60 años
Vacuna del neumococo (PPSV23)	Una vez para todos (2-64 años) con diabetes, enfermedades de los pulmones, enfermedades cardíacas, fumadores, alcoholismo u otros factores de riesgo (hable con su médico para determinar su riesgo)
Prueba de cáncer de mama (por mamografía)	Cada 2 años entre 50-75 años, basada en el riesgo 40-50 años
Pruebas de cáncer de pulmón	Anualmente para adultos de 55-80 años con historia de fumar 30 paquetes al año, que son fumadores activos o dejaron de fumar hace menos de 15 años, después de hacer una prueba usando escáner CT de dosis baja (LDCT)
Pruebas de cáncer cervical	Cada 3 años para miembros con órganos reproductivos internos entre 21- 29 años, cada 5 años para miembros con órganos reproductivos internos entre 30-65 años
Consumo/abuso de sustancias: alcohol, tabaco, otros	Adultos mayores de 18 años. Anualmente o con más frecuencia dependiendo del riesgo.

\*Todas las recomendaciones se basan en US Preventive Services Task Force (USPSTF). Excepto recomendaciones para pacientes mayores de 65 años, ya que no son elegibles para HealthChoice.

## G. Administración de casos

Si en algún momento tiene una necesidad de atención médica crónica o un episodio de atención que afecta su estado médico, la MCO le asignará un administrador de casos para que lo ayude a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeros o trabajadores sociales autorizados para trabajar con sus proveedores para asegurarse de que se cubran sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador de casos es importante para que ellos puedan ayudarlo a desarrollar e implementar un plan de atención centrado en la persona. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o pueden administrar los casos en persona.

## H. Atención para miembros durante el embarazo y hasta un año después del parto

Cuando usted está embarazada o sospecha que está embarazada, es muy importante que llame a la MCO. Ellos la ayudarán a obtener atención prenatal (la atención que las miembros reciben durante el embarazo). La atención prenatal consiste en chequeos periódicos con un obstetra (médico obstetra) o enfermera partera certificada para monitorear su salud y la salud del bebé por nacer.

## 6. Cómo obtener la atención

Si usted está embarazada, la MCO la ayudará a programar una cita para atención prenatal en un plazo de 10 días después de su solicitud. Si comenzó la atención prenatal antes de inscribirse a la MCO, es posible que pueda seguir viendo al mismo proveedor de atención prenatal durante su embarazo, parto y dos meses después de que nazca el bebé.

La MCO también puede conectarla con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y con su proveedor de atención prenatal para ayudarla a obtener los servicios necesarios, educación y apoyo. Si tiene otros problemas médicos o estuvo embarazada antes y tuvo problemas médicos, la MCO ofrecerá ayuda extra.

El estado inscribirá automáticamente a su recién nacido en su MCO. Si usted calificó para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y de HealthChoice terminarán un año después del parto.

Si tiene preguntas llame a la Línea de ayuda para miembros embarazadas (800-456-8900) o a Servicios para Miembros de su MCO. Para obtener más información vea Servicios especiales para miembros embarazadas (7.1.) y el Anexo D.

### I. Planificación familiar (control de natalidad)

Los servicios de planificación familiar dan a las personas información y los medios para prevenir embarazos no planificados y mantener su salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin una derivación. La MCO pagará a un proveedor no participante por los servicios si el proveedor acepta verlo y acepta el pago de la MCO. Además, no se permite que las MCO cobren copagos para servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros:

- control de la natalidad;
- pruebas de embarazo; y
- esterilizaciones voluntarias (dentro de la red y con autorización previa).

Llame a Servicios para Miembros de su MCO o a la Línea de ayuda del estado (800-456-8900) para obtener más información sobre planificación familiar y servicios de derivación propia.

### J. Atención dental

Maryland Medicaid dará cobertura para servicios dentales para adultos bajo el programa dental Maryland Healthy Smiles. No hay primas, deducibles o copagos para servicios cubiertos.

No hay cantidad de beneficio máximo cada año. Los miembros nunca deben pagar gastos de bolsillo por servicios cubiertos. Los servicios del programa dental Maryland Healthy Smiles incluyen, entre otros:

- Revisiones habituales
- Limpieza de dientes
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías
- Empastes
- Tratamiento de canales
- Coronas
- Extracciones dentales
- Anestesia

## 6. Cómo obtener la atención

Llame a Servicios para Miembros de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812 si tiene preguntas o si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental.

### K. Atención de la vista

- Si es menor de 21 años, usted es elegible para:
  - Exámenes de la vista
  - Anteojos una vez al año o
  - Lentes de contacto si son médicamente necesarios en lugar de anteojos.
- Si es mayor de 21 años, usted es elegible para:
  - Exámenes de la vista cada dos años
  - Vea el Anexo C para ver más beneficios de la vista para adultos que ofrece su MCO.
- Llame a Servicios para Miembros de su MCO si tiene preguntas o necesita encontrar un proveedor de atención de la vista.

### L. Educación/extensión médica

Usted tiene acceso a programas de educación médica ofrecidos por su MCO. Los programas de educación médica dan información y recursos para ayudarlo a mantenerse activo en su atención médica y de salud. Los programas se imparten en varios formatos y cubren distintos temas médicos. Vea el Anexo E o llame a Servicios para Miembros de su MCO para saber qué programas de educación médica están disponibles, cuándo se imparten y cómo puede mantenerse informado sobre ellos.

Las MCO también ofrecen servicios de extensión para los miembros que han identificado que podrían tener barreras para acceder a su atención médica. El plan de extensión de MCO es para personas que son difíciles de contactar o que no cumplen con un plan de atención. Si la MCO no puede comunicarse con usted o usted ha faltado a sus citas, es posible que lo remitan a la Unidad Administrativa de Coordinación de la Atención (Administrative Care Coordination Unit, ACCU) en su Departamento de Salud local.

Las ACCU no son empleadas de las MCO. El estado contrata a ACCU para ayudarlo a usted a entender cómo funcionan los programas de Medicaid y HealthChoice. Si ACCU del Departamento de Salud local se comunica con usted, ellos le dirán el motivo por el que llamaron. Si no pueden comunicarse con usted por teléfono, es posible que lleguen a su casa. El objetivo de ACCU es ayudarlo a obtener y a mantenerse conectado con la atención y servicios médicos apropiados.

### M. Servicios de salud conductual

Si tiene un problema de salud mental o consumo de sustancias, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de su MCO. Su PCP puede tratarlo o puede remitirlo al Sistema Público de Salud Conductual. Un rango de servicios de salud conductual está cubierto por el Sistema Estatal de Salud Conductual. Usted puede acceder a estos servicios sin derivación de su PCP llamando al Sistema Público de Salud Conductual (800-888-1965). La Línea de ayuda sin costo está abierta las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para manejar sus llamadas y ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros:

- administración de casos;

- crisis de emergencia/servicios móviles de crisis;
- servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados;
- centros de salud mental para pacientes ambulatorios; y
- centros de tratamiento residencial.

Si el Sistema Público de Salud Conductual determina que usted no necesita un especialista para manejar sus servicios de salud conductual, le avisará a su PCP (con su permiso) que usted puede recibir cualquier atención de seguimiento necesaria.

## 7. Servicios especiales

### A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

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

- miembros embarazadas y miembros que acaban de dar a luz;
- menores con necesidades especiales de atención médica;
- menores bajo atención supervisada del estado;
- adultos o menores con discapacidad física o discapacidad del desarrollo;
- adultos y menores con VIH/sida; y
- adultos y menores sin hogar.

La MCO tiene un proceso para avisarle si usted está en una población con necesidades especiales. Si tiene preguntas sobre sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros de su MCO.

#### Servicios que reciben las poblaciones con necesidades especiales

Si usted o un familiar está en una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, usted es elegible para recibir los servicios de abajo. Debe trabajar y comunicarse con la MCO para que lo ayuden a recibir la cantidad y el tipo adecuado de atención:

- **Administrador de casos** – un administrador de casos es un enfermero o trabajador social u otro profesional que se puede asignar a su caso poco después de que se una a una MCO. Esta persona lo ayudará a usted y a su PCP a desarrollar un plan centrado en el paciente que resuelva el tratamiento y los servicios que usted necesita. El administrador de casos:
  - ayudará a desarrollar el plan de atención;
  - se asegurará de que el plan de atención esté actualizado por lo menos cada 12 meses o según sea necesario;
  - llevará un registro de los servicios de atención médica; y
  - ayudará a las personas que le dan tratamiento a trabajar juntas.
- **Especialistas** – tener necesidades especiales exige que usted vea a proveedores que tienen más experiencia en su condición. Su PCP y su administrador de casos trabajarán juntos para asegurarse de enviarlo a los especialistas adecuados. Esto incluirá especialistas en suministros y equipo que usted podría necesitar.
- **Seguimiento cuando falte a sus citas** – si su PCP o especialista se entera de que usted falta a las citas, nos lo dirá y alguien intentará comunicarse con usted por correo, por teléfono o con una visita en su casa para recordarle que llame para hacer otra cita. Si sigue faltando a sus citas, alguien del Departamento de Salud local cercano a su casa puede visitarlo.
- **Coordinador de necesidades especiales** – las MCO están obligadas a tener un coordinador de necesidades especiales en su personal. El coordinador de necesidades especiales lo educará sobre su condición y le sugerirá lugares en su área en los que puede recibir apoyo de las personas que saben sobre sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, la MCO trabajará con usted para coordinar todos los servicios de arriba. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. Los siguientes son otros servicios especiales específicos de la población de necesidades especiales:

## 7. Servicios especiales

### 1. Miembros que están embarazadas y miembros que acaban de dar a luz:

- **Citas** – la MCO la ayudará a programar una cita para atención prenatal en un plazo de 10 días después de su solicitud.
- **Evaluación de riesgos prenatales** – las miembros embarazadas deben hacer una evaluación prenatal de riesgos. En su primera visita de atención prenatal, el proveedor completará una evaluación de riesgos. Esta información se compartirá con el Departamento de Salud local y con MCO. La MCO ofrecerá una variedad de servicios para ayudarla a cuidarse y para ayudar a asegurarse de que su bebé nazca sano. El Departamento de Salud local también puede comunicarse con usted y ofrecerle ayuda y darle recomendaciones. Ellos tienen información sobre recursos locales.
- **Enlace con un proveedor pediátrico** – la MCO la ayudará a elegir a un proveedor de atención pediátrica. Este puede ser un pediatra, enfermero de práctica avanzada para familias o enfermero de práctica avanzada.
- **Duración de la estancia en el hospital** - la duración de la estancia en el hospital después del parto es de 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones y de 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones. Si elige que la den de alta antes, le ofrecerán una visita a casa en un plazo de 24 horas después del parto. Si debe quedarse en el hospital después del parto por motivos médicos, puede pedir que su recién nacido se quede en el hospital mientras usted está hospitalizada; la hospitalización hasta por cuatro (4) días más está cubierta para su recién nacido.
- **Seguimiento** – la MCO programará para el recién nacido una visita de seguimiento dos semanas después del parto si no ha ocurrido una visita a casa o en un plazo de 30 días después del alta si hubo una visita a casa.
- **Dental** – la buena salud oral es importante para un embarazo saludable. Todos los beneficiarios de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales por medio del programa dental estatal Maryland Healthy Smiles. Llame a Healthy Smiles (855-934-9812) si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.
- **Servicios por trastorno por consumo de sustancias** - si pide tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias lo remitirán al Sistema Público de Salud Conductual en un plazo de 24 horas después de la solicitud.
- **Pruebas y consejería para VIH** - se ofrecerá una prueba de VIH a las miembros embarazadas y recibirán información sobre la infección por VIH y su efecto en el niño no nacido.
- **Consejería de nutrición** - se ofrecerá información de nutrición a las miembros embarazadas para enseñarles a comer comidas saludables.
- **Consejería sobre fumar** - las miembros embarazadas recibirán información y apoyo sobre maneras para dejar de fumar.

## 7. Servicios especiales

- **Citas para pruebas EPSDT** – las adolescentes embarazadas (hasta los 21 años) deben recibir todos los servicios de EPSDT además de la atención prenatal.
- **Vea el Anexo D para obtener más información sobre los servicios especiales que ofrece la MCO para miembros embarazadas.**

### 2. Menores con necesidades especiales de atención médica

- **Trabajo con las escuelas** – la MCO trabajará juntamente con las escuelas que dan educación y programas de servicios familiares a los menores con necesidades especiales.
- **Acceso a ciertos proveedores no participantes** – los menores con necesidades especiales de atención médica pueden tener derivación propia a proveedores fuera de la red de MCO bajo ciertas condiciones. La derivación propia para menores con necesidades especiales es para asegurar la continuidad de la atención y asegurar que los planes de atención apropiados estén vigentes. La derivación propia para menores con necesidades especiales de atención médica dependerá de si la condición que es la base de las necesidades especiales de atención médica se diagnostica antes o después de la inscripción inicial en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos relacionados directamente con la condición médica de necesidades especiales del menor fuera de la red solo si se cumplen condiciones específicas.

### 3. Menores bajo atención supervisada por el estado

- **Atención supervisada por el estado** – atención de crianza temporal o cuidado de un familiar – la MCO se asegurará de que los menores bajo atención supervisada por el estado (crianza temporal o cuidado de un familiar) reciban los servicios que necesitan de proveedores asignando a una persona de la MCO como responsable de organizar todos los servicios. Si un menor bajo atención supervisada por el estado se muda del área y necesita otra MCO, el estado y la MCO actual trabajarán juntas para encontrar rápidamente para el menor nuevos proveedores cerca del lugar al que se ha mudado o si fuera necesario, el menor puede cambiarse a otra MCO.
- **Evaluación de abuso o negligencia** - cualquier menor que se crea que ha sido abusado física o sexualmente se remitirá a un especialista que puede determinar si ha habido abuso. En caso de un posible abuso sexual, la MCO se asegurará de que el menor sea examinado por alguien que sepa cómo encontrar y conservar evidencia importante.

### 4. Adultos y menores con discapacidades físicas y del desarrollo

- **Material preparado de manera que usted pueda entender** – la MCO tiene material revisado por personas con experiencia en las personas con discapacidades para revisar el material. Esto quiere decir que la información se presentará usando los métodos adecuados para que las personas con discapacidades puedan entenderlo, ya sea por escrito o por traducción hablada.
- **Servicios de DDA** – los miembros que actualmente reciben servicios por medio de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Administration, DDA) o bajo la renuncia de DDA pueden continuar recibiendo estos servicios.

## 7. Servicios especiales

- **Equipo médico y tecnología de apoyo** – los proveedores de la MCO tienen experiencia y capacitación para dar equipo médico y servicios de tecnología de apoyo tanto a adultos como a menores.
- **Administración de casos** – los administradores de casos tienen experiencia para trabajar con personas con discapacidades.

## 5. Adultos y menores con VIH/sida

- **Administración de casos de VIH/sida** – la MCO tiene administradores de casos especiales capacitados para tratar con problemas de VIH/sida y para conectar a las personas con los servicios que necesitan.
- **Visitas de Servicios de Evaluación Diagnóstica (Diagnostic Evaluation Service, DES) una vez cada año** – una visita anual de servicio de evaluación y diagnóstico (DES) para cualquier miembro diagnosticado con VIH/sida, que la MCO es responsable de facilitar en nombre del miembro.
- **Servicios por trastorno por consumo de sustancias** - las personas con VIH/sida que necesitan tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias se remitirán al Sistema Público de Salud Conductual en un plazo de 24 horas después de la solicitud.

## 6. Adultos y menores sin hogar

La MCO intentará identificar a las personas sin hogar y conectarlas con un administrador de casos y servicios apropiados de atención médica. Puede ser difícil para las MCO identificar cuando los miembros se quedan sin hogar. Si usted está en esta situación, comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO.

## B. Programa de administración de casos raros y costosos (REM)

El Programa de administración de casos raros y costosos, REM para abreviar, es un programa ofrecido por el estado para menores y adultos con problemas médicos muy costosos y raros. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid más otros servicios de especialidad necesarios para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y la MCO tienen una lista de los diagnósticos de REM y le dirán si usted o cualquiera de sus hijos deben considerar entrar al programa REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene uno de los diagnósticos que pueden calificar para el programa REM.

Su PCP o su MCO le dirá si usted o cualquiera de sus hijos deben considerar entrar al programa REM. Le dirán por teléfono, por correo o mediante una visita de un administrador de casos de REM. Si usted no quiere que lo transfieran al programa REM, puede quedarse con la MCO. Una vez es miembro de REM, ya no estará inscrito en una MCO. Este cambio será automático.

Una vez se inscribe en REM se le asignará un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted en la transición de su atención de la MCO. Ellos lo ayudarán a seleccionar el proveedor adecuado. Si es posible, lo ayudarán a organizarse para que vea al mismo PCP y a los mismos especialistas. Si su hijo tiene menos de 21 años y estaba recibiendo atención médica de una clínica de especialidad u otro centro antes de entrar a REM, puede elegir seguir recibiendo esos servicios. Si tiene más preguntas, llame al programa REM (800-565-8190).

## 8. Administración de la utilización

### A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir los beneficios de HealthChoice cuando sea necesario según se describe en la sección Beneficios y servicios de este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones o restricciones. **Todos los beneficios/servicios de HealthChoice deben ser médicamente necesarios para que usted pueda recibirlos.**

Para que un beneficio o servicio se considere médicamente necesario, debe ser:

- relacionado directamente con un diagnóstico, tratamiento preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o mejoramiento de una enfermedad, lesión, discapacidad o condición médica;
- congruente con los estándares generalmente aceptados de las buenas prácticas médicas;
- el servicio más rentable que se pueda ofrecer sin sacrificar la eficacia o acceso a la atención; y
- no necesariamente para la conveniencia del miembro, de la familia del miembro o del proveedor.

### B. Autorización previa/aprobación previa

Habrán ocasiones en las que los servicios y medicamentos necesiten una autorización previa (también llamada aprobación previa o preautorización) antes de poder recibir ese servicio o medicamento específico. La autorización previa es el proceso en el que un profesional de atención médica calificado revisa y determina si un servicio es médicamente necesario.

Si la autorización previa es aprobada, usted puede recibir el servicio o el medicamento. Le avisarán por escrito de la decisión en un plazo de 14 días calendario o 28 días calendario, si hay una solicitud de extensión.

Si se deniega la autorización previa o si se reduce la cantidad, duración o amplitud, entonces ese servicio o medicamento no será cubierto por la MCO. Le avisarán por escrito de la decisión en un plazo de 14 días calendario o 28 días, si hay una solicitud de extensión. Usted tendrá derecho a presentar una apelación por la autorización previa denegada. (Vea la Sección 10 - Quejas, quejas formales y apelaciones)

Habrán ocasiones en las que una autorización expedita sea necesaria para evitar complicaciones médicas potencialmente graves. En estas situaciones, la MCO debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas. Si se pide una extensión para una autorización expedita, entonces la MCO tiene hasta 14 días calendario para tomar la decisión.

*Vea el Anexo F para consultar la política actual de las MCO.*

### C. Aviso de continuidad de la atención

Si actualmente está recibiendo tratamiento y cae en una de las categorías de abajo, entonces usted tiene derechos especiales en Maryland.

- Si es nuevo en HealthChoice o
- Cambió de otra MCO o
- Cambió de un plan de beneficios médicos de otra compañía.

## 8. Administración de la utilización

Si su compañía anterior le dio autorización previa para una operación o para recibir otros servicios, es posible que no necesite recibir nueva aprobación de su MCO actual para proceder con la operación o para continuar recibiendo los mismos servicios. También, si está viendo a un médico o a otro proveedor de atención médica que sea un proveedor participante de su compañía o su MCO anterior y ese proveedor es un proveedor no participante de su nuevo plan, puede continuar viendo a su proveedor por un período de tiempo limitado como si el proveedor fuera un proveedor participante con nosotros. Las reglas de cómo puede calificar para estos derechos especiales se describen abajo.

### Autorización previa para servicios de atención médica

- Si antes estaba cubierto por el plan de otra compañía, una autorización previa para servicios que recibía según su plan anterior se puede usar para satisfacer un requisito de autorización previa para esos servicios si están cubiertos por su nuevo plan con nosotros.
- Para poder usar la autorización previa anterior según este nuevo plan, usted debe comunicarse con Servicios para Miembros de su MCO actuales para avisarles que tienen autorización previa para los servicios y entregarnos una copia de la autorización previa. Sus padres, tutor, persona designada o proveedor de atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre con respecto a la autorización previa.
- Hay un límite de tiempo para basarse en esta autorización previa. Para todas las condiciones que no sean embarazo, el límite de tiempo es 90 días o hasta que se complete el curso del tratamiento, lo que sea más pronto. El límite de 90 días se mide a partir de la fecha en que inicia su cobertura bajo el nuevo plan. Para el embarazo, el límite de tiempo dura todo el embarazo y la primera visita al proveedor de atención médica después de que nace el bebé.
- Límite de uso de la autorización previa: Su derecho especial de usar una autorización previa no aplica para:
  - servicios dentales
  - servicios de salud mental
  - servicios para trastornos por consumo de sustancias
  - beneficios o servicios prestados por medio del programa pago por servicio de Maryland Medicaid
- Si no tiene una copia de la autorización previa, comuníquese con su compañía anterior y pida una. Según la ley de Maryland, su compañía anterior debe entregarle una copia de la autorización previa en un plazo de 10 días después de su solicitud.

### Derecho a usar proveedores no participantes

- Si ha estado recibiendo servicios de un proveedor de atención médica que era proveedor participante de su compañía anterior y ese proveedor es un proveedor no participante de su nuevo plan médico con nosotros, es posible que usted pueda continuar viendo a su proveedor como si el proveedor fuera un proveedor participante. Debe comunicarse con su MCO actual para solicitar el derecho de continuar viendo al proveedor no participante. Sus padres, tutor, persona designada o proveedor de atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar el derecho de continuar viendo al proveedor no participante.

## 8. Administración de la utilización

- Este derecho aplica solo si usted recibe tratamiento de un proveedor no participante para servicios cubiertos para uno o más de los siguientes tipos de condiciones:
  1. agudas
  2. crónicas graves
  3. embarazo o
  4. cualquier otra condición con la que nosotros y el proveedor fuera de la red estemos de acuerdo.
- Ejemplos de las condiciones mencionadas arriba incluyen fracturas de huesos, reemplazo de articulaciones, ataques al corazón, cáncer, VIH/sida y trasplantes de órganos.
- Hay un límite de tiempo para continuar viendo a un proveedor fuera de la red. Para todas las condiciones que no sean embarazo, el límite de tiempo es 90 días o hasta que se complete el curso del tratamiento, lo que sea más pronto. El límite de 90 días se mide a partir de la fecha en que inicia su cobertura bajo el nuevo plan. Para el embarazo, el límite de tiempo dura todo el embarazo y la primera visita al proveedor de atención médica después de que nace el bebé.

### **Ejemplos de cómo funciona el derecho a usar proveedores no participantes:**

Usted se fractura el brazo mientras está cubierto por el plan médico de la Compañía A y vio a un proveedor de la red de la Compañía A para que enyese su brazo fracturado. Usted cambió de planes médicos y ahora está cubierto por el plan de la Compañía B. Su proveedor es un proveedor no participante de la Compañía B. Ahora usted necesita quitarse el yeso y quiere ver al proveedor original que le puso el yeso.

En este ejemplo, usted o su representante deben comunicarse con la Compañía B para que la Compañía B pueda pagar su reclamo como si usted siguiera recibiendo atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta el cargo de la Compañía B, el proveedor puede decidir no darle los servicios.

- Limitación de uso de proveedores no participantes: Su derecho especial de usar un proveedor no participante no aplica para:
  - servicios dentales
  - servicios de salud mental
  - servicios para trastornos por consumo de sustancias o
  - beneficios o servicios prestados por medio del programa pago por servicio de Maryland Medicaid

### **Derechos de apelación**

- Si su MCO actual deniega su derecho de usar una autorización previa de su compañía anterior o su derecho de continuar viendo a un proveedor que era proveedor participante de su compañía anterior, usted puede apelar esta denegación comunicándose con Servicios para Miembros de su MCO.
- Si su actual MCO deniega su apelación, usted puede presentar una queja ante el programa Maryland Medicaid llamando a la Línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.
- Si tiene preguntas sobre este procedimiento llame a Servicios para Miembros de su MCO o a la Línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

## **8. Administración de la utilización**

### **D. Coordinación de beneficios - Qué hacer si tiene otro seguro**

Usted está obligado a avisar a la MCO si recibió atención médica después de un accidente o lesión. Las MCO están obligadas por el estado a buscar el pago de otras compañías de seguro. Si tiene otro seguro médico, asegúrese de avisar a la MCO y a su proveedor. Ellos deben saber el nombre de la otra póliza de seguros, el nombre del titular de la póliza y el número de membresía. El estado hace una revisión de las compañías de seguros para identificar a las personas que tienen Medicaid/HealthChoice y otro seguro.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro médico suplementario. Su otro seguro médico siempre será su seguro principal, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar primero a su otro seguro. Es probable que su seguro principal haya pagado más que la cantidad permitida de las MCO y, por lo tanto, el proveedor no puede cobrar más dinero ni a usted ni a la MCO. Hable con Servicios para Miembros de su MCO para entender mejor sus opciones. Ya que otras compañías de seguros probablemente tendrán copagos y deducibles, en la mayoría de los casos las MCO le exigirán que use proveedores participantes.

### **E. Servicios fuera de la red**

Puede haber ocasiones en las que usted necesite un servicio cubierto que la red de MCO no puede ofrecer. Si esto sucede, es posible que pueda recibir este servicio de un proveedor fuera de la red de MCO (proveedor no participante). Necesita autorización previa de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si su autorización previa se deniega, tendrá derecho a presentar una apelación.

### **F. Lista de medicamentos preferidos**

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista usarán la lista de medicamentos preferidos (también llamada lista de medicamentos cubiertos [formulario]) para recetarle sus medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos de la que usted y su proveedor pueden elegir, que son seguros, eficaces y asequibles. Si quiere saber qué medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos preferidos de las MCO, llame a Servicios para Miembros de su MCO o acceda en línea a su sitio web. Hay algunos medicamentos en la lista de medicamentos preferidos y también cualquier otro medicamento que no esté incluido en la lista, que necesitará autorización previa antes de que la MCO los cubra. Si la MCO deniega la autorización previa del medicamento, usted tendrá derecho a presentar una apelación.

Puede encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en el sitio web de las MCO o puede pedir una copia impresa llamando a Servicios para Miembros de su MCO.

### **G. Nueva tecnología y Telesalud**

A medida que surgen nuevas y avanzadas tecnologías de atención médica, las MCO tienen procesos vigentes para revisar y determinar si estas innovaciones estarán cubiertas. Cada MCO tiene su propia política para revisión de nueva tecnología médica, tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para encontrar una política y procedimiento de las MCO sobre la revisión de nueva tecnología para atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO. Las MCO están obligadas a prestar servicios de telesalud según sea médicamente necesario. Los servicios de telesalud usan tecnología de videos y audio para mejorar el acceso a la atención médica. Prestar servicios de telesalud puede mejorar:

- la educación y la comprensión del diagnóstico
- las recomendaciones de tratamiento y
- la planificación del tratamiento

## 9. Facturación

### A. Avisos de explicación de beneficios o denegación de pago

Cada cierto tiempo usted puede recibir un aviso de la MCO de que el reclamo de su proveedor se pagó o denegó.

Los Avisos de explicación de beneficios (EOB) o denegación de pago no son facturas. Estos avisos pueden mencionar el tipo de servicio, fecha de servicio, cantidad facturada y cantidades pagadas por la MCO en su nombre. El objetivo del aviso es resumir los cargos del proveedor que son servicios o beneficios cubiertos. Si usted cree que hay un error, como encontrar un servicio que nunca recibió, comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO.

Si recibe una copia de un aviso de que no se le pagó al proveedor, usted no es responsable del pago. Su proveedor no debe cobrarle. Si tiene preguntas llame a Servicios para Miembros de su MCO.

### B. Qué hacer si recibe una factura

- No pague un servicio que no sea su responsabilidad, pues es posible que no lo reembolsen. Solo los proveedores pueden recibir pagos de Medicaid o de las MCO. Si usted recibe una factura médica por un beneficio cubierto:
  - Primero – comuníquese con el proveedor que le envió la factura.
  - Si le dice que usted no tenía cobertura en la fecha que recibió la atención o que la MCO no pagó, llame a Servicios para Miembros de su MCO.
  - La MCO determinará si hubo un error o qué se debe hacer para resolver el problema.
  - Si la MCO no resuelve el problema, comuníquese con la Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510).
- Los proveedores están obligados a verificar la elegibilidad. Los proveedores deben facturarle a la MCO. (Si el servicio está cubierto por el estado y no por la MCO, el Sistema de Verificación de Elegibilidad (Eligibility Verification System, EVS) les dirá a dónde enviar la factura).
- Con pocas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no están autorizados para facturarles a los miembros. Pequeños copagos para farmacias o copagos para servicios opcionales, como anteojos para adultos, son algunos ejemplos de servicios por los que pueden facturarle.

## 10. Quejas, quejas formales y apelaciones

### A. Determinaciones adversas de beneficios, quejas y quejas formales

#### Determinaciones adversas de beneficios

Una determinación adversa de beneficios es cuando una MCO hace cualquiera de lo siguiente:

- deniega o limita un servicio solicitado basándose en el tipo o nivel de servicio, si cumple la necesidad médica, idoneidad, situación, eficacia;
- reduce, suspende o termina un servicio autorizado antes;
- deniega el pago parcial o total de un servicio (una denegación total o en parte de un pago por un servicio porque el reclamo no está “limpio” no es una determinación adversa de beneficio);
- no toma una decisión de autorización o no presta servicios de manera oportuna;
- no resuelve una queja formal o apelación de manera oportuna;
- no permite que los miembros que viven en áreas rurales solo con una MCO obtengan servicios fuera de la red; o
- deniega la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad económica, incluyendo costos compartidos, copagos, coseguros y otras responsabilidades económicas.

Una vez una MCO hace una determinación adversa de beneficio, le avisarán por escrito por lo menos 10 días antes de que la determinación adversa de beneficio entre en vigor. Usted tendrá derecho a presentar una apelación y puede pedir una copia gratuita de toda la información que usó la MCO cuando hizo la determinación.

#### Quejas

Si usted no está de acuerdo con la MCO o con un proveedor sobre una determinación adversa de beneficios, esto se llama queja. Ejemplos de quejas incluyen reducir o detener un servicio que está recibiendo, denegación de un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos o denegación de una autorización previa para un procedimiento.

#### Quejas formales

Si su queja es sobre otra cosa y no por una determinación adversa de beneficios, esto se llama queja formal. Ejemplos de quejas formales incluyen calidad de la atención, que no le permitan ejercer sus derechos, no poder encontrar un médico, problemas para hacer una cita o que alguien que trabaja en la MCO o en el consultorio de su médico no lo trate de manera justa. Vea el Anexo F para ver el procedimiento interno de quejas.

### B. Apelaciones

Si su queja es por un servicio que usted o su proveedor cree que necesita, pero la MCO no cubre, puede pedir a la MCO que revise su solicitud de nuevo. Esta solicitud de revisión se llama apelación.

Si usted quiere presentar una apelación, tiene que hacerlo en un plazo de 60 días después de la fecha de la carta que dice que la MCO no cubre el servicio que usted quiere.

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario en el que le da su permiso. Su médico no será penalizado por actuar en su nombre. Otras personas también pueden ayudarlo a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

## 10. Quejas, quejas formales y apelaciones

Cuando usted presenta una apelación, asegúrese de dar a la MCO cualquier información nueva que tenga y que los ayude a tomar una decisión. La MCO le enviará una carta avisándole que recibieron su apelación en un plazo de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, usted todavía puede enviar o entregar cualquier otra información que crea que ayudará a la MCO a tomar una decisión.

Cuando revisan su apelación, los revisores de la MCO:

- no serán los mismos profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- no serán subalternos de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- tendrán el conocimiento y experiencia clínica apropiados para hacer la revisión;
- revisarán toda la información presentada por el miembro o su representante sin considerar si esta información se presentó para la decisión anterior; y
- tomarán una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario.

El proceso de apelación puede tardar 44 días si pide más tiempo para presentar información o si la MCO necesita obtener más información de otras fuentes. La MCO lo llamará y le enviará una carta en un plazo de dos días si necesita más información.

Si su médico o su MCO cree que su apelación se debe revisar rápido debido a la gravedad de su condición, usted recibirá una decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas.

Si no es necesario revisar rápidamente su apelación, la MCO intentará llamarlo y enviarle una carta diciéndole que su apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación es sobre un servicio que ya estaba autorizado, el período no ha vencido y usted ya lo estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras su apelación está en revisión. Debe comunicarse con Servicios para Miembros de su MCO y solicitar seguir recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Debe comunicarse con Servicios para Miembros en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que la MCO envió el aviso de determinación o antes de la fecha prevista de entrada en vigor de la determinación. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras la apelación estaba en revisión.

Una vez se completa la revisión, usted recibirá una carta avisándole la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le dirá cómo pedir una audiencia imparcial del estado.

Si usted presenta una queja formal y es:

- sobre un problema médico urgente que usted tiene, se resolverá en un plazo de 24 horas.
- sobre un problema médico que no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días.
- no es sobre un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días.

*Vea el Anexo F para consultar la política actual de las MCO.*

## 10. Quejas, quejas formales y apelaciones

### C. Cómo presentar una queja, queja formal o apelación

Para presentar una queja o queja formal, puede comunicarse con Servicios para Miembros de su MCO. Si necesita ayuda suplementaria o servicios de intérprete, avise al representante de Servicios para Miembros (los miembros con discapacidad auditiva pueden usar el servicio de Relay de Maryland, 711). Los representantes de Servicio al Cliente de MCO pueden ayudarlos a presentar una queja, queja formal o apelación.

**Puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito.** Puede apelar verbalmente llamando a la línea de Servicios para Miembros de su MCO. Para presentar una apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario simple que puede completar, firmar y devolver por correo. La MCO también puede ayudarlo a completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de darle a la MCO su testimonio y argumentos reales antes de la resolución de la apelación.

*Vea el Anexo F para ver el procedimiento interno de quejas de las MCO. Si necesita una copia del procedimiento interno oficial de quejas de las MCO, llame a Servicios para Miembros de su MCO.*

### D. El proceso de quejas/apelaciones del estado

#### Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de HealthChoice

Si tiene preguntas o quejas sobre su atención médica y la MCO no ha resuelto el problema a su satisfacción, puede pedir ayuda al estado. La Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510) está abierta de lunes a viernes entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. Cuando llama a la Línea de ayuda, puede hacer su pregunta o explicar su problema a uno de los miembros del personal de la Línea de ayuda, que:

- responderá sus preguntas;
- trabajará con la MCO para resolver su problema; o
- enviará su queja a un enfermero de la Unidad de Resolución de Quejas (Complaint Resolution Unit), que podría:
  - pedir a la MCO que dé información sobre su caso en un plazo de cinco días;
  - trabajará con su proveedor y su MCO para ayudarlo a obtener lo que necesita;
  - ayudará a obtener más servicios de la comunidad, si los necesita; o
  - dará orientación sobre el proceso de apelación de las MCO y cuándo puede pedir una audiencia imparcial del estado.

#### Cómo pedir al estado que revise la decisión de las MCO

Si usted apeló la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el estado revise su decisión. Esto se llama apelación.

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de HealthChoice al (800-284-4510) y decirle al representante que quiere apelar la decisión de la MCO. Su solicitud se enviará a un enfermero de la Unidad de Resolución de Quejas. La Unidad de Resolución de Quejas intentará resolver su problema con nosotros en 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, nos comunicaremos con usted y le daremos más opciones.

Cuando la Unidad de Resolución de Quejas termine de trabajar en su solicitud, le avisará el resultado.

## 10. Quejas, quejas formales y apelaciones

- Si el estado cree que la MCO debe darle el servicio solicitado, puede ordenar a la MCO que le dé el servicio; o
- Si el estado cree que la MCO no tiene que darle el servicio, le avisará que el estado está de acuerdo con la MCO.
- Si usted no acepta la decisión del estado, de nuevo tendrá la oportunidad de solicitar una audiencia imparcial del estado.

### **Tipos de decisiones del estado que usted puede apelar**

Usted tiene derecho a apelar tres tipos de decisiones hechas por el estado. Cuando el estado:

- está de acuerdo con la MCO en que no debemos cubrir un servicio solicitado;
- está de acuerdo con la MCO en que un servicio que está recibiendo actualmente se debe detener o reducir; o
- deniega su solicitud de inscribirse en el Programa de administración de casos raros y costosos (REM).

### **Audiencias imparciales**

Para apelar la decisión de la MCO, usted debe solicitar que el estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings) en su nombre. La solicitud de una audiencia imparcial del estado se debe presentar a más tardar 120 días después de la fecha del aviso de resolución de apelación de la MCO. La Oficina de Audiencias Administrativas fijará una fecha para la audiencia basándose en el tipo de decisión que se está apelando.

Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide en su contra, puede apelar ante el Tribunal del Circuito.

### **Continuación de servicios durante la audiencia imparcial**

Hay ocasiones en las que usted puede seguir recibiendo un servicio mientras el estado revisa su audiencia imparcial. Esto puede suceder si su audiencia imparcial es sobre un servicio que ya estaba autorizado, el período de la autorización no ha vencido y usted ya lo estaba recibiendo. Para obtener más información llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510). Si no gana la audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras la apelación estaba en revisión.

## **E. Reversión de resoluciones de apelaciones**

Si el estado revierte una denegación, terminación, reducción o retraso en los servicios que no se prestaron durante el proceso de apelación, la MCO tendrá que prestar los servicios a más tardar 72 horas después de que reciba el aviso de apelación de la reversión.

Si la MCO revierte una denegación, terminación, reducción o retraso de servicios que un miembro estaba recibiendo durante una apelación o proceso de audiencia imparcial, la MCO pagará los servicios recibidos durante la apelación o proceso de audiencia imparcial.

Si necesita apelar un servicio cubierto por el estado, siga las instrucciones de la carta de resolución adversa.

## 10. Quejas, quejas formales y apelaciones

### F. Cómo hacer sugerencias para cambios en las políticas y procedimientos

Si usted tiene una idea sobre maneras para mejorar un proceso o si quiere llamar la atención de la MCO hacia un tema, llame a Servicios para Miembros de su MCO. Las MCO están interesadas en saber de usted y de las maneras en que puede mejorar su experiencia cuando recibe atención médica.

Cada MCO está obligada a tener una junta asesora del consumidor. La función de la junta asesora del consumidor es dar información de los miembros a la MCO. La junta asesora del consumidor está integrada por miembros, familias de los miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros que se reúnen regularmente durante todo el año. Si quiere obtener más información sobre la junta asesora del consumidor, llame a Servicios para Miembros de su MCO.

Es posible que se comuniquen con usted sobre los servicios que recibe de la MCO. Si se comunican con usted, dé información precisa, pues esto ayuda a determinar el acceso y la calidad de la atención que HealthChoice da a sus miembros.

## 11. Cómo cambiar a su MCO

### A. Reglas de 90 días

- Cuando se inscribe por primera vez en el **Programa HealthChoice**, usted tiene una oportunidad para pedir que cambien su MCO. Debe hacer esta solicitud en el plazo de los **primeros 90 días**. Puede hacer este cambio único incluso si usted seleccionó originalmente la MCO.
- Si usted se sale de la MCO por más de 120 días y el estado le asignó automáticamente la MCO, puede pedir que se la cambien. Debe hacer esta solicitud en un plazo de **90 días**.

### B. Una vez cada 12 meses

Puede cambiar su MCO si ha estado en la misma MCO por más de 12 meses.

### C. Cuando hay un motivo aprobado para cambiar de MCO

Puede cambiar su MCO y unirse a otra cerca del lugar en el que vive por cualquiera de los motivos siguientes, en cualquier momento:

- Si se muda a otro condado en el que su MCO actual no ofrece atención.
- Si se queda sin hogar y descubre que hay otra MCO más cerca al lugar en el que vive o tiene un refugio, lo que facilitaría ir a sus citas.
- Si usted o cualquiera de su familia tiene un médico en una MCO distinta y el miembro adulto quiere tener a todos los familiares juntos en la misma MCO. (Esto no aplica a recién nacidos; los recién nacidos deben quedarse en la MCO en la que estaba la madre en el momento del parto por los primeros 90 días).
- Si tiene un menor en crianza temporal en su casa y usted o sus familiares reciben atención de un médico en una MCO distinta a la del menor en crianza temporal, el menor en crianza temporal puede cambiar a la MCO de la familia de crianza temporal.
- Si la MCO termina el contrato de su PCP por distintos motivos a los mencionados abajo, el estado le avisará.
  - Su MCO fue comprada por otra MCO
  - El proveedor y la MCO no acordaron un contrato por ciertos motivos económicos o
  - Por la calidad de la atención.

### D. Cómo cambiar a su MCO

Comuníquese con Maryland Health Connection (855-642-8572). Tenga en cuenta:

- No se permite que las MCO autoricen los cambios. Solo el estado puede cambiar su MCO.
- Si usted está hospitalizado o en un centro de enfermería, no puede cambiar su MCO.

- Si pierde elegibilidad de Medicaid, pero lo vuelven a aprobar en un plazo de 120 días, lo reinscribirán automáticamente en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

## 12. Cómo reportar fraudes, uso en exceso y uso indebido

### A. Tipos de fraudes, uso en exceso y uso indebido

El fraude a Medicaid es un engaño o declaración falsa deliberada de una persona que sabe que esta acción podría dar como resultado un beneficio no autorizado para ella misma o para otros. Uso en exceso es el mal uso o el uso inapropiado de los recursos de Medicaid. Uso indebido es la práctica de provocar un costo innecesario al programa de Medicaid. El fraude, uso en exceso y uso indebido exigen la denuncia inmediata y puede ocurrir en todos los niveles del sistema de atención médica. Ejemplos de fraude de Medicaid, uso en exceso y uso indebido incluyen, entre otros:

- Ejemplos de los miembros
  - reportar falsamente sus ingresos o bienes para calificar para Medicaid
  - vivir permanentemente en otro estado mientras recibe los beneficios de Maryland Medicaid
  - prestar su tarjeta de identificación de miembro o usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para obtener servicios médicos
  - vender o hacer cambios a un medicamento con receta
- Ejemplos de los proveedores
  - prestar servicios que no son médicamente necesarios
  - facturar servicios que no se prestaron
  - facturar varias veces el mismo servicio
  - alterar registros médicos para cubrir actividades fraudulentas

### B. Cómo reportar fraudes, uso en exceso y uso indebido

Si sospecha o sabe que está ocurriendo un fraude, uso en exceso o uso indebido, repórtelo de inmediato. Reportar un fraude, uso en exceso y uso indebido no afectará cómo lo tratará la MCO. Usted tiene la opción de mantenerse anónimo cuando hace la denuncia. Dé tanta información como sea posible; esto ayudará a las personas que investigan la denuncia. Hay muchas maneras de reportar el fraude, uso en exceso o uso indebido. Vea las opciones abajo:

- llame a Servicios para Miembros o escriba una carta a la MCO
- comuníquese con la Oficina del Inspector General, Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health, Office of the Inspector General):
  - 866-770-7175
  - [http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report\\_Fraud.aspx](http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx)
- comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General):
  - 800-447-8477
  - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

**ANEXO A - Información de contacto de la Organización de Atención Administrada**

<b>Maryland Physicians Care</b>	
<b>Servicios para Miembros</b>	1-800-953-8854
	TTY: 1-800-735-2258
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.MarylandPhysiciansCare.com">www.MarylandPhysiciansCare.com</a>
<b>Portal en línea para miembros</b>	<a href="http://www.MarylandPhysiciansCare.com">www.MarylandPhysiciansCare.com</a>
<b>Coordinador de No-discriminación (Nondiscrimination Coordinator)</b>	Attn: Civil Rights Coordinator 1201 Winterson Road, 4 <sup>th</sup> Floor Linthicum, MD 21090 1-800-953-8854, TTY 1-800-735-2258 <a href="mailto:MPCCCompliance@marylandphysicianscare.com">MPCCCompliance@marylandphysicianscare.com</a>
<b>Dirección para presentar quejas, quejas formales y apelaciones</b>	Maryland Physicians Care Attn: Member Appeals P.O. Box 893 Portland, ME 04104 Fax: 833-656-0648
<b>Dirección para reportar fraudes y uso indebido</b>	Maryland Physicians Care 1201 Winterson Road, 4 <sup>th</sup> Floor Linthicum, MD 21090 800-953-8854 <a href="http://www.marylandphysicianscare.com">www.marylandphysicianscare.com</a>
<b>Servicios de la vista</b>	Superior Vision: 1-800-428-8789

## ANEXO B - Aviso de prácticas de privacidad

### Maryland Physicians Care - Aviso de prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se puede usar y revelar la información médica sobre usted y cómo puede usted acceder a esta información. Revíselo detenidamente.**

Este aviso entró en vigor el 23 de septiembre de 2013.

#### **¿Qué queremos decir cuando usamos las palabras “información médica”?**

Usamos las palabras “información médica” cuando nos referimos a información que lo identifica. Los ejemplos incluyen:

- su nombre
- fecha de nacimiento
- atención médica que recibió
- cantidades pagadas por su atención

#### **Cómo usamos y compartimos su información médica:**

**Para ayudar a cuidarlo:** Podemos usar su información médica para ayudar con su atención médica. También la usamos para decidir qué servicios cubren sus beneficios. Podemos decirle sobre los servicios que puede recibir. Estos podrían ser revisiones o pruebas médicas. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información médica con otras personas que le dan atención. Podrían ser médicos o farmacias. Si usted ya no está en nuestro plan, con su permiso, le daremos su información médica a su nuevo médico.

**Representante autorizado:** Podemos compartir su información médica con alguien que lo esté ayudando. Pueden estar ayudándolo con su atención o a pagar su atención. Por ejemplo, si tuvo un accidente, es posible que tengamos que hablar con una de estas personas. Si no quiere que les demos su información médica, llámenos.

Si tiene menos de dieciocho años y no quiere que le demos la información médica a sus padres, llámenos. Podemos ayudar en algunos casos si nos lo permite la ley del estado.

**Para pagos:** Podemos darle información médica a otros que pagan su atención. Su médico debe darnos un formulario de reclamo que incluya su información médica. También podemos usar su información médica para ver la atención que su médico le da. También podemos revisar su uso de los servicios médicos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar su información médica para ayudarnos a hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos usar su información médica para:

- promover la salud
- administración de casos
- mejoramiento de la calidad
- prevención de fraudes
- prevención de enfermedades
- asuntos legales

Un administrador de casos puede trabajar con su médico. Pueden decirle a usted sobre los programas o lugares en los que pueden ayudarlo con su problema médico. Cuando usted nos llama con preguntas, necesitamos ver su información médica para darle respuestas.

## **Compartir con otras empresas.**

Podemos compartir su información médica con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos arriba. Por ejemplo, usted puede tener cobertura de transporte en su plan. Podemos compartir su información médica con ellos para ayudarlo a llegar al consultorio del médico. Les diremos si usted usa una silla de ruedas motorizada para que puedan enviar una furgoneta en lugar de un auto para llevarlo.

## **Otros motivos por los que podríamos compartir su información médica.**

También podemos compartir su información médica por estos motivos:

- Seguridad pública – para ayudar con cosas como abuso infantil. Amenazas a la salud pública.
- Investigación – con los investigadores después de tener el cuidado de proteger su información.
- Colaboradores de negocios – con personas que nos prestan servicios. Ellos prometen mantener segura su información.
- Reglamentaciones de la industria – con agencias estatales y federales. Ellos revisan para asegurarse de que estamos haciendo un buen trabajo.
- Fuerzas del orden público – con personas del orden público federal, estatal y local.
- Demandas – con tribunales por una demanda o asunto legal.

## **Motivos por los que necesitamos su permiso por escrito.**

Excepto por los que explicamos arriba, tenemos que pedir su permiso antes de usar o compartir su información médica. Por ejemplo, necesitamos su permiso:

- por motivos de marketing que no tienen nada que ver con su plan médico
- antes de compartir cualquier nota de psicoterapia
- para vender su información médica
- por otros motivos exigidos por la ley

Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento. Para cancelar su permiso escríbanos. No podemos usar ni compartir información genética cuando tomamos la decisión de darle seguro de atención médica.

## **¿Cuáles son sus derechos?**

Usted tiene derecho a revisar su información médica.

- Puede pedirnos una copia.
- Puede pedir sus registros médicos. Llamar al consultorio de su médico o al lugar donde recibió tratamiento.

Usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos su información médica.

- Si cree que no es correcta.
- Si no aceptamos el cambio que nos pidió. Pídanos que presentemos una declaración de desacuerdo por escrito.

Usted tiene derecho a pedir una lista de las personas o grupos con las que hemos compartido su información médica.

Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted de manera privada.

- Si cree que la manera en que nos comunicamos con usted no es suficientemente privada, llámenos.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo por comunicarnos con usted de una manera más privada.

Usted tiene derecho a pedir atención especial sobre cómo usamos o compartimos su información médica.

- Podemos usar o compartir su información médica de las maneras descritas en este aviso.
- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir con personas implicadas en su atención médica.
- No tenemos que aceptarlo. Sin embargo, lo pensaremos detenidamente.

Usted tiene derecho a saber si su información médica se compartió sin su permiso.

- Le diremos si lo hicimos en una carta.

Llámenos sin costo al **800-953-8854** para:

- Pedir que hagamos cualquiera de las cosas descritas arriba.
- Pedir una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos una queja. Si cree sus derechos se infringieron, escríbanos a:

Maryland Physicians Care  
Attn: Privacy Coordinator  
1201 Winterson Road, 4<sup>th</sup> Floor  
Linthicum, MD 21090

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si no está satisfecho y se lo dice a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No usaremos su queja contra usted.

### **Cómo proteger su información.**

Protegemos su información médica con procedimientos específicos, como:

- Administrativos. Tenemos reglas que nos dicen cómo usar su información médica sin considerar en qué formato esté – por escrito, verbal o electrónico.
- Físicos. Su información médica está guardada bajo llave y en áreas seguras. Protegemos el ingreso a nuestras computadoras y edificios. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos. El acceso a su información médica “está basado en puestos”. Esto permite que solo las personas que tienen que hacer su trabajo y darle atención tengan acceso.

Seguimos todas las leyes estatales y federales para la protección de su información médica.

### **¿Cambiamos este aviso?**

Por ley, debemos mantener privada su información médica. Debemos cumplir lo que decimos en este aviso. También tenemos derecho de cambiar este aviso. Si cambiamos este aviso, los cambios aplican a toda su información que tenemos o que recibiremos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en [www.MarylandPhysiciansCare.com](http://www.MarylandPhysiciansCare.com).

## ANEXO C – Más servicios que ofrece Maryland Physicians Care

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
<b>Sin copagos de farmacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetas gratuitas</li> <li>• Medicamentos de venta libre</li> </ul>	Todos los miembros	
<b>Servicios de la vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista cada año</li> <li>• Un par de anteojos O lentes de contacto cada dos años</li> <li>• Un par de lentes cada año (cuando sea necesario)</li> </ul>	Adultos mayores de 21 años	Beneficio máximo de \$50 por monturas. Beneficio máximo de \$100 por lentes de contacto
<b>Recursos de educación médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos de educación de salud y bienestar</li> <li>• Herramientas para su propio control</li> <li>• Acceda a esta información en <a href="#">Health and Wellness - Maryland Physicians Care</a></li> </ul>	Todos los miembros	
<b>App gratuita MyVirtual MPC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acceso 24/7 a médicos autorizados</b></li> <li>• Chat por texto o video en cualquier momento del día o de la noche</li> <li>• Evite los tiempos de espera extendidos</li> <li>• Vaya a <a href="https://myvirtualmpc.com/">https://myvirtualmpc.com/</a> para obtener más información</li> </ul>	Todos los miembros después de descargar la aplicación.	
<b>Programa Belong</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de recompensas solo para miembros</li> <li>• Participe en sorteos de premios todos los meses</li> <li>• Pida información sobre ciertos temas médicos</li> </ul>	Todos los miembros Regístrese en <a href="http://www.mpcmedicaid.com/belong">www.mpcmedicaid.com/belong</a>	

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
<b>My MPC Source</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceda a información de planes médicos en cualquier momento/lugar</li> <li>• Reciba información médica personalizada</li> <li>• Obtenga más información sobre sus beneficios de farmacia</li> <li>• Acceso inmediato a información de reclamos</li> </ul>	<p>Todos los miembros Regístrese aquí - <a href="https://mpmdportal.valence.care/">https://mpmdportal.valence.care/</a></p>	
<b>Teléfonos celulares gratuitos SafeLink</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecidos por el gobierno federal</li> <li>• Teléfonos celulares y planes de servicio gratuitos</li> </ul>	<p>Todos los miembros Visite <b><a href="https://www.safe-link.com">SafeLinkWireless.com</a></b> para solicitar en línea o llame al <b>1-877-631-2550.</b></p>	
<b>App gratuita Pacify</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso por video 24/7 con consultores de lactancia para recibir apoyo de lactancia materna</li> <li>• Línea de enfermería 24/7</li> <li>• Acceso a la biblioteca de recursos de educación de Pacify con consejos útiles para apoyar las necesidades de alimentación de los bebés y para hacer preguntas</li> </ul>	<p>Miembros que están embarazadas</p>	
<b>Atención para el embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa ofrecido por MPC que le da acceso a un equipo de atención.</li> <li>• Acceso a <ul style="list-style-type: none"> <li>○ proveedores de obstetricia</li> <li>○ asesores de atención de enfermería</li> <li>○ educadores médicos</li> <li>○ trabajadores médicos de la comunidad</li> <li>○ trabajadores sociales</li> <li>○ farmacéuticos</li> </ul> </li> </ul>	<p>Miembros que están embarazadas</p> <p>Obtenga más información llamando a Servicios para Miembros al 800-953-8854</p>	

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
<b>Asistencia para el transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte gratuito a citas médicas cuando es coordinado por MPC.</li> </ul>	<p>Todos los miembros</p> <p>Llame a Servicios para Miembros al 800-953-8854 para recibir asistencia</p>	
<b>Recursos de apoyo para necesidades especiales y de la comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % de la salud es determinada por necesidades no médicas</li> <li>• El equipo de Determinantes Sociales de la Salud de MPC (MPC's Social Determinates of Health) puede ayudarlo a acceder a recursos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ acceso a comida</li> <li>○ transporte</li> <li>○ ayuda para vivienda</li> <li>○ servicios públicos</li> <li>○ y mucho más</li> </ul> </li> </ul>	<p>Todos los miembros</p> <p>Para acceder a los recursos y recibir una evaluación personalizada, envíenos un correo electrónico a <a href="mailto:sdoh@mpcmedicaid.com">sdoh@mpcmedicaid.com</a> o visite nuestro portal de acceso de la comunidad en: <a href="https://map-prod.wscceprod-dmz.prj.gcp.wellsky.io/signup?inviteCode=clk1idaep000201s6chb7ed0k">https://map-prod.wscceprod-dmz.prj.gcp.wellsky.io/signup?inviteCode=clk1idaep000201s6chb7ed0k</a></p>	
<b>Educación médica personalizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entrega de manera virtual, en persona, electrónicamente o por correo electrónico.</li> </ul>	<p>Haga su pedido aquí: <a href="https://www.mpcmedicaid.com/health-education-request-form/">https://www.mpcmedicaid.com/health-education-request-form/</a></p>	
<b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos de venta libre están cubiertos sin copago cuando los receta un médico</li> </ul>	<p>Acceda a una lista de medicamentos cubiertos aquí: <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/members/benefits/approved-medications/">https://www.marylandphysicianscare.com/members/benefits/approved-medications/</a></p>	
<b>Entrega de comidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega comidas a los miembros elegibles que viven en los condados Montgomery, Prince George o Washington</li> <li>• Da 18 comidas por semana por 12 semanas</li> </ul>	<p>Los miembros diabéticos que cumplen los requisitos de elegibilidad y son derivados a este programa.</p>	<p>Los miembros elegibles deben vivir en los condados Montgomery, Prince George o Washington</p>

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
<b>Servicios de administración de la atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una variedad de programas de administración de la atención que se adaptan a sus necesidades específicas, dándole acceso a un equipo de atención para recibir apoyo, coordinación de la atención y educación sobre condiciones médicas complejas, condiciones crónicas o nuevos diagnósticos médicos.</li> <li>• Los miembros del equipo de atención incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ asesores de atención de enfermería</li> <li>○ educadores médicos</li> <li>○ trabajadores médicos de la comunidad</li> <li>○ trabajadores sociales</li> <li>○ farmacéuticos</li> </ul> </li> </ul>	Disponible para todos los miembros	Identificación de necesidades que califican

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
<b>Transición a servicios de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de MPC que le da a usted acceso al equipo de atención para recibir apoyo, coordinación de la atención y educación después del alta de un hospital, asegurándose de que usted tiene todo lo que necesita para regresar a casa de manera segura y recuperarse rápido.</li> <li>• Los miembros del equipo de atención incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ asesores de atención de enfermería</li> <li>○ educadores médicos</li> <li>○ trabajadores médicos de la comunidad</li> <li>○ trabajadores sociales</li> <li>○ farmacéuticos</li> </ul> </li> </ul>	<p>Disponible para todos los miembros a los que recientemente los dieron de alta (en el lapso de una semana) del hospital.</p>	<p>Identificación de necesidades que califican</p>

## ANEXO D – Programas prenatales/posparto

### Maryland Physicians Care - Programas prenatales/postparto

#### Atención prenatal

La atención durante el embarazo (atención prenatal) es importante. Usted debe iniciar la atención prenatal tan pronto como se entere de que está embarazada. Maryland Physicians Care tiene proveedores especialmente capacitados que pueden atenderla a usted y a su bebé para ayudarla a evitar cualquier complicación. Comenzar temprano su atención prenatal y hacerse revisiones frecuentes durante su embarazo es muy importante para su salud y la salud de su bebé.

Su proveedor le dará su programa de visitas prenatales. Es importante que haga sus citas y vaya. Si necesita ayuda para organizar el transporte, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854.

#### App gratuita Pacify

Maryland Physicians Care ahora ofrece acceso a membresías de Pacify sin costo.

Pacify conecta las mujeres embarazadas y nuevas madres con:

- Consultores de lactancia de Pacify: Disponibles 24/7 por video, ofrecen apoyo de lactancia y responden otras preguntas relacionadas con la alimentación.
- Administradores de casos de Maryland Physicians Care: Disponibles de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes por teléfono para ayudar con beneficios, buscar un médico o programar una cita.

Todos los servicios de Pacify están disponibles presionando un botón. No necesita cita y los miembros pueden llamar tanto como lo necesiten. Comience su membresía hoy visitando: <https://www.marylandphysicianscare.com/members/benefits/free-programs/#pacify> para pedir su código de inscripción único y luego descargue la aplicación de App Store o Google Play.

#### Servicios especiales para mujeres embarazadas

Maryland Physicians Care tiene un programa especial para usted si está esperando un bebé. Este programa la ayuda a tener un bebé sano. El personal de atención prenatal de Maryland Physicians Care la llamará para hablar sobre su embarazo y asegurarse de que usted tenga toda la atención primaria y citas de ginecología y obstetricia que necesita. Si tiene un embarazo de alto riesgo, Maryland Physicians Care puede pedir que el defensor de los derechos del consumidor de la ciudad o del condado la visite en casa. Maryland Physicians Care también ofrece un programa para ayudarla a dejar de fumar y programas de tratamiento por consumo de drogas si lo necesita. También podemos obtener para usted clases de educación para el parto sin costo para usted. Nos importan usted y su bebé.

#### Servicios de administración de casos para mujeres embarazadas

Cuando queda embarazada, el personal de Maryland Physicians Care trabaja con usted para ayudarla a obtener los servicios que necesita para que usted y su bebé se mantengan sanos. El personal de atención prenatal comenzará por hacer una evaluación de riesgos. Esta es una lista de preguntas que ayudarán a identificar áreas en las que usted podría necesitar ayuda. El personal de atención prenatal de Maryland Physicians Care trabajará con usted y con su proveedor para ayudarla a obtener los servicios que necesita y para ayudarla a prepararse para cuidar a su nuevo bebé. Si hay algo que dificulte que usted reciba la atención que necesita, puede pedir ayuda al personal de atención prenatal de Maryland Physicians Care. Podemos ayudarla a dejar de fumar y a recibir clases de educación para el parto.

## **Después de que nazca su bebé**

Después de que nazca su bebé, es importante que vea a un ginecólogo-obstetra en un plazo de 6-8 semanas. Su ginecólogo-obstetra le hará un chequeo de bienestar de la mujer y le dará recomendaciones sobre las opciones de planificación familiar que estén disponibles sin costo.

- Su bebé necesita un PCP y usted también. Si no eligió un PCP para su bebé antes de ir al hospital, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854 y pida hablar con el coordinador de recién nacidos para elegir uno tan pronto como sea posible. Los chequeos habituales para bebés, niños pequeños y adultos son importantes.

## **ANEXO E – Programas de educación médica**

### **Maryland Physicians Care - Programas de educación médica**

Maryland Physicians Care quiere que usted tenga más información sobre su salud. Si usted tiene información sobre su salud, puede hacer más para mantenerse sano.

Ofrecemos muchas clases para ayudarlo a obtener más información sobre su salud, incluyendo clases de educación para el parto. Para obtener más información sobre los Programas de educación médica disponibles para usted, use uno de los recursos siguientes:

- Boletines para miembros
- Correos especiales
- Su PCP
- Su administrador de casos
- Personal de Prevención y Bienestar (Prevention and Wellness) de Maryland Physicians Care
- Exhibiciones de Maryland Physicians Care en eventos de la comunidad

Tenemos un programa activo de prevención y bienestar. Tenemos información médica que le dice cómo mantenerse sano y prevenir ciertas enfermedades. Este programa le da información sobre los servicios de bienestar. Estos incluyen exámenes de bienestar de rutina, vacunas (inyecciones), pruebas de plomo en la sangre, exámenes dentales y otros exámenes (Papanicolaou, mamografías, etc.). Si tiene preguntas sobre estos programas, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854.

#### **¿Cómo se mantienen sanos los adultos?**

Maryland Physicians Care quiere que nuestros adultos también se mantengan sanos. Hable con su proveedor de atención primaria sobre consejos para mantenerse sano. Estos incluyen comer bien, hacer ejercicio con regularidad y hacerse revisiones de rutina. Hágase cargo de su salud.

- La tabla de recomendaciones de atención preventiva para adultos incluye servicios que puede o no puede necesitar y que pueden ayudarlo a prevenir ciertas enfermedades. Su proveedor puede ayudarlo a decidir qué servicios necesita. Estos servicios también pueden ayudar a encontrar a tiempo problemas médicos (como cáncer o presión alta), para que su proveedor pueda tratarlos tan pronto como sea posible (vea Cómo obtener la atención – F. Atención de bienestar para adultos)
- Maryland Physicians Care también apoya a los miembros con herramientas de control propio gratis en línea para temas como manejo del estrés, manejo del peso, dejar de usar tabaco, actividad física e identificar los síntomas de la depresión. Además, hay videos de ejercicios de 5 minutos en cualquier momento y en cualquier lugar, que los miembros pueden ver y seguir junto con un instructor certificado.

## ANEXO F – Procedimiento interno de quejas/apelaciones de las MCO

### Maryland Physicians Care - Procedimiento interno de quejas/apelaciones

Si tiene preguntas o un problema, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo con información sobre sus beneficios médicos y para buscar un proveedor. El representante de Servicios para Miembros también puede ayudarlo si usted tiene una queja sobre su atención médica.

Si tiene una queja, puede comunicarse con nosotros al 1-800-953-8854 o *TTY/TDD* al 1-800-735-2258.

Si el inglés no es su idioma principal, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854. Un representante de Servicios para Miembros puede conectar su llamada con nuestro servicio de traducción de idiomas.

#### Quejas formales

Si su queja es sobre algo más que no recibir un servicio, esto se llama queja formal. Ejemplos de quejas formales serían no poder encontrar un médico, problemas para hacer una cita o que alguien que trabaja en Maryland Physicians Care o en el consultorio de su médico no lo trate de manera justa.

Si su queja formal es:

- Sobre un problema médico urgente, se resolverá en un plazo de 24 horas.
- Sobre un problema médico que no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días.
- No es sobre un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días.

Si quiere una copia de nuestro procedimiento oficial para presentar quejas o si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854.

#### Apelaciones

Si su queja es por un servicio que usted o su proveedor cree que necesita, pero la MCO no cubre, puede pedirnos que revisemos su solicitud de nuevo. Esto se llama apelación.

Si quiere presentar una apelación, debe presentarla en un plazo de 60 días después de la fecha en la que recibió la carta que dice que no cubriremos el servicio que usted quiere.

Puede llamarnos para presentar su apelación o también puede enviarla por escrito. Tenemos un formulario simple que puede usar para presentar su apelación. Solo llame al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland Physicians Care al 1-800-953-8854 para pedirlo. Le enviaremos el formulario de apelación por correo o por fax y le daremos asistencia para completarlo, si la necesita.

Una vez complete el formulario, debe enviarlo por correo a:

Maryland Physicians Care MCO  
Attn: Member Appeals  
P.O. Box 893  
Portland, ME 04104

## ANEXO G – Directivas anticipadas



Randolph S. Sargent, Esq., Chairman  
Ben Steffen, Executive Director



### Hoja informativa de directivas anticipadas

Sin considerar su edad o estado médico, una crisis médica puede provocar que usted esté demasiado enfermo o lesionado para comunicar sus decisiones sobre su atención médica. Es importante pensar sobre los tipos de tratamiento que quisiera o no quisiera recibir y los posibles resultados antes de que ocurra una crisis. Inicie la conversación con su familia, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un consejero religioso.

#### PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA CON ANTELACIÓN - DISCUSIÓN

La planificación de la atención médica con antelación es una conversación continua con las personas en las que usted confía para discutir sus preferencias y decisiones personales que podría ser necesario tomar en una crisis médica, no solo la atención del final de la vida. La planificación de la atención médica con antelación exige 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 tratamiento de sostenimiento de la vida (MOLST). Una directiva anticipada no es lo mismo que un formulario MOLST; para obtener más información sobre el formulario MOLST de Maryland visite [marylandmolst.org](http://marylandmolst.org). Estas conversaciones dan a conocer sus deseos de manera que se puedan respetar en caso de que usted tenga capacidad limitada o ninguna capacidad para tomar decisiones para usted mismo. Esto alivia la carga para la familia y los seres queridos, y ayuda a prevenir conflictos sobre su atención. Identificar quién puede hablar en su nombre es importante - en Maryland, esta persona se llama agente de atención médica. Si usted no designa a un agente de atención médica, su familiar más cercano será designado según la ley para tomar decisiones por usted si usted no puede hablar por usted mismo.

#### DIRECTIVAS ANTICIPADAS - REGISTRO

Usted tiene la opción de crear una directiva anticipada, una manera útil y legal de dirigir su atención médica si usted no puede hablar por usted mismo. Usted puede designar a un agente de atención médica para que él tome decisiones en su nombre y especificar sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo usar tratamientos para el sostenimiento de la vida. Elija a alguien en quien confíe para tomar estas decisiones serias y hable con esa persona para asegurarse de que acepta la responsabilidad. Incluya su nombre e información de contacto y cualquier agente de atención médica de respaldo en sus directivas anticipadas. Hay varios formularios de directivas anticipadas disponibles con los proveedores de atención médica, organizaciones religiosas, asesores patrimoniales, abogados y otros. No hay un formulario que deba usar; usted puede personalizar sus directivas anticipadas para que se adapten a sus deseos. Asegúrese de entregar una copia de sus directivas anticipadas a su familia, proveedores de atención médica, abogado y a cualquier otra persona que deba conocer sus decisiones. *Recuerde -usted no está obligado a tener directivas anticipadas y puede revocar sus directivas anticipadas y completar una nueva en cualquier momento.*

#### DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA - COMPARTIR

Una directiva anticipada puede ser más efectiva si está disponible en un formato electrónico que sea fácilmente accesible para un proveedor de atención médica. Hable con su proveedor de atención médica sobre guardar una copia de su directiva anticipada e información sobre su agente de atención médica en su sistema de registros médicos electrónicos. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas usando el portal de pacientes de su proveedor de atención médica, un sitio web en línea seguro en el que usted puede ver su registro médico y comunicarse con su equipo de atención. También puede usar un servicio de directivas anticipadas electrónico reconocido por el estado para crear, cargar, compartir y actualizar sus directivas anticipadas y la información de su agente de atención médica; puede obtener más información sobre cómo los proveedores de atención médica implicados en su atención pueden acceder a su información en [crisphealth.org/for-patients/#advance-directives](http://crisphealth.org/for-patients/#advance-directives).

*Hay más información sobre cómo comenzar con sus directivas anticipadas, incluyendo formularios de muestra, disponible en el sitio web del fiscal general de Maryland: <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/advanceDirectives.aspx>*

[mhcc.maryland.gov](http://mhcc.maryland.gov)

diciembre de 2022

Puede encontrar el kit de herramientas de la hoja informativa de directivas anticipadas en:  
[https://mhcc.maryland.gov/mhcc/Pages/hit/hit\\_advancedirectives/hit\\_advancedirectives\\_communications\\_toolkit.aspx](https://mhcc.maryland.gov/mhcc/Pages/hit/hit_advancedirectives/hit_advancedirectives_communications_toolkit.aspx)







AGOSTO DE 2023



**1-800-953-8854**  
**MarylandPhysiciansCare.com**

MEM 08.23