



Agosto de 2023

# Programa HealthChoice de Maryland

Manual del miembro



Wellpoint



**Programa HealthChoice  
de Maryland**

**Manual del miembro**

Agosto de 2023



[wellpoint.com/md/medicaid](http://wellpoint.com/md/medicaid)

Le damos la bienvenida a Wellpoint. Esperamos poder conocer más acerca de usted y brindarle apoyo para su salud y bienestar.

Este manual del miembro le informa de qué manera funciona su plan y cómo mantener a su familia saludable. También le indica cómo puede recibir cuidado médico cuando lo necesita.

En unos días, debería recibir por correo su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint y más información sobre su plan médico. En su tarjeta de identificación dice cuándo comienza su membresía en Wellpoint. El nombre de su proveedor de atención primaria (PCP) también se encuentra en la tarjeta. Si el nombre del PCP que figura en su tarjeta no es correcto, llámenos.

Si también está cubierto por otro plan de seguro médico, igualmente lleve a sus citas su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint. No se lo dejará de atender por tener más de una tarjeta de identificación de seguro médico.

Si tiene preguntas o necesita ponerse en contacto con nosotros, puede utilizar el chat en vivo de Servicios para Miembros en [wellpoint.com/md/medicaid](http://wellpoint.com/md/medicaid). También puede llamar a Servicios para Miembros al 833-707-0867 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Cuando se ponga en contacto con nosotros, usted puede:

- Hablar con un representante de Servicios para Miembros sobre sus beneficios
- Pedir un intérprete o traductor
- Elegir o encontrar un PCP en el plan de Wellpoint
- Cambiar de PCP
- Actualizar su dirección o número de teléfono en nuestros registros
- Solicitar un manual del miembro, un directorio de proveedores o una tarjeta de identificación

Si necesita asesoramiento del personal de enfermería en cualquier momento, de día o de noche, llámenos a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 833-707-0867 (TTY 711). Nuestros enfermeros registrados están disponibles para ayudarle con sus preguntas sobre su salud.

Gracias por elegirnos como el plan médico de su familia. Al escucharlo y comprender sus necesidades médicas, nos esforzamos por ayudarle a recibir cuidado cerca de su casa.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Darrell Gray II".

Darrell Gray II, Presidente  
Wellpoint

## Declaración de accesibilidad en otros idiomas

Se encuentran disponibles servicios de interpretación sin cargo

*Hay ayuda disponible en su idioma: 800-600-4441 (TTY: 711).*

*Estos servicios están disponibles sin cargo.*

### **Español/Spanish**

Hay ayuda disponible en su idioma: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Estos servicios están disponibles gratis.

### **አማርኛ/Amharic**

እገዛ በ ቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: **800-600-4441 (TTY: 711)** :: እነዚህ አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

### **العربية /Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **800-600-4441** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**)

### **Bàsòò-wùdù-po-nyò /Bassa**

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsò ò -wùdù-po-nyò ] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀ ìn m̄ gbo kpáa. **ጃ 800-600-4441 (TTY: 711)**

### **中文/Chinese**

用您的语言为您提供帮助：**800-600-4441 (TTY: 711)**。 这些服务都是免费的

### **فارسی /Farsi**

خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید : **800-600-4441** (خط تماس افراد ناشنوا **711**)  
این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند

### **Français/French**

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : **800-600-4441 (TTY: 711)**. Ces services sont disponibles pour gratuitement.

### **ગુજરાતી/Gujarati**

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: **800-600-4441** (ટીટીવાય: (TTY: 711). સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

### **kreyòl ayisyen/Haitian Creole**

Gen èd ki disponib nan lang ou: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Sèvis sa yo disponib gratis.

### **Igbo**

Enyemaka di na asusu gi: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Ọrụ ndị a dị na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

## **한국어/Korean**

사용하시는 언어로 지원해드립니다: **800-600-4441 (TTY: 711)**. 무료로 제공 됩니다

## **Português/Portuguese**

A ajuda está disponível em seu idioma: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Estes serviços são oferecidos de graça.

## **Русский/Russian**

Помощь доступна на вашем языке: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Эти услуги предоставляются бесплатно.

## **Tagalog**

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: **800-600-4441 (TTY: 711)**. 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۔ **800-600-4441 (TTY: 711)**.

## **Tiếng Việt/Vietnamese**

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị **800-600-4441 (TTY: 711)**. Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

## **Yorùbá/Yoruba**

Ìrànlọ́wọ̀ wà ní àrọ̀wọ̀tó ní èdè rẹ: **800-600-4441 (TTY: 711)**. Awon ise yi wa fun o free.

### **Servicios de interpretación y asistencia adicional**

Se encuentran disponibles servicios de interpretación para todos los miembros de HealthChoice, independientemente de su idioma materno. Los servicios de interpretación también brindan asistencia a las personas con sordera, pérdida de audición o problemas del habla.

Para solicitar un intérprete, llame a Servicios para Miembros de la Organización de atención administrada (MCO). Las personas con sordera, pérdida de audición o problemas del habla pueden usar el servicio de retransmisión de Maryland (711). Las MCO tienen la obligación de brindar elementos auxiliares sin costo alguno cuando el miembro los solicite. Los elementos auxiliares incluyen dispositivos para escuchar, material escrito, y equipos o dispositivos modificados.

Si necesita servicios de interpretación para una cita con un proveedor, comuníquese con el consultorio del proveedor. Se recomienda notificar al proveedor antes de la cita, de modo que haya tiempo suficiente para preparar el servicio del intérprete y se eviten demoras en los servicios de cuidado médico. En algunas situaciones, la MCO puede colaborar en la prestación de los servicios de interpretación para las citas con los proveedores. Llame al Servicios para Miembros de la MCO si tiene alguna pregunta.

## Índice

<b>1. Visión general de HealthChoice.....</b>	<b>8</b>
A. Qué es Medicaid .....	8
B. Qué es HealthChoice .....	8
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid .....	9
D. Inscripción en HealthChoice/MCO.....	9
E. Proceso de inscripción de HealthChoice .....	10
F. Elegibilidad/Cancelación de la inscripción en HealthChoice .....	11
G. Actualización del estado y la información personal.....	11
<b>2. Información importante .....</b>	<b>12</b>
A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales .....	12
B. Información de contacto del Departamento de Salud Local.....	13
<b>3. Derechos y responsabilidades .....</b>	<b>14</b>
A. Como miembro de HealthChoice, tiene derecho a lo siguiente:.....	14
B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:.....	14
C. Declaración de no discriminación .....	15
D. Aviso de Prácticas de Privacidad .....	16
<b>4. Beneficios y servicios .....</b>	<b>17</b>
A. Beneficios de HealthChoice .....	17
B. Servicios de autorreferencia .....	23
C. Beneficios que no ofrecen las MCO pero sí el Estado.....	26
D. Servicios adicionales que ofrecen las MCO y NO el Estado .....	27
E. Beneficios y servicios excluidos que no cubren las MCO ni el Estado .....	28
F. Cambios de beneficios y ubicación de los servicios .....	28
<b>5. Información sobre los proveedores .....</b>	<b>29</b>
A. ¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y el cuidado especializado?.....	29
B. Cómo elegir o cambiar de proveedor .....	29
C. Baja de un proveedor .....	30
<b>6. Cómo recibir los servicios .....</b>	<b>30</b>
A. Cómo programar o cancelar una cita .....	30
B. Referencia a un especialista o a cuidado especializado .....	30
C. Cobertura fuera del área de servicio .....	32

D. Cuidado de bienestar para niños: Programa Niños Saludables - Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).....	32
E. Cuidado de bienestar para adultos.....	33
F. Administración de casos.....	35
G. Atención a miembros durante el embarazo y un año después del parto.....	35
H. Planificación familiar (control de natalidad).....	35
I. Cuidado dental.....	36
J. Cuidado de visión.....	36
K. Educación sobre salud/extensión.....	36
L. Servicios de salud conductual.....	37
<b>7. Servicios especiales .....</b>	<b>37</b>
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales .....	37
B. Programa de Administración de casos costosos y poco comunes (REM).....	41
<b>8. Administración de la utilización .....</b>	<b>41</b>
A. Necesidad médica.....	41
B. Preautorización/aprobación previa.....	42
C. Aviso de continuidad de la atención.....	43
D. Coordinación de beneficios: qué hacer si tiene otro seguro.....	45
E. Servicios fuera de la red.....	45
F. Lista de medicamentos preferidos.....	45
G. Nueva tecnología y telesalud.....	46
<b>9. Facturación .....</b>	<b>46</b>
A. Explicación de beneficios o notificación de denegación de pago.....	46
B. Qué debe hacer si recibe una factura .....	46
<b>10. Reclamos, quejas formales y apelaciones .....</b>	<b>47</b>
A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamos .....	47
B. Apelaciones.....	47
C. Cómo presentar una queja, un reclamo o una apelación .....	49
D. El proceso de quejas/apelaciones del Estado .....	49
E. Resoluciones de apelaciones revertidas.....	50
F. Cómo sugerir cambios en las políticas y procedimientos.....	50

<b>11. Cómo cambiar de MCO.....</b>	<b>51</b>
A. Norma de los 90 días.....	51
B. Una vez cada 12 meses.....	51
C. Cuando existe un motivo aprobado para cambiar de MCO .....	51
D. Cómo cambiar de MCO .....	51
<b>12. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso .....</b>	<b>52</b>
A. Tipos de fraude, desperdicio y abuso.....	52
B. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso.....	52
ANEXO A: Información de contacto de la Organización de Atención Administrada .....	53
ANEXO B: Aviso de Prácticas de Privacidad .....	54
ANEXO C: Servicios adicionales ofrecidos por Wellpoint.....	59
BENEFICIO.....	59
ANEXO D: Programas de atención prenatal/cuidado de posparto. Cuidado especial para miembros embarazadas .....	61
ANEXO E: Programas de Educación sobre salud .....	65
ANEXO F: Procedimiento interno de quejas/apelaciones de la MCO .....	66
ANEXO G: Directivas anticipadas.....	71

## Visión general de HealthChoice

### A. Qué es Medicaid

Medicaid, también llamado Asistencia médica, es un programa de seguro médico (cobertura de gastos por servicios de salud) que administra cada estado junto con el gobierno federal. Programa de Salud para Niños de Maryland (MCHP), una rama de Medicaid, presta seguro médico a niños de hasta 19 años. Medicaid brinda cobertura a:

- Familias con bajos ingresos;
- Miembros embarazadas con bajos ingresos;
- Niños con bajos ingresos; es posible que las familias con ingresos más altos deban pagar una prima (cargo mensual);
- Adultos con bajos ingresos; y
- Personas con discapacidades y con bajos ingresos.

### B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el programa de atención administrada de Medicaid de Maryland. El programa HealthChoice brinda cuidado médico a la mayoría de los participantes de Maryland Medicaid. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una Organización de Atención Administrada (MCO). Los miembros pueden elegir su MCO (también conocida como plan) además de su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un asistente médico o un enfermero especializado. El PCP supervisa y coordina su cuidado médico. Algunos receptores de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Recibirán los beneficios de cuidado médico a través del sistema de cargo por servicio de Medicaid.

Las MCO son organizaciones de cuidado médico que brindan beneficios de cuidado médico a los receptores de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales de cuidado médico incluyen lo siguiente (consulte las páginas 15 a 19 para ver la lista completa de beneficios de HealthChoice):

- Servicios médicos: servicios prestados por una persona certificada para proporcionar cuidado médico a pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Servicios hospitalarios: servicios prestados por centros autorizados a proporcionar beneficios a pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Servicios de farmacia: servicios para proporcionar medicamentos recetados y suministros médicos

Las MCO contratan a un grupo de profesionales médicos licenciados o certificados (proveedores) para prestar servicios cubiertos a sus inscritos; este grupo se denomina "red". Las MCO son responsables de brindar u organizar la gama completa de servicios médicos que cubre el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que su MCO no está obligada a cubrir, pero que cubrirá el Estado.

Los beneficios de HealthChoice se limitan a los residentes de Maryland y, en general, a los servicios que se prestan en el Estado de Maryland. Los beneficios no pueden transferirse a otros estados. En algunos casos, la MCO puede permitirle recibir servicios en un estado cercano si el proveedor se encuentra más cerca y pertenece a la red de la MCO.

## C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para seguir siendo participante de HealthChoice, debe tener Medicaid. La mayoría de las personas debe volver a inscribirse cada año. Recibirá una notificación cuando sea momento de renovarla. El Estado puede renovar automáticamente la inscripción de algunos individuos. Recibirá una notificación de los requisitos. Si deja de pertenecer a Medicaid, el Estado lo eliminará automáticamente de HealthChoice. Hay varias maneras de renovar Medicaid:

- **Maryland Health Connection**

- Individuos elegibles para inscribirse o renovar la inscripción a través de Maryland Health Connection:
  - Adultos de más de 65 años;
  - Padres o parientes de cuidadores;
  - Miembros embarazadas; y
  - Niños, incluidos los que estuvieron bajo tutela temporal.
- En línea: [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov)
- Por teléfono: **855-642-8572 (TTY: 855-642-8573)**

- **myDHR**

- Individuos elegibles para inscribirse o renovar la inscripción a través de myDHR:
  - Adultos mayores, personas ciegas o discapacitadas (ABD);
  - Niños bajo tutela temporal o justicia de menores;
  - Personas que reciban el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), y
  - Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) o Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB).
- En línea: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>

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

- Todas las personas pueden presentar una solicitud
- Para conectarse con el DSS, llame al **800-332-6347**
- Para conectarse con un LHD, consulte la página 11

## D. Inscripción en HealthChoice/MCO

Si recibió este Manual del miembro de la MCO, se ha inscrito correctamente en HealthChoice. El Estado le envió un paquete de inscripción en el que se explica cómo seleccionar una MCO. Si no eligió una MCO, el Estado le asignará una MCO de su área automáticamente. Su inscripción en HealthChoice demorará de 10 a 15 días a partir del momento en que eligió o se le asignó automáticamente la MCO.

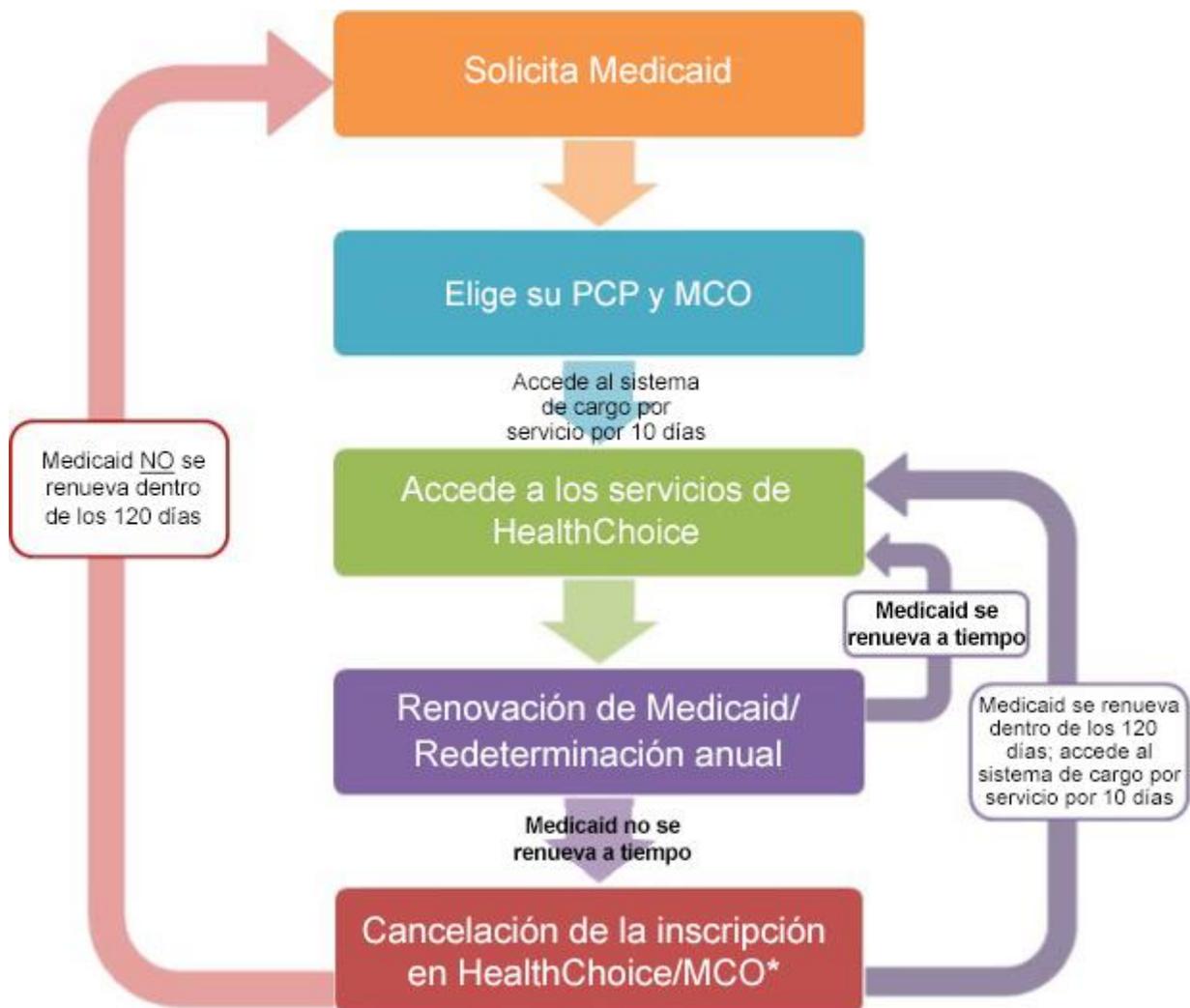
Hasta ese momento, puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid del Estado.

Ahora debe usar su tarjeta de identificación de la MCO cuando reciba servicios. Si la MCO le asignó un número diferente, su identificación de Medicaid también será la tarjeta de identificación del miembro de la MCO. El número de teléfono de Servicios para Miembros de la MCO y la Línea de ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**) se encuentran en su tarjeta. Si tiene alguna pregunta, siempre llame primero a Servicios para Miembros de la MCO. Si no recibió o si perdió la tarjeta de identificación del miembro de la MCO, llame a Servicios para Miembros de la MCO (consulte el Anexo A).

La comunicación es fundamental para garantizar la satisfacción de sus necesidades médicas. Ayude a la MCO para que le brinde mejores servicios. Si se inscribió por teléfono o en línea, tuvo que completar el formulario de Información sobre necesidades de servicios de salud. Esta información ayuda a la MCO a determinar qué tipos de servicios puede necesitar y con qué urgencia los necesita. Si no completó el formulario, intentaremos comunicarnos con usted para saber cuáles son sus necesidades.

La MCO le ayudará a recibir el cuidado y los servicios que necesite. Si mantuvo su mismo PCP, pero ya han transcurrido más de tres meses desde su última cita, llame para saber cuándo le corresponde una visita de bienestar. Si seleccionó un nuevo PCP, programe una cita ahora mismo. Es importante que conozca a su PCP. El PCP ayudará a coordinar el cuidado y los servicios. El PCP ayudará a coordinar el cuidado y los servicios. La MCO lo asistirá para recibir el cuidado y los servicios que necesite.

## E. Proceso de inscripción de HealthChoice



\*El Estado cancelará su inscripción en HealthChoice y en la MCO si Medicaid NO se renueva oportunamente.

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

Seguirá estando inscrito en el programa HealthChoice y en la MCO a menos que no realice la renovación o deje de ser elegible para Medicaid. Si se cancela su inscripción en Medicaid, el Estado cancelará automáticamente su inscripción en la MCO.

Aunque reúna los requisitos para Medicaid, hay otras situaciones por las que el Estado cancelará la cobertura de la MCO. Esto sucede cuando usted:

- Cumple 65 años, independientemente de si se inscribe en Medicare;
- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años por discapacidad;
- Permanece en un centro de enfermería más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en el centro de enfermería;
- Reúne los requisitos para recibir cuidado a largo plazo;
- Es admitido en un centro de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidades intelectuales;
- Se encuentra en prisión (un juez lo ha sentenciado a la cárcel o prisión); o
- Se muda a otro estado.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero recupera la cobertura dentro de los 120 días, el Estado lo inscribirá nuevamente en la misma MCO. Sin embargo, la nueva inscripción en la MCO tardará 10 días en entrar en vigencia. Hasta ese momento, puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid si su proveedor la acepta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su seguro; en caso contrario, deberá pagar la factura. También recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas administrados por el Estado. No son como el programa federal Medicare para adultos mayores y discapacitados. HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores de estados cercanos cuando son parte de la red de la MCO o la MCO organiza su cuidado. Aun cuando una compañía de seguros nacional administre una MCO de Maryland, la MCO solo tiene la obligación de cubrir servicios de emergencia cuando usted esté fuera del Estado.

## G. Actualización del estado y la información personal

Debe notificar al Estado (donde presentó su solicitud para Medicaid, por ejemplo, Maryland Health Connection, el Departamento de Servicios Sociales local o myDHR, el Departamento de Salud Local) si se produce algún cambio en su estado o si es necesario hacer alguna corrección. También debe mantener informada a la MCO sobre su domicilio y cómo comunicarse con usted. Notifique al Estado cuando:

- Cambie su dirección postal. **Si su dirección postal no es donde vive, también necesitamos saber dónde vive.**
- Se mude. **Recuerde que debe ser residente de Maryland.**
- Necesite cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social.
- Sus ingresos aumenten.
- Se case o divorcie.
- Tenga un bebé, adopte un niño, o reciba a un niño en adopción o bajo tutela temporal.
- Adquiera o pierda un dependiente para fines impositivos.
- Adquiera o pierda otro seguro médico.
- Cambie su estado de discapacidad.
- Se vea involucrado en un accidente o resulte herido, y otro seguro o persona pueda ser responsable.

## 2. Información importante

### A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales

Información de ayuda	Número de teléfono	Sitio web
Inscripción en <b>HealthChoice</b>	<b>855-642-8572</b> TDD (para personas con discapacidad auditiva)	marylandhealthconnection.gov
Preguntas generales sobre <b>HealthChoice</b>	<b>410-767-5800</b> (local) <b>800-492-5231</b> (resto del estado)  TDD (para personas con discapacidad auditiva) <b>800-735-2258</b>	mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx
Línea de ayuda de <b>HealthChoice:</b> por problemas y quejas sobre el acceso, el proceso de inscripción y la calidad del cuidado médico.	<b>800-284-4510</b>	
Miembros embarazadas y planificación familiar	<b>800-456-8900</b>	
Programa Niños Saludables (Healthy Kids), EPSDT	<b>410-767-1903</b>	<a href="http://mmcp.health.maryland.gov/E_PSDT/Pages/Home.aspx">mmcp.health.maryland.gov/E_PSDT/Pages/Home.aspx</a>
Programa Dental Sonrisas Saludables (Healthy Smiles)	<b>855-934-9812</b>	health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx
Programa de Administración de casos costosos y poco comunes (REM): por preguntas sobre referencias, elegibilidad, reclamos, servicios	<b>800-565-8190</b>	health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx
Salud mental y trastornos por el uso de sustancias: por referencias, información sobre proveedores, reclamos, preautorización	<b>800-888-1965</b>	health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx
Centro de Apoyo al Consumidor de Maryland Health Connection	<b>855-642-8572</b>  TDD (para personas con discapacidad auditiva)  <b>855-642-8573</b>	marylandhealthconnection.gov

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

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad Administrativa de Coordinación de 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="https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health">https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health</a>
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	<a href="http://kenthd.org/">http://kenthd.org/</a>
Montgomery	311 o bien 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://somensethealth.org/">http://somensethealth.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	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, tiene derecho a lo siguiente:**

- Recibir cuidado médico y servicios que sean aceptables desde el punto de vista cultural y que no discriminen.
- Ser tratado con respeto para su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluida la información sobre opciones y alternativas de tratamiento, y tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios, de una manera que pueda entender.
- Participar en la toma de decisiones sobre el cuidado médico, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que se utilice como método de coacción, sanción, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y solicitar que se enmiende o corrija según sea posible.
- Solicitar de forma gratuita las copias de todos los documentos, registros y otros datos que se hayan utilizado en una determinación adversa de beneficios.
- Ejercer sus derechos sin afectar de manera adversa en el trato que reciba de las organizaciones de atención administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland.
- Presentar reclamos y apelaciones ante una organización de atención administrada.
- Presentar apelaciones y reclamos y solicitar audiencias imparciales estatales ante el Estado.
- Solicitar la continuidad de los beneficios actuales durante una apelación o audiencia imparcial estatal; sin embargo, es posible que deba pagar por la continuidad de los beneficios si la decisión se ratifica en la apelación o audiencia. Recibir una segunda opinión de otro médico en la misma MCO, o de un proveedor que no forme parte de la red si el proveedor no está disponible en la MCO, cuando no esté de acuerdo con la opinión de su médico sobre los servicios que necesita. Comuníquese con su MCO para recibir ayuda sobre este tema.
- Recibir información adicional sobre la administración de su organización de atención administrada, incluso la estructura y el funcionamiento de la MCO además de los planes de incentivo para médicos. Puede llamar a su MCO para solicitar esta información.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

#### **B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:**

- Informarle a su proveedor y a la MCO si tiene alguna otra cobertura de seguro médico.
- Tratar con respeto y dignidad al personal de HealthChoice, al personal de la MCO y al personal y los proveedores de cuidados médicos.
- Llegar a tiempo a las citas y avisarles a los proveedores cuando necesite cancelar una cita tan pronto como sea posible.

- Mostrar su tarjeta de membresía cuando asista a una cita. Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de Medicaid o de la MCO. Denunciar a la MCO las tarjetas de identificación del miembro que haya perdido o que le hayan robado.
- Llamar a su MCO cuando tenga un problema o queja.
- Colaborar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de cuidado con el que ambos estén de acuerdo.
- Hacer preguntas sobre su cuidado médico y avisarle al proveedor si hay algo que no entiende.
- Entender sus problemas de salud y colaborar con su proveedor para definir los objetivos de tratamiento acordados que seguirá.
- Actualizar el Estado si su estado ha cambiado.
- Proporcionar a la MCO y a sus proveedores información precisa relacionada con la salud para que puedan brindarle un cuidado médico adecuado. Usar el departamento de emergencias solo para servicios de emergencia. Avisar a su PCP lo antes posible luego de recibir atención de emergencia.
- Informar a sus cuidadores sobre cualquier cambio en su directiva anticipada.

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

Todas las MCO de HealthChoice deben respetar la política de no discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado un procedimiento de reclamos interno para resolver de forma oportuna y equitativa las quejas por comportamientos prohibidos conforme al Artículo 1557 de la Ley del cuidado médico a Bajo Precio (ACA) (42 U.S.C. 18116) y sus normas de implementación en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 92, dispuestas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El Artículo 1557 prohíbe actos discriminatorios por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud. Podrá consultar el Artículo 1557 y sus normas de implementación en la oficina del coordinador de no discriminación de la MCO que se haya designado para coordinar las iniciativas de cada MCO para cumplir con el Artículo 1557.

Si una persona considera que alguien sufrió actos discriminatorios por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar un reclamo utilizando este procedimiento. Es ilegal que una MCO tome represalias contra personas que se opongan a la discriminación, presenten reclamos formales o participen en la investigación de un reclamo.

Procedimiento:

- La persona que tome conocimiento del acto discriminatorio debe presentar el reclamo ante el coordinador del Artículo 1557 dentro de los 60 días de haberse enterado del supuesto acto.
- Una queja debe ser por escrito, y debe contener el nombre y la dirección de la persona que lo presenta. La queja debe describir el problema o la acción considerada discriminatoria, y la solución o asistencia esperada.

- El coordinador del Artículo 1557 (o la persona a quien éste designe) deberá investigar la queja. La investigación será informal, pero rigurosa, y debe permitir que todas las partes involucradas tengan la oportunidad de presentar evidencia pertinente a la queja. Los coordinadores del Artículo 1557 conservarán los archivos y registros relacionados con el reclamo. En la medida que sea posible y de acuerdo con las leyes pertinentes, los coordinadores del Artículo 1557 tomarán los resguardos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y registros relacionados con los reclamos. Solo compartirán estos documentos con las personas que deban tener acceso a la información.
- De acuerdo con la preponderancia de la evidencia, los coordinadores del Artículo 1557 elaborarán una decisión por escrito sobre el reclamo dentro de los 30 días posteriores a la presentación del reclamo. La decisión incluirá un aviso donde se le informe al querellante que tiene derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de reclamos no reemplaza el derecho de una persona de buscar otras soluciones legales o administrativas, como la presentación de una queja por discriminación debido a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en la corte o en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Se puede presentar una queja por discriminación de forma electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. También es posible hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Número gratuito: **800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)**

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estas quejas se deben presentar dentro de los 180 días posteriores a la fecha del supuesto acto discriminatorio.

Las MCO tomarán medidas adecuadas para garantizar que los individuos con discapacidades y aquellos con limitados conocimientos de inglés reciban asistencia y servicios adicionales, o servicios de asistencia en otros idiomas, respectivamente, si necesitan participar en este proceso de reclamos. Estas son algunas de las medidas que se pueden tomar: proporcionar intérpretes calificados, proporcionar casetes de material para personas con problemas de vista o garantizar sitios sin barreras para los procesos. Los coordinadores del Artículo 1557 serán responsables de las medidas.

## **D. Aviso de Prácticas de Privacidad**

Según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA), las MCO y los proveedores deben informar sus prácticas de privacidad a los miembros. En el Aviso de Prácticas de Privacidad, se informa a los miembros sobre sus derechos con respecto a la privacidad y al acceso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). Algunos ejemplos de PHI son las historias clínicas, las reclamaciones y facturaciones médicas, y los registros de planes médicos. Si considera que no respetaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante su proveedor, su MCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Para presentar una queja, consulte la siguiente información:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor
- MCO: llame a Servicios para Miembros de la MCO
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
  - En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
  - Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
  - Por correo:
    - 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

**Para ver el Aviso de Prácticas de Privacidad de la MCO, consulte el Anexo B.**

## 4. Beneficios y servicios

### A. Beneficios de HealthChoice

En la tabla a continuación se indican los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Estudie la tabla con atención ya que algunos beneficios tienen restricciones, como límites, edad necesaria o condición existente. Salvo por copagos de farmacia (cargo que paga el miembro por un servicio médico), nunca debe pagar por estos servicios médicos. Su PCP le ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten correctamente a sus necesidades médicas. Recibirá la mayoría de estos beneficios a través de proveedores que participen en la red de la MCO (proveedor participante). También es posible que necesite una referencia para acceder a ellos. Hay algunos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no participen en la red de la MCO (proveedor no participante) y no necesiten una referencia. Estos servicios se llaman servicio de autorreferencia.

**Las MCO pueden renunciar a los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes de la vista con mayor frecuencia (consulte el Anexo C).** Estos beneficios se llaman beneficios opcionales y pueden variar de un año al otro. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de la MCO.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Servicios de atención primaria</b>	Son todos los servicios de salud básicos que necesita para satisfacer sus necesidades generales de salud. Por lo general, los proporciona su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada o un asistente médico.	Todos los miembros.	

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para niños</b>	Frecuentes chequeos de niño sano, vacunación (vacunas), exámenes de desarrollo y consejos sobre bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo necesario para cuidar de niños enfermos y evitar que enfermen niños sanos.	Menores de 21 años.	
<b>Servicios relacionados con el embarazo</b>	Cuidado médico durante el embarazo y después del parto, como hospitalizaciones, apoyo de una doula y visitas a domicilio después del parto si es necesario.	Miembros embarazadas, y durante un año después del parto.	
<b>Planificación familiar</b>	Visitas al consultorio sobre planificación familiar, análisis de laboratorio, pastillas anticonceptivas (como condones de látex y anticonceptivos de emergencia disponibles en farmacia sin receta médica), y esterilizaciones permanentes.	Todos los miembros.	
<b>Servicios primarios de salud mental</b>	Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental que proporciona su PCP u otro proveedor de la MCO. Si necesita otros servicios de salud mental, su PCP lo referirá, o usted puede llamar, al Sistema Público de Salud Conductual al <b>800-888-1965</b> para solicitar servicios de salud mental especializados.	Todos los miembros.	La MCO no ofrece servicios de salud mental especializados. Si requiere tratamiento por problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo referirá al Sistema Público de Salud Conductual. También puede llamar a este sistema al: <b>800-888-1965.</b>
<b>Servicios dentales</b>	El Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland cubre una amplia variedad de servicios dentales que incluyen chequeos regulares, limpieza dental, tratamientos de flúor, radiografías, empastes, tratamientos de conducto, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, reemplazar una identificación de miembro, solicitar un manual o para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros de Sonrisas Saludables de Maryland al <b>855-934-9812.</b>	Todos los miembros.	

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Cobertura de medicamentos recetados (servicios de farmacia)</b>	Esta cobertura incluye medicamentos recetados (medicamentos dispensados solo con receta de un profesional autorizado que receta), insulina, agujas y jeringas, pastillas y dispositivos anticonceptivos, aspirinas recubiertas para artritis, pastillas de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener condones de látex y anticonceptivos de emergencia en la farmacia sin receta médica.	Todos los miembros.  No se aplican copagos para los menores de 21 años, las miembros embarazadas, o las personas en un centro de enfermería u hospicio, ni para el control de natalidad.	
<b>Servicios de especialistas</b>	Son servicios de cuidado médico proporcionados por médicos, enfermeros de práctica avanzada o asistentes médicos especialmente capacitados. Antes de ver a un especialista, es posible que necesite una referencia de su PCP.	Todos los miembros.	
<b>Servicios de laboratorio y diagnóstico</b>	Son análisis de laboratorio y radiografías que ayudan a encontrar la causa de una enfermedad.	Todos los miembros.	
<b>Cuidado médico en el hogar</b>	Son servicios médicos que recibe en su hogar. Incluyen atención de enfermeros y asistentes de cuidado médico en el hogar.	Personas que requieran cuidado especializado de enfermería (atención provista por un enfermero registrado o bajo su supervisión) en el hogar; por lo general, después de una hospitalización.	Ningún servicio de cuidado personal (ayuda con actividades de la vida cotidiana)

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Administración de casos</b>	Es posible que asignen a un administrador de casos para ayudarle a planificar y recibir servicios médicos. El administrador de casos también realiza un seguimiento de los servicios necesarios y de los servicios recibidos. Debe comunicarse con el administrador de casos para que la administración de su caso sea eficaz.	(1) Niños con necesidades médicas especiales; (2) Miembros embarazadas y durante el posparto; (3) Personas con VIH/SIDA; (4) Personas sin hogar; (5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo; (6) Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado; (7) Administración de casos provisto por la MCO para otros miembros, según sea necesario	
<b>Cuidado de la diabetes</b>	Servicios especiales, equipo médico y suministros para miembros con diabetes.	Miembros con diabetes diagnosticada.	
<b>Programa de prevención de la diabetes</b>	Un programa para prevenir la diabetes en miembros que se encuentran en riesgo de padecerla.	Miembros de 18 a 64 años que tienen sobrepeso y nivel de glucosa en sangre elevado, o antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si le diagnosticaron diabetes previamente o si está embarazada.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Podología</b>	Cuidado de los pies cuando sea médicamente necesario.	Todos los miembros.	Servicios de atención de rutina de los pies, a menos que sea menor de 21 años, o tenga diabetes o enfermedad vascular con problemas en las extremidades inferiores
<b>Cuidado de visión</b>	<p><b>Exámenes de la vista</b>  <u>Menor de 21 años:</u> un examen por año. <u>21 años o más:</u> un examen cada dos años</p> <p><b>Anteojos</b>  Solo para menores de 21 años  Lentes de contacto si existe un motivo médico por el que los anteojos no funcionarán</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 salvo que se pierdan, los roben, se rompan o se necesite una receta nueva.
<b>Oxígeno y equipos respiratorios</b>	Tratamiento para problemas respiratorios	Todos los miembros.	
<b>Cuidado de pacientes hospitalizados</b>	Servicios y cuidado recibidos durante hospitalizaciones con admisión programada y no programada.	Todos los miembros autorizados o en caso de una emergencia.	
<b>Cuidado ambulatorio en hospital</b>	Servicios y cuidado recibidos en un hospital para pacientes ambulatorios que no requieran admisión como paciente hospitalizado. Se incluyen servicios de diagnóstico y laboratorio, visitas a un médico y procedimientos ambulatorios autorizados.	Todos los miembros.	Las MCO no están obligadas a cubrir servicios de observación hospitalaria de más de 24 horas.
<b>Atención de emergencia</b>	Servicios y cuidado recibidos en un centro de emergencia hospitalario para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia.	Todos los miembros.	

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO NO INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Atención de urgencia</b>	Servicios y cuidado recibidos en un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una necesidad médica de urgencia.	Todos los miembros.	
<b>Servicios para enfermos terminales</b>	Servicios en el hogar o para pacientes hospitalizados diseñados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de enfermos terminales.	Todos los miembros.	
<b>Centro de enfermería/hospital de enfermedades crónicas</b>	Cuidado especializado de enfermería o de rehabilitación por hasta 90 días.	Todos los miembros.	
<b>Servicios/dispositivos de rehabilitación</b>	Servicios/dispositivos ambulatorios que ayuden al miembro a realizar actividades de la vida cotidiana. Los servicios incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Miembros de 21 años en adelante. Los miembros menores de 21 años son elegibles si reciben EPSDT (consulte la Sección 6 E).	
<b>Servicios/dispositivos de habilitación</b>	Servicios/dispositivos que ayuden al miembro a realizar actividades de la vida cotidiana. Los servicios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Miembros que reúnan las condiciones. Los beneficios pueden ser limitados.	
<b>Audiología</b>	Evaluación y tratamiento de la pérdida de la audición.	Todos los miembros.	Los miembros de más de 21 años deben cumplir con determinados criterios para obtener dispositivos auditivos.
<b>Sangre y productos sanguíneos</b>	Sangre utilizada en una operación y más.	Todos los miembros.	
<b>Diálisis</b>	Tratamiento para enfermedad renal.	Todos los miembros.	

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	QUÉ SERVICIO <u>NO</u> INCLUYE ESTE BENEFICIO
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos desechables (DMS)</b>	El DME (se puede usar varias veces) incluye artículos como muletas, andadores y sillas de ruedas. Los DMS (no se pueden usar varias veces) son equipos y suministros que no tienen uso práctico si no existen enfermedades, lesiones, discapacidades o condiciones médicas. Los DMS son artículos tales como suministros para punciones en el dedo, vendajes para heridas y productos para la incontinencia.	Todos los miembros.	
<b>Trasplantes</b>	Trasplantes médicamente necesarios.	Todos los miembros.	Ningún trasplante experimental.
<b>Ensayos clínicos</b>	Costos que deben pagar los miembros para realizarse estudios que evalúan la eficacia de tratamientos o medicamentos nuevos.	Miembro con una condición mortal, cuando esté autorizado.	
<b>Cirugía estética y reconstructiva</b>	Cirugía para corregir deformidades por enfermedad, trauma, anomalías congénitas o del desarrollo, o para restaurar funciones fisiológicas.	Todos los miembros.	Cirugía cosmética para verse mejor.

## B. Servicios de autorreferencia

Por lo general, debe acudir a su PCP para la mayoría de los servicios de cuidado médico. O bien, su PCP debe enviarlo a un especialista de la misma MCO. Para algunos tipos de servicios, puede elegir un proveedor local que no participe en su MCO. La MCO pagará al proveedor no participante por los servicios si este accede a verlo y acepta el pago de la MCO. Estos tipos de servicios se llaman “servicios de autorreferencia”. La MCO también pagará por los análisis de laboratorio y medicamentos recibidos en el mismo lugar donde ocurrió la visita de autorreferencia. Los siguientes son servicios de autorreferencia:

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazo, en ciertos casos, y centros de maternidad
- Chequeo médico de recién nacido
- Centro de salud basados en la escuela
- Evaluación para colocación en tutela temporal
- Algunos especialistas para niños
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal
- Pruebas de laboratorio para detectar infección de COVID-19

### **Servicios de emergencia**

Una emergencia es una condición médica repentina y grave que representa un riesgo para su salud si no recibe atención de forma inmediata. No necesita preautorización ni una referencia de su médico para recibir estos servicios. Los servicios de emergencia son servicios de cuidado médico provistos en un centro hospitalario de emergencias debido a una condición médica de emergencia. Después de recibir tratamiento o ser estabilizado tras una condición médica de emergencia, es posible que requiera servicios adicionales para asegurarse de que la condición médica de emergencia no se repita. Estos servicios se llaman servicios posteriores a la estabilización.

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

Si lo desea, puede visitar un proveedor fuera de su MCO para los servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios tales como dispositivos o suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y visitas al consultorio que sean médicamente necesarios. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio de autorreferencia. Si requiere una esterilización voluntaria, necesitará preautorización de su PCP y deberá usar un proveedor participante de la red de la MCO.

### **Servicios durante el embarazo**

Si estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visto a un proveedor no participante para, al menos, un chequeo prenatal completo, puede elegir seguir viendo a dicho proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y un año después del parto para controles de seguimiento, siempre y cuando el proveedor no participante acepte seguir proporcionándole atención.

El apoyo de una doula está disponible para las consultas prenatales, el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, y las visitas posparto. También tiene acceso a los servicios de consulta a domicilio. Estos servicios de visita a domicilio proporcionan atención a las miembros durante el embarazo y el parto, además de apoyo para padres y niños durante el periodo de posparto y hasta los dos o tres años. Los servicios de visita a domicilio incluyen visitas prenatales, después del parto y para el bebé. El apoyo basado en grupos de CenteringPregnancy también está disponible para ofrecer educación y apoyo con miembros cuya fecha de parto es similar a la suya.

### **Centros de maternidad**

Servicios provistos en un centro de maternidad, incluso en centros de estados limítrofes (un estado vecino de Maryland).

### **Primer chequeo del bebé antes de dejar el hospital**

Es recomendable elegir el proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de la MCO que haya elegido u otro proveedor perteneciente a la red de la MCO no atienden a su bebé para realizar un chequeo antes de que esté listo para dejar el hospital, la MCO pagará los servicios de un proveedor externo para que realice el chequeo en el hospital.

### **Servicios en centros de salud basados en la escuela**

Los niños que asisten a escuelas con centros de salud disponen de varios servicios que pueden recibir allí. De todos modos, se le asignará un PCP a su hijo. Los servicios incluyen:

- Visitas al consultorio y tratamiento para enfermedades físicas agudas o urgentes, además de los medicamentos necesarios;
- Visitas de control de seguimiento en EPSDT cuando sea necesario; y
- Servicios de autorreferencia para planificación familiar.

### **Chequeos para niños que ingresarán a custodia estatal**

Los niños que ingresen a tutela temporal o cuidado familiar deben recibir un chequeo dentro de los 30 días. El padre de acogida puede elegir un proveedor que considere adecuado para la visita de autorreferencia.

### **Algunos proveedores para niños con necesidades médicas especiales**

En algunos casos, los niños con necesidades médicas especiales pueden autorreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedores no participantes). El objetivo de la autorreferencia para niños con necesidades especiales es garantizar la continuidad de la atención y asegurar que se implementen los planes de cuidado adecuados. La autorreferencia de niños con necesidades médicas especiales dependerá de si la condición que constituye la base de las necesidades médicas especiales del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Solo se podrá acceder fuera de la red a los servicios médicos directamente relacionados con la condición médica del niño con necesidades especiales si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- **Miembro nuevo:** Los niños que recibían estos servicios como parte de un plan de cuidado en curso cuando se inscribieron por primera vez pueden continuar recibiendo estos servicios especiales siempre y cuando el proveedor no participante utilizado envíe el plan de cuidado para que se analice y apruebe dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción del niño. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- **Miembro existente:** Los niños que ya estaban inscritos en una MCO cuando se les diagnosticaron necesidades especiales de cuidado médico y requieran un plan de atención con tipos de servicios específicos pueden solicitar la atención de un proveedor no participante específico. La MCO debe aceptar la solicitud a menos que cuente con un proveedor especialista local que forme parte de la red, tenga la misma capacitación profesional y los mismos conocimientos, esté disponible de forma razonable y provea los mismos servicios.

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

Si tiene VIH/SIDA, puede recibir una visita anual para el servicio de evaluación de diagnóstico (DES). El DES consta de una evaluación médica y psicológica. Debe elegir el proveedor de DES de una lista de centros aprobados, pero no es necesario que forme parte de la MCO. La MCO es responsable de asistirlo en este servicio. El Estado, no su MCO, pagará los análisis de sangre relacionados con el VIH/SIDA.

## **Diálisis renal**

Si tiene una enfermedad renal y debe eliminar las impurezas de su sangre con frecuencia, puede elegir su proveedor de diálisis renal. Puede elegir un proveedor de diálisis renal que participe en la MCO o uno que no lo haga. Las personas que requieran este servicio pueden calificar para el Programa de Administración de casos costosos y poco comunes (REM).

Si la MCO rechaza, disminuye o cancela los servicios, puede presentar una apelación.

## **C. Beneficios que no ofrecen las MCO pero sí el Estado**

La MCO no cubre los beneficios de la tabla a continuación. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del Estado con su tarjeta roja y blanca de Medicaid o su tarjeta para cuidado dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**).

<b>BENEFICIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Servicios dentales</b>	Se ofrecen servicios de odontología general, incluidos tratamientos regulares y de emergencia. El Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland, administrado por SKYGEN USA, proporciona los servicios dentales. Si califica para el programa de servicios dentales, SKYGEN USA le ofrecerá información y una tarjeta para cuidado dental. Si no recibió su tarjeta de identificación para cuidado dental o tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame al Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland al <b>855-934-9812</b> .
<b>Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla para niños menores de 21 años</b>	El Estado paga estos servicios si son médicamente necesarios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la línea directa del Estado al <b>800-492-5231</b> .
<b>Dispositivos amplificadores de voz</b>	Equipos que ayudan a comunicarse a las personas con trastornos del habla.
<b>Salud conductual</b>	Los servicios por abuso de sustancias y los servicios especiales de salud mental se prestan a través del Sistema Público de Salud Conductual. Para comunicarse con ellos, llame al <b>800-888-1965</b> .
<b>Servicios en centros de cuidados intermedios (ICF) - Servicios para el retardo mental (MR)</b>	Tratamientos en centros de cuidados médicos para personas con discapacidad intelectual que necesiten este nivel de cuidados.
<b>Servicios de cuidado personal especializado</b>	Ayuda profesional en actividades de la vida cotidiana.
<b>Servicios de cuidado médico diurno</b>	El objetivo es ayudar a mejorar las capacidades para el funcionamiento en la vida cotidiana en un centro certificado por el Estado o por el departamento de salud local, donde se incluyan servicios médicos y sociales.
<b>Servicios de un centro de enfermería y cuidado a largo plazo</b>	La MCO no cubre servicios en hogares de ancianos, hospitales de rehabilitación crónica y hospitales de enfermedades crónicas tras los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, no será inscrito nuevamente en la MCO. Si este es el caso, deberá solicitar Medicaid según las normas de cobertura para el cuidado a largo plazo. Si todavía cumple con los requisitos del Estado después de cancelada su inscripción en la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días, el Estado será responsable.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
<b>VIH/SIDA</b>	El Estado paga algunos servicios de diagnóstico de VIH/SIDA (pruebas de carga viral, de genotipo, de fenotipo u otras pruebas de resistencia al VIH/SIDA).
<b>Servicios de aborto</b>	<p>El Estado cubrirá este procedimiento médico destinado a interrumpir ciertos tipos de embarazos en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando la paciente sufrirá graves problemas de salud físicos y mentales, o morirá, si nace el bebé;</li> <li>○ Cuando el embarazo sea producto de una violación o de incesto, y haya una denuncia por el delito; o</li> <li>○ Cuando se considere que el bebé nacerá con problemas de salud graves.</li> </ul> <p>Las miembros que puedan acceder a HealthChoice solo por su estado de embarazo no califican para los servicios de aborto.</p>
<b>Servicios de transporte</b>	<p><b>Transporte médico de emergencia:</b> Servicios médicos durante el traslado de un miembro a un centro médico en respuesta a una llamada al 911. Este servicio está a cargo del cuerpo de bomberos local. Si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911.</p> <p><b>Transporte médico que no sea de emergencia:</b> Las MCO no tienen obligación de ofrecer transporte para las visitas médicas que no sean de emergencia. Excepción: cuando lo envíen a un condado lejano para recibir un tratamiento no disponible en un condado cercano.</p> <p>Es posible que algunas MCO proporcionen servicios de transporte, como boletos de autobús, servicios de transporte y taxis para asistir a citas médicas. Comuníquese con su MCO para conocer si ofrecen servicios de transporte.</p> <p>Los departamentos locales de salud (LHD) ofrecen transporte médico que no sea de emergencia a los individuos calificados. Los transportes provistos son solo para servicios cubiertos por Medicaid. El transporte que brinda el LHD es para las personas que no tengan otro medio para asistir a una cita médica. Si elige una MCO fuera de su área de servicio, ni los LHD ni las MCO están obligados a proporcionar servicios de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Para obtener más información sobre los transportes de su departamento de salud local, llame al programa de transportes de dicho departamento.</p>

### **D. Servicios adicionales que ofrecen las MCO y NO el Estado**

Al comienzo de cada año, las MCO deben comunicarle al Estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también reciben el nombre de beneficios opcionales. Esto significa que las MCO no están obligadas a proporcionar dichos servicios y el Estado no los cubre. Si la MCO modifica sus servicios adicionales, recibirá una notificación por escrito. Sin embargo, la modificación o cancelación de servicios adicionales no es una razón justificada para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar de una MCO a otra. Es posible que algunas MCO proporcionen transportes a servicios opcionales. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones que provee su MCO, consulte el Anexo C o llame a Servicios para Miembros de la MCO.

## **E. Beneficios y servicios excluidos que no cubren las MCO ni el Estado**

A continuación, se describen los beneficios y servicios que las MCO y el Estado no están obligados a cubrir (servicios excluidos). El Estado requiere que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Es posible que las MCO cubran algunos de estos servicios, como atención dental para adultos. Para conocer los beneficios y servicios opcionales de una MCO, consulte el Anexo C o llame a Servicios para Miembros de la MCO.

### **Beneficios y servicios NO cubiertos:**

- Servicios de ortodoncia para personas de 21 años o más, o niños sin problemas graves que les causen dificultades para hablar o comer;
- Medicamentos sin receta (excepto aspirinas cubiertas para artritis, insulina, pastillas de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años);
- Atención de rutina de los pies para adultos de 21 años o más que no tengan diabetes ni problemas vasculares;
- Zapatos y soportes especiales (ortopédicos) para personas que no tengan diabetes ni problemas vasculares;
- Vacunas para viajar afuera del área continental de los Estados Unidos o cuidado médico fuera de los Estados Unidos;
- Dietas y programas de ejercicio para perder peso;
- Cirugía cosmética para verse mejor, pero que no sea por motivos de salud;
- Servicios para tratamiento de fertilidad, incluidos los servicios para revertir la esterilización voluntaria;
- Habitación privada en el hospital sin motivos médicos, como una enfermedad contagiosa;
- Enfermería privada para personas de 21 años o más;
- Autopsias;
- Todo lo que sea experimental, salvo que forme parte de un ensayo clínico aprobado; o
- Cualquier necesidad que no sea médicamente necesaria.

## **F. Cambios de beneficios y ubicación de los servicios**

### **Cambio de beneficios**

A veces, es posible que se rechacen, reduzcan o cancelen los beneficios y servicios de HealthChoice porque ya no son médicamente necesarios. Esto se denomina determinación adversa de beneficios. Si esto ocurre, recibirá una carta por correo antes de cualquier cambio en los beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, podrá presentar una queja.

### **Pérdida de beneficios**

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. Si no presenta la documentación de redeterminación necesaria para acceder a Medicaid o no cumple con los criterios de elegibilidad a Medicaid, es probable que se cancele su inscripción en HealthChoice. Si no es elegible para acceder a Medicaid, el Estado cancelará su inscripción a la MCO y perderá los beneficios de HealthChoice. Si vuelve a ser elegible dentro de los 120 días, lo inscribirán automáticamente a la misma MCO.

## **Cambios de ubicación del cuidado médico**

Cuando su proveedor de cuidados médicos cambie de dirección, recibirá una notificación por escrito. Si se trata de un PCP y la nueva ubicación es demasiado lejos de su hogar, puede llamar a Servicios para Miembros de la MCO para cambiar a un PCP que trabaje en su área.

## **5. Información sobre los proveedores**

### **A. ¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y el cuidado especializado?**

Su PCP es el principal coordinador para el cuidado de su salud y le ayuda a administrar sus necesidades y servicios médicos. Visite a su PCP para chequeos de rutina, recomendaciones médicas, vacunas y referencias a especialistas cuando sea necesario. El PCP puede ser un médico, un enfermero especializado o un asistente médico. Por lo general, trabaja en el área de medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría.

Cuando requiera un servicio que su PCP no brinda, lo enviarán a un especialista. El especialista es un médico, un enfermero especializado o un asistente médico con capacitación adicional que le permite focalizarse en prestar servicios en un área específica del cuidado médico. La atención que recibe de un especialista se llama cuidado especializado. Para recibir este tipo de cuidado, es posible que necesite una referencia de su PCP. Algunos servicios de cuidado especializado no requieren una referencia; estos servicios se denominan servicios de autorreferencia. Si es mujer y su PCP no es una especialista del sexo femenino, tiene derecho a ver a una especialista mujer que pertenezca a la red de su MCO sin una referencia.

No se sancionará a sus proveedores por asesorarlo o defender sus derechos en su nombre.

### **B. Cómo elegir o cambiar de proveedor**

Cuando se inscribe en una MCO, debe seleccionar un PCP que forme parte de la red de la MCO. Si no tiene un PCP o necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros de la MCO. Si no elige un PCP, la MCO lo hará por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede llamar a Servicios para Miembros de la MCO para cambiarlo en cualquier momento. Le ayudarán a cambiar de PCP y le informarán cuándo podrá empezar a ver a su nuevo PCP.

Si otras personas de su hogar son miembros de HealthChoice, también deberán elegir un PCP. Los miembros de HealthChoice de un mismo hogar pueden elegir al mismo PCP, o cada miembro puede elegir un PCP distinto. Se recomienda que los miembros de HealthChoice menores de 21 años elijan un proveedor de servicios de Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Los proveedores de EPSDT cuentan con capacitación y certificación para identificar y tratar problemas de salud antes de que aumenten su complejidad y costos. Los Servicios para Miembros de la MCO podrán informarle acerca de los proveedores con certificación en EPSDT.

Si desea conocer la lista de proveedores participantes en una MCO, encontrará directorios de proveedores disponibles en el sitio web de la MCO. Esta es una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros prestadores que participan en la red de Wellpoint. Usted puede obtener todo su cuidado médico de estos proveedores. El directorio de proveedores incluye las direcciones, los números de teléfono y las especializaciones de los médicos. Puede consultar nuestro directorio de proveedores en [wellpoint.com/md/medicaid](http://wellpoint.com/md/medicaid). Seleccione Encontrar un médico (Find a Doctor). Si desea recibir una copia impresa del directorio de proveedores por correo, comuníquese con Servicios para Miembros de la MCO llamando **al 833-707-0867 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

## C. Baja de un proveedor

Muchas veces, un PCP o proveedor deja de trabajar o finaliza el contrato con una MCO. Usted recibirá una notificación por escrito o una llamada telefónica de la MCO.

- Si la MCO deja de trabajar con su PCP, se le solicitará que elija uno nuevo y es posible que pueda cambiar de MCO si dicho PCP participa en otra MCO.
- Si su PCP da por finalizado el contrato con la MCO, deberá elegir uno nuevo dentro de la MCO.
- Si no lo hace, la MCO actual lo hará por usted. Después de elegir un PCP, recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación de la MCO con la información actualizada del PCP.

## 6. Cómo recibir los servicios

### A. Cómo programar o cancelar una cita

**Para programar una cita** con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. El nombre y el número de teléfono de su PCP figuran en el frente de la tarjeta de identificación que le envió la MCO. También puede llamar a Servicios para Miembros de la MCO, donde le informarán el nombre y número de teléfono de su PCP o de otro proveedor. Para asegurarse de que el personal del consultorio del proveedor tenga lista su historia clínica y el proveedor esté disponible, programe una cita antes de acudir al consultorio. Cuando programe una cita, haga lo siguiente:

- Proporcione su información al personal;
- Explique el motivo de su llamado; y
- Avísele al personal si considera que necesita atención inmediata.

Esta información puede ayudar a determinar cuándo deben verlo.

El día de la cita, sea puntual. De esta forma, el proveedor podrá dedicarle el mayor tiempo posible y evitará grandes demoras. Para todas las citas, lleve lo siguiente:

- La tarjeta de Medicaid
- La tarjeta de identificación de la MCO
- Una identificación con foto

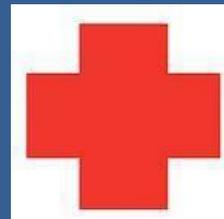
**Para cancelar una cita** con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor apenas sepa que no puede asistir a la cita. De esta forma, el proveedor podrá ver a otras personas. Reprograme la cita apenas sea posible para no demorar sus necesidades médicas.

### B. Referencia a un especialista o a cuidado especializado

Su PCP supervisa su cuidado. Si su PCP considera que necesita cuidado especializado, lo enviará a un especialista. Dependiendo de su MCO, es posible que necesite una referencia de su PCP antes de programar una cita con el especialista. Llame a Servicios para Miembros de la MCO para conocer sus requisitos de referencias.

### C. Atención fuera del horario normal, atención de urgencia y atención en la sala de emergencia

**Sepa a dónde ir:** Según sus necesidades de salud, es importante elegir el lugar correcto en el momento adecuado. A continuación, encontrará una guía que le ayudará a elegir el lugar adecuado según sus necesidades de salud.



### Consultorio del médico

- Chequeos
- Exámenes médicos de diagnóstico
- Problemas que le preocupen
- Tos/resfriado
- Fiebre
- Dolor persistente
- Pérdida de peso injustificada

### Centro de atención de urgencia

- Enfermedad/lesión menor
- Influenza/fiebre
- Vómitos/diarrea
- Dolor de garganta, dolor de oído o infección ocular
- Esguinces/distensiones
- Posible fractura de huesos
- Lesiones deportivas

### Sala de emergencia

- Pérdida del conocimiento
- Dificultades para respirar
- Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda
- Dolor/presión en el pecho
- Hemorragia intensa
- Venenos
- Quemaduras graves
- Convulsiones/epilepsia
- Fractura grave de hueso
- Agresión sexual

#### **Atención fuera del horario normal**

Si necesita atención que no sea de emergencia fuera del horario normal, llame al consultorio de su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de la MCO. Ambos números telefónicos están en su tarjeta de identificación del miembro de la MCO. Su médico, o su servicio de respuesta, podrá contestar todas las preguntas que tenga, le ofrecerá instrucciones y podrá organizar cualquier servicio necesario. La Línea de Consejos de Enfermería está disponible en todo momento para responder sus preguntas. Le ayudarán a acudir al lugar adecuado para que pueda recibir el mejor cuidado posible sin pagar de más.

#### **Atención de urgencia**

Si tiene alguna enfermedad o lesión que, si no recibe tratamiento, podría convertirse en una emergencia dentro de las 48 horas, visite un Centro de atención de urgencia. Asegúrese de acudir a un Centro de atención de urgencia dentro de la red. No es necesario contar con una preautorización, pero asegúrese de que el centro pertenezca a la red de la MCO o es posible que deba pagar la factura. Cuando no sepa si necesita acudir a un Centro de atención de urgencia, llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de la MCO. Encontrará ambos números en la tarjeta de su MCO.

#### **Atención en la sala de emergencia**

Una condición médica de emergencia es aquella que requiere atención médica inmediata para evitar problemas o disfunciones graves en la salud. Si sufre una condición médica de emergencia y requiere atención en la sala de emergencia (servicios que provee un centro hospitalario de emergencias), llame al 911 o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Puede autorreferirse a cualquier departamento de emergencias sin preautorización.

**Cuando no sepa si necesita acudir a un departamento de emergencias, llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de la MCO.** Después de recibir tratamiento para una condición médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que la condición médica de emergencia no se repita. Estos servicios se llaman servicios posteriores a la estabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si necesita estos servicios. Si desea obtener información adicional sobre la forma en que se toma esta decisión, comuníquese con su MCO.

Si su PCP o la MCO no están al tanto de su atención en la sala de emergencia, llámelos tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de emergencia para poder programar el cuidado de seguimiento que necesite.

#### **D. Cobertura fuera del área de servicio**

No todas las MCO brindan servicios en todas las áreas del Estado. Si necesita atención que no sea de emergencia cuando se encuentra fuera del área de servicio de su MCO, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de la MCO. Encontrará ambos números en la tarjeta de su MCO. Si se muda y su nueva residencia está en otro condado de Maryland donde su MCO no presta servicios, llame a Maryland Health Connection (**855-642-8572**) para cambiar de MCO. Si decide seguir con su MCO, es posible que deba utilizar su propio transporte para trasladarse a un proveedor dentro de la red en otro condado.

HealthChoice solo funciona en Maryland y con proveedores de estados cercanos cuando forman parte de la red de la MCO o cuando la MCO coordina su cuidado. Recuerde que cuando viaja fuera del Estado de Maryland, la MCO solo está obligada a cubrir servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.

#### **E. Cuidado de bienestar para niños: Programa Niños Saludables - Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)**

Es importante que los bebés, niños y adolescentes menores de 21 años se realicen chequeos frecuentes. El programa Niños Saludables/EPSDT ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de visión y de audición médicamente necesarios. La MCO cubre varios servicios de EPSDT. Sin embargo, otros servicios, como los de salud dental, salud conductual y las terapias, están cubiertos a través del sistema de cargo por servicio de Medicaid (consulte la página 22).

Niños Saludables es el componente de control médico pediátrico preventivo de los EPSDT. El PCP de su hijo recibirá una certificación del Estado para garantizar que conozca los requisitos de Niños Saludables/EPSDT, esté preparado para realizar las pruebas de detección necesarias y cuente con las vacunas pertinentes para la vacunación del niño en los momentos correspondientes. Recomendamos en gran medida que elija un PCP para su hijo con certificación de EPSDT. Si elige un proveedor que no cuenta con la certificación, la MCO se lo informará. Puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros de la MCO si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar de PCP o si necesita ayuda.

En la tabla a continuación, se muestra a qué edades los niños necesitan consultas de control médico pediátrico. Si el PCP de su hijo recomienda más visitas, estas también estarán cubiertas. Durante las consultas de control médico pediátrico, el PCP revisará la salud de su hijo y todos los aspectos del desarrollo. También realizará exámenes de detección en búsqueda de problemas de salud. Algunos de estos exámenes se realizan con análisis de sangre y otros con preguntas. Es posible que se requieran exámenes adicionales según la edad y el riesgo. Además, el PCP ofrecerá recomendaciones y le informará acerca de lo que puede ocurrir. Asegúrese de asistir a las citas para los exámenes de control pediátrico. Cumpla con el calendario de vacunación y asegúrese de que hagan análisis de sangre para la detección de plomo. El plomo en la sangre provoca graves problemas. Por lo tanto, es obligatorio realizar análisis en todos los niños, independientemente del grado de riesgo. Esto es para todos los niños, tanto con Medicaid u otro seguro.

<b>Edad</b>	<b>Examen de control pediátrico Evaluación del desarrollo Educación sobre salud</b>	<b>Vacunas infantiles (*se recomienda la vacuna contra la influenza todos los años a partir de los 6 meses de edad)</b>	<b>Análisis de concentración de plomo en sangre (*análisis adicionales si estuviera en riesgo)</b>
Nacimiento	X	X	
De 3 a 5 días	X		
1 mes	X		
2 meses	X	X	
4 meses	X	X	
6 meses	X	X	
9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
15 meses	X	X	
18 meses (1.5 años)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2.5 años)	X		
36 meses (3 años)	X		
De 4 a 20 años	X (anualmente)	X (de 4 a 6 años, de 9 a 12 años y 16 años)	

## **F. Cuidado de bienestar para adultos**

Las consultas para el cuidado de bienestar con su médico son importantes. El PCP lo revisará, le proporcionará o recomendará pruebas de detección según su edad y sus necesidades, y analizará su historial de salud y los medicamentos que toma. El PCP coordinará los servicios que necesite para garantizar su salud. Durante la visita, informe a su PCP si hubo cambios desde su última visita, haga las preguntas que desee y hable sobre su evolución con respecto al plan de cuidado. Cuando hable con su PCP, brinde información real y actualizada sobre su salud física, social y mental para poder recibir el cuidado que mejor satisfaga sus necesidades.

## Recomendaciones para el cuidado preventivo en adultos

Servicio	Frecuencia y destinatarios
Control de la presión arterial	Anualmente.
Colesterol	Cada 5 años a partir de los 35 años en hombres y de los 45 años en mujeres (a partir de los 20 años si el grado de riesgo es elevado).
Diabetes	Adultos entre 40 y 70 años con sobrepeso u obesidad.
Prueba de detección de cáncer de colon	Entre 50 y 75 años. La frecuencia depende del examen: muestra de heces (cada 1 a 3 años), sigmoidoscopia flexible (cada 5 años), colonografía por TAC (cada 5 años) o colonoscopia (cada 10 años).
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual	VIH: una vez para todos los adultos, independientemente del riesgo (exámenes adicionales según el grado de riesgo).  Hepatitis C (HCV): una vez para las personas nacidas entre 1945 y 1965. El resto según el grado de riesgo.  Hepatitis B: adultos con riesgo elevado.  Clamidia/gonorrea: anualmente para miembros con órganos reproductivos internos de entre 16 y 24 años si presentan actividad sexual. Miembros mayores de 25 años: según el grado de riesgo.  Sífilis: adultos con riesgo elevado.
Vacuna contra la influenza	Anualmente.
Vacuna TdaP (tétano, difteria y tosferina)	Una vez en la adultez (si no se recibió entre los 11 y 12 años) y en cada embarazo.
Vacuna antitetánica	Cada 10 años, dosis adicionales si se indica por riesgo.
Vacuna contra el herpes zóster (culebrilla)	Una dosis para todos los adultos de 60 años en adelante.
Vacuna antineumocócica (PPSV23)	Una dosis para todas las personas (de 2 a 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, tabaquismo, alcoholismo u otros factores de riesgo (consulte con su médico para determinar su riesgo).
Prueba de detección de cáncer de mama (mediante mamografía)	Cada 2 años en personas de 50 a 75 años, personas con riesgo entre los 40 y 50 años.
Prueba de detección de cáncer de pulmón	Anualmente en adultos de 55 a 80 años con antecedentes de 1 paquete de cigarrillos por día durante 30 años y que fumen activamente o que hayan dejado de fumar hace menos de 15 años; la prueba de detección se realiza mediante una tomografía computada de dosis baja (LDCT).
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Cada 3 años para miembros con órganos reproductivos internos entre los 21 y los 29 años, cada 5 años para miembros entre los 30 y los 65 años.
Abuso o uso indebido de sustancias: Alcohol, tabaco, otros	Adultos de 18 años en adelante. Anualmente o con mayor frecuencia según el riesgo.

\*Todas las recomendaciones se basan en el Cuerpo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Se excluyen las recomendaciones para pacientes de 65 años en adelante ya que no son elegibles para HealthChoice.

## **G. Administración de casos**

Si en algún momento tiene una necesidad de cuidado médico crónica o un episodio de cuidados que afecta su estado de salud, las MCO le asignarán un administrador de casos que le brindará asistencia para coordinar su cuidado. Los administradores de casos son enfermeros o trabajadores sociales certificados que están capacitados para trabajar con sus proveedores a fin de garantizar que se satisfagan sus necesidades médicas. Es importante la comunicación con su administrador de casos para ayudarlo a elaborar e implementar un plan de cuidado personalizado. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o podrían brindarle sus servicios personalmente.

## **H. Atención a miembros durante el embarazo y un año después del parto**

Si está embarazada o cree que está embarazada, es muy importante que llame a la MCO. Le ayudarán a obtener atención prenatal (el cuidado que reciben las miembros durante el embarazo). La atención prenatal consiste en chequeos regulares con un obstetra o una enfermera partera certificada que controlarán su salud y la salud de su bebé por nacer.

Si está embarazada, la MCO le ayudará a programar una cita de atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Si ya comenzó la atención prenatal antes de inscribirse en la MCO, quizás pueda continuar consultando al mismo proveedor de atención prenatal durante el embarazo, el parto y un año después de que nazca el bebé.

La MCO también puede conectarla con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarlo a obtener los servicios, la información y el apoyo necesarios. Si tiene otros problemas de salud, o estuvo embarazada anteriormente y tuvo problemas de salud, la MCO le ofrecerá ayuda adicional.

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

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

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

Los servicios de planificación familiar ofrecen la información y los medios para evitar embarazos no planificados y mantener la salud reproductiva. Es elegible recibir servicios de planificación familiar sin remisión. La MCO pagará a un proveedor no participante por los servicios, siempre que este acceda a brindarle atención y acepte el pago de la MCO. Además, las MCO no están autorizadas a cobrar copagos por los servicios de planificación familiar. Entre los servicios de planificación familiar, se incluyen los siguientes:

- Control de natalidad;
- Pruebas de embarazo; y
- Esterilizaciones voluntarias (dentro de la red con preautorización).

Llame a Servicios para Miembros de la MCO o a la Línea de ayuda del Estado (**800-456-8900**) para obtener información adicional sobre los servicios de autorreferencia y de planificación familiar.

## **J. Cuidado dental**

Maryland Medicaid brindará cobertura de servicios dentales a adultos con el Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland. No se cobran primas, deducibles ni copagos por los servicios cubiertos. No hay un beneficio máximo por año. Los miembros nunca deben pagar de su bolsillo para los servicios cubiertos. Los servicios del Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland incluyen, entre otros, los siguientes:

- Chequeos regulares
- Limpieza de dientes
- Tratamientos de flúor
- Radiografías
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Coronas
- Extracciones de dientes
- Anestesia

Llame a Servicios para Miembros de Sonrisas Saludables de Maryland al **855-934-9812** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios dentales.

## **K. Cuidado de visión**

- Si usted es menor de 21 años, es elegible para lo siguiente:
  - Exámenes de la vista;
  - Anteojos una vez al año; o
  - Lentes de contacto, si es médicamente necesario en lugar de anteojos.
- Si usted es mayor de 21 años, es elegible para lo siguiente:
  - Exámenes de la vista cada dos años.
  - Consulte el Anexo C para obtener los beneficios de cuidado de visión para adultos que ofrece su MCO.

Llame a Servicios para Miembros de la MCO si tiene alguna pregunta o si necesita buscar un proveedor de cuidado de visión.

## **L. Educación sobre salud/extensión**

Usted tiene acceso a los programas de educación sobre salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación sobre salud brindan información y recursos que le ayudarán a estar activo en el cuidado médico y de la salud.

Los programas se ofrecen en diversos formatos y cubren diferentes temas sobre la salud. Consulte el Anexo E o llame a Servicios para Miembros de la MCO para averiguar qué programas de educación sobre salud están disponibles, cuándo se ofrecen y cómo puede mantenerse informado sobre ellos.

Las MCO también brindan servicios de extensión a los miembros que hayan identificado que puedan tener dificultades para acceder a su cuidado médico. El plan de extensión de las MCO está dirigido a las personas con quienes es difícil comunicarse o que no cumplen con un plan de cuidado. Si la MCO no puede comunicarse con usted o usted no ha asistido a alguna cita, podría ser referido a la Unidad Administrativa de Coordinación de Atención (ACCU) en su departamento de salud local.

Las MCO no emplean a las ACCU. El Estado contrata a las ACCU para ayudarle a comprender cómo funcionan los programas de Medicaid y HealthChoice. Si la ACCU se comunica con usted a través del departamento de salud local, le informarán el motivo por el que llamaron. Si no pueden comunicarse por teléfono, es posible que vayan a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudarle a obtener los cuidados y servicios médicos adecuados, y a mantenerse conectado a ellos.

## **M. Servicios de salud conductual**

Si tiene algún problema de salud mental o abuso de sustancias, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de la MCO. Su PCP puede tratarlo o referirlo al Sistema Público de Salud Conductual. Este cubre una variedad de servicios de salud conductual. Para acceder a estos servicios sin una referencia de su PCP, puede llamar al Sistema Público de Salud Conductual al **(800-888-1965)**. Esta línea de ayuda gratuita está abierta las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para atender su llamada y le ayudarán a obtener los servicios que necesita. Entre los servicios de salud conductual, se incluyen los siguientes:

- Administración de casos;
- Servicios de crisis de emergencia/intervención móvil en crisis;
- Servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados;
- Centros de salud mental para pacientes ambulatorios; y
- Centros de tratamiento residencial.

Si el Sistema Público de Salud Conductual considera que usted no necesita un especialista para tratar sus necesidades de salud conductual, su PCP (con su permiso) será informado para que usted pueda recibir el cuidado de seguimiento que sea necesario.

## **7. Servicios especiales**

### **A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales**

El Estado ha designado a ciertos grupos como necesitados de apoyo especial de la MCO. Estos grupos se denominan "poblaciones con necesidades especiales" e incluyen los siguientes:

- Miembros embarazadas y miembros que han dado a luz recientemente;
- Niños con necesidades médicas especiales;
- Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado;
- Adultos o niños con alguna discapacidad física o del desarrollo;
- Adultos y niños con VIH/SIDA; y
- Adultos y niños sin hogar.

La MCO tiene un proceso para informarle si pertenece a una población con necesidades especiales. Si tiene alguna pregunta sobre sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros de la MCO.

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

Si usted o un miembro de la familia se encuentra en una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, será elegible para recibir los servicios a continuación. Deberá trabajar y comunicarse con la MCO para que le ayuden a obtener la cantidad correcta y el tipo correcto de cuidados:

- **Un administrador de casos:** puede ser un enfermero, un trabajador social u otro profesional que se asigne a su caso poco después de unirse a una MCO. Esta persona les ayudará a usted y a su PCP a elaborar un plan centrado en el paciente que cubra el tratamiento y los servicios que usted necesite. El administrador de casos hará lo siguiente:
  - Ayudará a elaborar el plan de atención;
  - Se asegurará de que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o cuando sea necesario;
  - Llevará un registro de los servicios médicos; y
  - Ayudará a las personas que le brindan el tratamiento a trabajar juntos.
- **Especialistas:** cuando tiene necesidades especiales, necesita consultar a los proveedores con más experiencia en el tratamiento de su condición. Su PCP y su administrador de casos trabajarán juntos para asegurarse de derivarlo a los especialistas correctos. Esto incluye a los especialistas de los suministros y equipos que usted pueda necesitar.
- **Seguimiento cuando no asiste a las visitas:** si su PCP o especialista descubren que usted no asiste a las citas, nos informarán y alguien se comunicará con usted por correo, por teléfono o con una visita a su casa para recordarle que debe llamar para programar otra cita. Si aún así no asiste a las visitas, podría visitarlo un miembro del departamento de salud local cerca de donde usted vive.
- **Coordinador de necesidades especiales:** las MCO deben tener un Coordinador de necesidades especiales en su personal. El Coordinador de necesidades especiales lo informará sobre su condición y le recomendará lugares en su zona en donde puede recibir apoyo de personas que conocen sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, la MCO trabajará con usted para coordinar todos los servicios anteriores. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. A continuación, se indican otros servicios especiales que son específicos de la población con necesidades especiales:

### 1. Miembros embarazadas y miembros que han dado a luz recientemente:

- **Citas:** la MCO le ayudará a programar una cita de atención prenatal dentro de los 10 días a partir de su solicitud.
- **Evaluación de riesgo prenatal:** se realizará una evaluación de riesgo prenatal a las miembros embarazadas. En su primera visita de atención prenatal, el proveedor completará una evaluación de riesgo. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y la MCO. La MCO ofrecerá una variedad de servicios que le ayudarán a cuidarse y a asegurarse de que su bebé nazca sano. El departamento de salud local también puede comunicarse con usted para ofrecerle ayuda y asesoramiento, y tendrá información sobre los recursos locales.
- **Vínculo con un proveedor pediátrico:** la MCO le ayudará a elegir un proveedor de cuidados médicos pediátricos. Puede ser un pediatra, médico de familia o enfermero especializado.

- **Duración de la hospitalización:** la hospitalización después del parto es de 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones o de 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones. Si elige que le den el alta antes, le ofrecerán una visita a su domicilio dentro de las 24 horas después del alta. Si usted debe permanecer en el hospital después del parto por motivos médicos, podrá solicitar que su bebé permanezca allí mismo mientras usted está hospitalizada. Se proporciona hospitalización adicional de hasta cuatro (4) días para el recién nacido.
- **Seguimiento:** la MCO programará una visita de seguimiento para el recién nacido dos semanas después del alta si no se ha realizado una visita a domicilio, o dentro de los 30 días después del alta si se ha realizado una visita a domicilio.
- **Cuidado dental:** una buena salud bucal es importante para un embarazo saludable. Todas las receptoras de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales a través del Programa Dental Sonrisas Saludables de Maryland. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame a Sonrisas Saludables al (855-934-9812).
- **Servicios para el trastorno de abuso de sustancias:** si usted solicita tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias, será referida al Sistema Público de Salud Conductual dentro de las 24 horas a partir de la solicitud.
- **Análisis y consejería para el VIH:** se les ofrecerá a las miembros embarazadas un análisis de VIH y recibirán información sobre la infección por VIH y su efecto sobre el feto.
- **Consejería nutricional:** a las miembros embarazadas se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a comer sano.
- **Consejería sobre tabaquismo:** las miembros embarazadas recibirán información y apoyo sobre métodos para dejar de fumar.
- **Citas para pruebas de detección de EPSDT:** las adolescentes embarazadas (hasta los 21 años) deberán recibir servicios de pruebas de detección de EPSDT además de la atención prenatal.
- **Consulte el Anexo D para ver los servicios adicionales que la MCO ofrece a las miembros embarazadas.**

## 2. Niños con necesidades médicas especiales

- **Trabajo con escuelas:** la MCO trabaja en conjunto con las escuelas que proporcionan educación y programas de servicios familiares a niños con necesidades especiales.
- **Acceso a ciertos proveedores no participantes:** los niños con necesidades médicas especiales pueden autorreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO bajo ciertas condiciones. El objetivo de la autorreferencia para niños con necesidades especiales es garantizar la continuidad de la atención y asegurar que se implementen los planes de cuidado adecuados. La autorreferencia de niños con necesidades médicas especiales dependerá de si la condición que constituye la base de las necesidades médicas especiales del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO.

Se podrá acceder fuera de la red a los servicios médicos directamente relacionados con la condición médica del niño con necesidades especiales si se cumplen ciertas condiciones.

### 3. Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado

- **Cuidado supervisado por el Estado:** tutela temporal y cuidado familiar. La MCO garantizará que los niños que reciben cuidado supervisado por el Estado (tutela temporal y cuidado familiar) obtengan los servicios que necesitan de los proveedores, y una persona en la MCO será responsable de organizar todos los servicios. Si un niño que recibe cuidado supervisado por el Estado se muda fuera del área de servicio y necesita otra MCO, el Estado y la MCO actual trabajarán en conjunto para encontrar rápidamente nuevos proveedores para el niño cerca de donde se haya mudado o, si es necesario, el niño puede cambiar de MCO.
- **Evaluación de detección de abuso o abandono:** cuando se considere que un niño ha sido abusado física, mental o sexualmente, este será referido a un especialista que puede determinar si ha ocurrido un abuso. En caso de un posible abuso sexual, la MCO garantizará que el niño sea examinado por una persona que sepa cómo encontrar y conservar evidencia importante.

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

- **Materiales preparados para que pueda entenderlos:** la MCO tiene materiales revisados por personas que conocen bien las necesidades de las personas con discapacidades. Esto significa que la información se presentará con los métodos correctos para que las personas con discapacidades puedan comprenderla, ya sea por escrito o mediante traducción de voz.
- **Servicios de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA):** los miembros que actualmente reciben servicios a través de la DDA, o bajo una exención de la DDA, pueden continuar recibiendo esos servicios.
- **Equipos médicos y asistencia tecnológica:** los proveedores de la MCO tienen experiencia y capacitación en adultos y niños para proporcionarles equipos médicos y servicios de asistencia tecnológica.
- **Administración de casos:** los administradores de casos tienen experiencia con las personas con discapacidades.

### 5. Adultos y niños con VIH/SIDA

- **Administración de casos de VIH/SIDA:** la MCO tiene administradores de casos capacitados para tratar asuntos relacionados con el VIH/SIDA y para conectar a las personas con los servicios que necesitan.
- **Visitas del Servicio de evaluación de diagnóstico (DES) una vez por año:** una visita anual del Servicio de evaluación de diagnóstico (DES) para cualquier miembro con diagnóstico de VIH/SIDA que la MCO sea responsable de facilitar en nombre del miembro.
- **Servicios para el trastorno de abuso de sustancias:** las personas con VIH/SIDA que necesiten tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias serán referidas al Sistema Público de Salud Conductual dentro de las 24 horas a partir de la solicitud.

## 6. Adultos y niños sin hogar

La MCO intentará identificar a las personas sin hogar y vincularlas con un administrador de casos y los servicios médicos adecuados. Puede ser difícil que las MCO identifiquen cuando los miembros se quedan sin hogar. Si usted se encuentra en esta situación, comuníquese con los Servicios para Miembros de la MCO.

### B. Programa de Administración de casos costosos y poco comunes (REM)

El Programa de Administración de casos costosos y poco comunes, REM para abreviar, es un programa ofrecido por el Estado para niños y adultos que tienen problemas médicos muy costosos e inusuales. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid, además de otros servicios de especialidad necesarios para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y MCO tendrán una lista de los diagnósticos de REM, y le informarán si usted o alguno de sus hijos debería considerar ingresar al Programa de REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene alguno de los diagnósticos que podrían calificarlo para el Programa REM.

Su PCP o la MCO le informarán si usted o alguno de sus hijos deberían considerar ingresar al Programa de REM. Se le informará por teléfono, por correo o con una visita de un administrador de casos de REM. Si no desea cambiarse al Programa REM, puede continuar en la MCO. Una vez que un miembro esté en el Programa REM, ya no estará inscrito en una MCO. Este cambio entrará en vigencia automáticamente.

Una vez que se haya inscrito en el programa REM, se le asignará un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted para la transición de su cuidado desde la MCO. Le ayudará a seleccionar el proveedor correcto. Si es posible, le ayudará a coordinar para que consulte al mismo PCP y a sus especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y recibía cuidado médico en una clínica especializada u otro lugar antes de ingresar al Programa REM, es posible que elija mantener esos servicios. Llame al Programa REM (**800-565-8190**) si tiene más preguntas.

## 8. Administración de la utilización

### A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir los beneficios de HealthChoice cuando los necesite, como se describe en la sección de beneficios y servicios de este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones u otras restricciones. **Todos los beneficios y servicios de HealthChoice deben ser médicamente necesarios para que usted los reciba.**

Para que un beneficio o servicio se considere médicamente necesario, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Estar relacionado directamente con un tratamiento diagnóstico, preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o meliorativo de una enfermedad, lesión, discapacidad o condición médica;
- Coincidir con las normas aceptadas actuales de buena práctica médica;
- Debe ser el servicio más eficaz en relación al costo que puede prestarse sin sacrificar la eficacia o el acceso al cuidado; y
- No debe realizarse principalmente para la comodidad del miembro, de la familia del miembro o del proveedor.

## Guías de prácticas clínicas

Para ayudar a los proveedores y a los empleados del plan médico a elegir la mejor atención para problemas de salud específicos, contamos con un proceso para crear y modificar Guías de prácticas clínicas (CPG) y estándares de prestación de servicios de salud conocidos a nivel nacional, y distribuirlos a todos nuestros proveedores. Además, los miembros pueden comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una copia de las guías llamando al **833-707-0867 (TTY 711)** o puede chatear en vivo en el sitio web para miembros <https://www.wellpoint.com/contact-us>.

Las CPG se basan en evidencia específica y se centran en una amplia variedad de servicios de cuidado médico, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Atención preventiva (para mantener su salud).
- Atención de maternidad para ayudar a garantizar la salud de mamás y bebés.
- Diabetes.
- Atención de condiciones cardíacas.
- Salud mental.
- Otras condiciones.

Maryland Wellpoint mide la frecuencia con que necesita cuidado y la calidad del cuidado que recibe a través de un conjunto de medidas de desempeño estándares relacionadas con estas guías, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Frecuencia de las visitas de bienestar para niños.
- Vacunaciones infantiles.
- Pruebas de detección de plomo.
- Mamografías y pruebas de Papanicolaou.
- Cuidado médico durante el embarazo.
- Análisis y pruebas de detección de diabetes.

## B. Preautorización/aprobación previa

Habrán ocasiones en que los servicios y medicamentos necesitarán preautorización (también denominada aprobación previa o autorización previa) antes de que pueda recibir ese servicio y medicamento específico.

La preautorización es un proceso en virtud del cual un profesional médico calificado revisa y determina si el servicio es médicamente necesario.

Si se aprueba la preautorización, podrá recibir el servicio o medicamento. Se le notificará por escrito la decisión dentro de 14 días calendario, o 28 días calendario si se solicitó una extensión.

Si se deniega la preautorización o se reduce su monto, duración o alcance, ese servicio o medicamento no estará cubierto por la MCO. Se le notificará por escrito la decisión dentro de 14 días calendario, o 28 días calendario si se solicitó una extensión. Usted tendrá derecho a presentar una apelación por la preautorización denegada. (Consulte la Sección 10: Quejas, reclamos y apelaciones).

En ocasiones, es posible que se requiera una autorización acelerada para evitar complicaciones de salud posiblemente graves. En estas situaciones, la MCO deberá tomar una decisión dentro de 72 horas. Si se solicita una extensión para una autorización acelerada, la MCO tendrá hasta 14 días calendario para tomar una decisión.

*Consulte la política actual de las MCO en el Anexo F.*

### **C. Aviso de continuidad de la atención**

Si actualmente recibe un tratamiento y encaja en una de las siguientes categorías, tendrá derechos especiales en Maryland.

- Nuevo en HealthChoice; o
- Cambió de otra MCO; o
- Cambió de otro plan de beneficios de salud de la empresa.

Si su empresa anterior le dio una preautorización para realizarse una cirugía o para recibir otros servicios, es posible que no necesite recibir una nueva autorización de su MCO actual para continuar la cirugía o para seguir recibiendo estos servicios. Además, si se atiende con un médico u otro proveedor de cuidados médicos que es un proveedor participante de la red de su empresa o MCO anterior y que no es proveedor participante de su nuevo plan, podrá seguir atendiéndose con esta persona por un periodo limitado como si fuese un proveedor participante de nuestra red. A continuación, se describen las normas sobre cómo puede calificar para estos derechos especiales.

#### **Preautorización para servicios médicos**

- Si anteriormente tenía la cobertura de un plan de otra empresa, se podrá utilizar una preautorización de los servicios que recibía con su plan anterior para satisfacer un requisito de preautorización para esos servicios, si están cubiertos dentro de su nuevo plan con nosotros.
- Para poder utilizar la preautorización anterior en este nuevo plan, deberá comunicarse con los Servicios para Miembros de la MCO actual a fin de informarles que tiene una preautorización para los servicios y proporcionarnos una copia de esta. Su padre, tutor legal, delegado o proveedor de cuidados médicos también puede comunicarse con nosotros en su nombre con respecto a la preautorización.
- Hay un límite de tiempo para utilizar la preautorización. Para todas las condiciones, excepto el embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se complete el tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días cuenta a partir de la fecha en que comienza la cobertura con el nuevo plan. Para los embarazos, el límite se extiende a todo el embarazo y hasta la primera consulta con el profesional de la salud luego de que nace el bebé.
- Límite en el uso de la preautorización: Su derecho especial para utilizar una preautorización no se aplica a lo siguiente:
  - Servicios dentales
  - Servicios de salud mental
  - Servicios para el trastorno de abuso de sustancias
  - Beneficios o servicios brindados a través del programa de cargo por servicio de Maryland Medicaid
- Si no tiene una copia de la preautorización, comuníquese con su empresa anterior y solicítela. Conforme las leyes de Maryland, su empresa anterior debe brindarle una copia de la preautorización dentro de los 10 días a partir de su solicitud.

## **Derecho a utilizar proveedores no participantes**

- Si usted ha estado recibiendo servicios de un proveedor de cuidados médicos que era un proveedor participante de su empresa anterior y que no es un proveedor participante de su nuevo plan médico, podrá continuar atendiéndose con su proveedor como si este fuese un proveedor participante. Puede comunicarse con su MCO actual para solicitar el derecho a continuar atendiéndose con el proveedor no participante. Su padre, tutor legal, delegado o proveedor de cuidados médicos también puede comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar el derecho a continuar atendiéndose con el proveedor no participante.
- Este derecho solo aplica si usted está recibiendo tratamiento por servicios cubiertos con un proveedor no participante para uno o más de los siguientes tipos de condiciones:
  1. Condiciones agudas;
  2. Condiciones crónicas graves;
  3. Embarazo; o
  4. Cualquier otra condición que acordemos nosotros y el proveedor fuera de la red.
- Algunos ejemplos de las condiciones que se mencionan anteriormente incluyen fracturas, reemplazo de articulaciones, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes.
- Hay un límite de tiempo para continuar atendiéndose con un proveedor fuera de la red. Para todas las condiciones, excepto el embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se complete el tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días cuenta a partir de la fecha en que comienza la cobertura con el nuevo plan. Para los embarazos, el límite se extiende a todo el embarazo y hasta la primera consulta con el proveedor de cuidados médicos luego de que nace el bebé.

### **Ejemplo de cómo funciona el derecho a utilizar proveedores no participantes:**

Se quebró un brazo mientras estaba cubierto por un plan médico de la Empresa A y se atendió con un proveedor de la red de la Empresa A. Luego usted cambió su plan médico y pasó a tener la cobertura de un plan de la Empresa B. El proveedor con el que se atendió no está dentro de la red de la Empresa B, y ahora usted tiene que sacarse el yeso y quiere hacerlo con el proveedor original.

En este ejemplo, usted o su representante debe comunicarse con la Empresa B para que esta pueda pagar su reclamación como si usted aún estuviese recibiendo cuidado por parte de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta la tasa de pago que ofrece la Empresa B, este podría decidir no prestarle los servicios a usted.

- Límite en el uso de los proveedores no participantes: Su derecho especial de utilizar un proveedor no participante no se aplica a lo siguiente:
  - Servicios dentales;
  - Servicios de salud mental;
  - Servicios para el trastorno de abuso de sustancias; o
  - Beneficios o servicios brindados a través del programa de cargo por servicio de Maryland Medicaid.

### **Derechos de apelación:**

- Si su MCO actual deniega su derecho a utilizar una preautorización de su empresa anterior o sus derechos a continuar atendiendo con un proveedor participante de su empresa anterior, usted podrá apelar esa denegación al comunicarse con los Servicios para Miembros de la MCO.
- Si su MCO actual deniega su apelación, usted podrá presentar una queja ante el Programa de Maryland Medicaid. Para eso, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.
- Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento, llame a Servicios para Miembros de la MCO o a la Línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

### **D. Coordinación de beneficios: qué hacer si tiene otro seguro**

Debe notificar a la MCO si recibió cuidado médico después de un accidente o lesión. Las MCO están obligadas por el Estado a solicitar el pago de otras compañías de seguros. Si tiene otro seguro médico, asegúrese de informar a la MCO y a su proveedor. Ambos necesitarán el nombre de la otra póliza de seguro, el nombre del titular de la póliza y el número de miembro. El Estado hace una revisión de las compañías de seguros para identificar personas que tengan 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 cual significa que los proveedores participantes deberán facturar a su otro seguro primero. Es probable que su seguro principal haya pagado más del monto permitido para la MCO y, por lo tanto, el proveedor no pueda cobrarle un costo adicional a usted o a la MCO. Hable con Servicios para Miembros de la MCO para entender mejor sus opciones. Debido a que las demás compañías de seguros probablemente tengan copagos y deducibles, en la mayoría de los casos las MCO le pedirán que utilice proveedores participantes.

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

En ocasiones, es posible que necesite un servicio cubierto que la red de la MCO no pueda ofrecer. Si ocurre esta situación, usted podría recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de la MCO (un proveedor no participante). Necesitará una preautorización de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si se deniega su preautorización, tendrá derecho a presentar una apelación.

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

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista utilizará la lista (también llamado formulario) de medicamentos preferidos de la MCO para recetarles medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es un listado de los medicamentos que usted y su proveedor pueden elegir, que son seguros, eficaces y económicos. Si desea conocer los medicamentos que se encuentran en esta lista, llame a Servicios para Miembros de la MCO o visite su sitio web. Algunos medicamentos de la lista de medicamentos preferidos, al igual que otros medicamentos que no están en la lista, requieren una preautorización antes de que la MCO los cubra. Si la MCO deniega la preautorización para el medicamento, usted tendrá derecho a presentar una apelación

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

## **G. Nueva tecnología y telesalud**

A medida que surgen tecnologías nuevas y avanzadas de cuidado médico, las MCO implementan procesos para revisar y determinar si estas innovaciones se cubrirán. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de tecnologías médicas, tratamientos, procedimientos y medicamentos nuevos. Si desea conocer la política y el procedimiento de una MCO para la revisión de nuevas tecnologías del cuidado médico, comuníquese con los Servicios para Miembros de la MCO. Las MCO deben brindar servicios de telesalud si son médicamente necesarios. Los servicios de telesalud utilizan tecnología de audio y video para mejorar el acceso al cuidado médico. Al brindar servicios de telesalud, se puede mejorar lo siguiente:

- Educación y comprensión de un diagnóstico;
- Recomendaciones del tratamiento; y
- Planificación del tratamiento.

## **9. Facturación**

### **A. Explicación de beneficios o notificación de denegación de pago**

Cada tanto, puede recibir una notificación de la MCO donde se le informa que la reclamación de su proveedor se ha pagado o se ha denegado.

La Explicación de Beneficios (EOB) y la notificación de denegación de pago no son una factura. En estas notificaciones puede figurar el tipo de servicio, la fecha de servicio, el monto facturado y el monto pagado por la MCO en su nombre. El objetivo de la notificación es resumir qué cargos del proveedor son un servicio o beneficio cubierto. Si cree que hay un error, por ejemplo, si encuentra un servicio que nunca recibió, comuníquese con Servicios para Miembros de la MCO.

Si recibió copia de una notificación que indica que no se le pagó a un proveedor, usted no deberá pagar. Su proveedor no debería cobrarle a usted. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de la MCO.

### **B. Qué debe hacer si recibe una factura**

- No pague por un servicio que no es su responsabilidad, ya que posiblemente no se lo reembolsen. Solo los proveedores pueden recibir un pago de Medicaid o las MCO. Si recibe una factura por servicios médicos por un beneficio cubierto, haga lo siguiente:
  - Primero comuníquese con el proveedor que le envió la factura.
  - Si le dicen que usted no tenía cobertura en la fecha en que recibió los cuidados o que la MCO no pagó, llame a Servicios para Miembros de la 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 deben verificar la elegibilidad y deben facturar a la MCO. (Si el servicio está cubierto por el Estado y no por la MCO, el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) les indicará a dónde enviar la factura).

- Salvo por unas pocas excepciones, los proveedores de Medicaid y de HealthChoice no pueden facturar a los miembros. Los copagos de farmacia menores y los copagos de servicios opcionales, como los beneficios dentales y los anteojos para adultos, son ejemplos de los servicios que le podrían facturar.

## **10. Reclamos, quejas formales y apelaciones**

### **A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamos**

#### **Determinación adversa de beneficios**

Una determinación adversa de beneficios ocurre cuando una MCO realiza alguna de las siguientes acciones:

- Deniega o limita un servicio solicitado según el tipo o el nivel de servicio, el cumplimiento de la necesidad médica, la adecuación, el entorno o la eficacia;
- Reduce, suspende o cancela un servicio previamente autorizado;
- Deniega, de manera total o parcial, el pago de un servicio (la denegación, total o parcial, del pago de un servicio porque la reclamación no es presentada de manera correcta no es una determinación adversa de beneficios);
- No toma una decisión de autorización ni brinda los servicios de manera oportuna;
- No resuelve un reclamo o una apelación de manera oportuna;
- No permite que los miembros que viven en áreas rurales y tienen una sola MCO reciban los servicios fuera de la red; o
- Deniega la solicitud de un miembro sobre la disputa de una responsabilidad financiera, incluido el costo compartido, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras de los miembros.

Cuando una MCO toma una determinación adversa de beneficios, se lo notificado por escrito al menos 10 días antes de que la determinación entre en vigencia. Usted tendrá derecho a presentar una apelación y puede solicitar una copia gratuita de toda la información que utilizó la MCO para tomar esa determinación.

#### **Quejas**

Si está en desacuerdo con la MCO o el proveedor con respecto a una determinación adversa de beneficios, esto se denomina queja. Entre los ejemplos de quejas, se incluye la reducción o suspensión de un servicio que recibía, la denegación de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos preferidos, o la denegación de la preautorización para un procedimiento.

#### **Reclamos**

Si su queja no es sobre una determinación adversa de beneficios, se denomina reclamo. Entre los ejemplos de reclamos, se incluye la calidad del cuidado médico, que no se le permita ejercer sus derechos, no poder encontrar un médico, problemas para programar una cita o no recibir un trato justo de una persona que trabaja en la MCO o en el consultorio de su médico. Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de queja interna de las MCO.

### **B. Apelaciones**

Si su queja se refiere a un servicio que usted o un proveedor consideran que necesita pero que la MCO no cubre, puede solicitar a la MCO que revise su solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina apelación.

Si desea presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta en la cual se notifica que la MCO no cubrirá el servicio que usted quiere.

Su médico también puede presentar una apelación en su nombre si usted firma un formulario en el cual le da su autorización. No se sancionará a su médico por actuar en su nombre. Hay otras personas que también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un miembro de la familia o un abogado.

Si presenta una apelación, asegúrese de informar a la MCO sobre cualquier nuevo dato para ayudarles a decidir. La MCO le enviará una carta para informarle que ha recibido su apelación dentro de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, usted puede enviar o brindar información adicional que crea que ayudará a la MCO a decidir.

Para revisar su apelación, los revisores de la MCO:

- Deberán ser profesionales médicos diferentes de los que tomaron la decisión anterior;
- No deberán ser subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Deberán tener los conocimientos clínicos adecuados y la experiencia para realizar la revisión;
- Deberán revisar toda la información enviada por el miembro o su representante, independientemente de que esta información ya se haya enviado para la decisión anterior; y
- Decidirán su apelación dentro de los 30 días calendario.

El proceso de apelación puede demorar hasta 44 días si usted pide más tiempo para enviar la información o si la MCO necesita obtener información adicional de otras fuentes. La MCO lo llamará y le enviará una carta dentro de los dos días si necesita información adicional.

Si su médico o MCO considera que su apelación debe revisarse con rapidez debido a la gravedad de su condición, usted recibirá la decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas.

Si su apelación no debe revisarse con rapidez, la MCO tratará de llamarlo y enviarle una carta para informarle que su apelación se revisará dentro de los 30 días.

Si su apelación trata sobre un servicio que ya estaba autorizado, el periodo no había vencido y usted ya lo recibía, podría continuar recibiendo el servicio mientras su apelación está en revisión. Deberá comunicarse con los Servicios para Miembros de la MCO y solicitar continuar recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con los servicios para miembros dentro de los 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 vigencia de la determinación. Si no tiene éxito con su apelación, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante la revisión.

Una vez que se haya completado la revisión, usted recibirá una carta en la cual se le informará sobre la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le indicará cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.

Si desea presentar un reclamo que:

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

*Consulte la política actual de las MCO en el Anexo F.*

### **C. Cómo presentar una queja, un reclamo o una apelación**

Para presentar una queja o un reclamo puede comunicarse con los Servicios para Miembros de la MCO. Si necesita asistencia adicional o servicios de interpretación, infórmese al representante de Servicios para Miembros (los miembros con discapacidad auditiva pueden utilizar el servicio de retransmisión de Maryland, 711). Los representantes del servicio de atención al cliente de la MCO pueden ayudarle a presentar una queja, un reclamo o una apelación.

**Puede presentar una apelación en forma verbal o por escrito.** Para hacerlo de manera verbal, debe llamar a la línea de Servicios para Miembros de la MCO. Para presentar la apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario simple que usted puede completar, firmar y devolver por correo. La MCO también puede asistirlo para completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de proporcionar su testimonio y argumentos objetivos a la MCO antes de la resolución de la apelación.

*Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de quejas internas de la MCO. Si necesita una copia del procedimiento oficial de quejas internas de las MCO, llame a Servicios para Miembros de la MCO.*

### **D. El proceso de quejas/apelaciones del Estado**

#### **Cómo obtener ayuda a través de la Línea de ayuda de HealthChoice**

Si tiene alguna pregunta o queja sobre su cuidado médico y la MCO no ha solucionado el problema de manera satisfactoria, puede pedir ayuda al Estado. La Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510) está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cuando llame a la Línea de ayuda, puede preguntar o explicar su problema a un miembro del personal, quien hará lo siguiente:

- 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, quien podría:
  - Pedir a la MCO que proporcione información sobre su caso dentro de los cinco días;
  - Trabajar con su proveedor y la MCO para ayudarle a obtener lo que necesita;
  - Ayudarle a obtener más servicios comunitarios, si es necesario; o
  - Proporcionar asesoramiento sobre el proceso de apelación de la MCO y sobre cuándo puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

#### **Cómo solicitar al Estado que revise la decisión de la MCO**

Si usted apeló la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el Estado revise esa decisión.

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**) y decirle al representante que desea una revisión de 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 ofreceremos más opciones.

Cuando la Unidad de Resolución de Quejas termine de trabajar en su solicitud, le notificarán sus conclusiones.

- Si el Estado considera que la MCO debe prestar el servicio solicitado, podrá ordenarle a la MCO que le brinde el servicio; o
- Si el Estado considera que la MCO no debe brindarle el servicio, se le informará que el Estado está de acuerdo con la MCO.
- Si no está de acuerdo con la decisión del Estado, nuevamente tendrá la oportunidad de solicitar una audiencia imparcial estatal.

### **Audiencias imparciales**

Para apelar la decisión de la MCO, deberá solicitar que el Estado presente una notificación de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de una audiencia imparcial estatal debe enviarse antes de los 120 días a partir de la fecha del aviso de resolución de la apelación de la MCO.

La Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha para la audiencia según el tipo de decisión que se apele.

Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide en su contra, usted podrá apelar ante el Tribunal del circuito.

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

En ocasiones, usted podrá continuar recibiendo un servicio mientras el Estado revisa su audiencia imparcial. Esto sucede si su audiencia imparcial trata sobre un servicio que ya estaba autorizado, el periodo de la autorización no ha vencido y usted ya recibía el servicio. Para obtener más información, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**). Si no tiene éxito con su audiencia imparcial, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante la revisión de la apelación.

### **E. Resoluciones de apelaciones revertidas**

Si el Estado revierte una denegación, cancelación, reducción o demora de los servicios no provistos durante el proceso de apelación, la MCO deberá prestar los servicios antes de las 72 horas a partir de la fecha en que reciba el aviso de apelación revertida.

Si la MCO revierte una denegación, cancelación, reducción o demora de los servicios que un miembro recibió durante el proceso de apelación o audiencia imparcial, la MCO deberá pagar por los servicios recibidos durante ese periodo.

Si usted necesita apelar un servicio cubierto por el Estado, siga las instrucciones indicadas en la carta de determinación adversa.

### **F. Cómo sugerir cambios en las políticas y procedimientos**

Si tiene alguna idea sobre cómo mejorar un proceso o desea plantear un tema a la MCO, llame a los Servicios para Miembros de la MCO. A las MCO les interesa su opinión y cómo pueden mejorar su experiencia al recibir cuidado médico.

Cada MCO debe tener una junta asesora del consumidor, cuya función es brindar comentarios de los miembros a la MCO. La junta asesora del consumidor se compone de miembros, familiares de miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros, quienes se reúnen con regularidad durante el año. Si desea más información sobre la junta asesora del consumidor, llame a Servicios para Miembros de la MCO.

Es posible que se comuniquen con usted con respecto a los servicios que recibe de la MCO. Si se comunican con usted, brinde información precisa ya que ayudará a determinar el acceso y la calidad del cuidado médico proporcionado a los miembros de HealthChoice.

## 11. Cómo cambiar de MCO

### A. Norma de los 90 días

- La primera vez que se inscriba en el **Programa HealthChoice**, tendrá la oportunidad de solicitar el cambio de MCO. Debe presentar esta solicitud dentro de los **primeros 90 días**. Puede hacer este cambio por única vez incluso si originalmente seleccionó la MCO.
- Si usted no tuvo una MCO durante más de 120 días y el Estado le asignó de manera automática la MCO, usted puede solicitar el cambio de MCO. Debe presentar esta solicitud en un plazo de **90 días**.

### B. Una vez cada 12 meses

Puede cambiar su MCO si ha tenido la misma durante más de 12 meses.

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

Puede cambiar su MCO y unirse a otra cerca de donde usted vive por alguno de los siguientes motivos en cualquier momento:

- Si se muda a un condado donde su MCO actual no ofrece atención;
- Si se queda sin hogar y descubre que hay otra MCO más cerca de donde vive o tiene refugio, lo cual facilitaría la asistencia a las citas;
- Si usted o alguno de sus familiares tiene un médico en una MCO diferente y el miembro adulto desea mantener a todos los miembros de la familia juntos en la misma MCO. (Esto no se aplica para los recién nacidos, que, durante los primeros 90 días, deben permanecer en la misma MCO en la que estaba la madre al momento del parto).
- Si tiene un menor bajo tutela temporal en su hogar y usted o alguno los miembros de su familia reciben cuidados de un médico en una MCO diferente a la del menor bajo tutela temporal, este podrá cambiarse a la MCO de la familia adoptiva.
- Si la MCO cancela el contrato con su PCP por motivos diferentes de los enumerados a continuación, el Estado se lo notificará.
  - Su MCO ha sido comprada por otra MCO;
  - El proveedor y la MCO no pueden acordar sobre un contrato debido a ciertos motivos financieros; o
  - Calidad del cuidado médico.

### D. Cómo cambiar de MCO

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

- Las MCO no pueden autorizar cambios. Solo el Estado puede cambiar su MCO.
- Si usted está hospitalizado o en un centro de enfermería, no puede cambiar de MCO.
- Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero lo vuelven a aprobar dentro de los 120 días, usted será inscrito automáticamente en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

## 12. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

### A. Tipos de fraude, desperdicio y abuso

El fraude de Medicaid es el engaño intencional o la tergiversación por parte de una persona que sabe que esta acción podría generar un beneficio no autorizado para ellas u otras personas. El despilfarro es el abuso o el uso indebido de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de producir costos innecesarios al programa de Medicaid. El fraude, desperdicio y abuso deben denunciarse de inmediato y pueden ocurrir en todos los niveles del sistema médico. Entre los ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de Medicaid se incluyen los siguientes:

- Ejemplos por parte de miembros
  - Proporcionar informes falsos sobre sus ingresos o activos para calificar para Medicaid.
  - Vivir de manera permanente en otro estado mientras recibe los beneficios de Maryland Medicaid.
  - Prestar su tarjeta de identificación del miembro o usar otra tarjeta de identificación del miembro para obtener servicios médicos.
  - Vender un medicamento recetado o realizarle cambios.
  
- Ejemplos por parte de proveedores
  - Prestar servicios que no son médicamente necesarios.
  - Facturar por servicios no provistos.
  - Facturar varias veces el mismo servicio.
  - Alterar las historias clínicas para esconder actividades fraudulentas.

### B. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si sospecha o sabe que ocurre fraude, despilfarro o abuso, denúncielo de inmediato. Si denuncia fraude, desperdicio y abuso, el trato que reciba de la MCO no se verá afectado. Tiene la opción de permanecer anónimo cuando haga la denuncia. Proporcione toda la información posible; esto ayudará a las personas que realicen la investigación de la denuncia. Hay varias maneras de denunciar fraude, despilfarro y abuso. Vea las opciones a continuación:

- Llame a Servicios para Miembros de la MCO o envíe una carta a la MCO
- Comuníquese con la Oficina del Inspector del Departamento de Salud de Maryland
  - **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 los EE. UU.
  - **800-447-8477**
  - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>



wellpoint.com/md/medicaid

## ANEXO A: Información de contacto de la Organización de Atención Administrada

Wellpoint	
Servicios para Miembros	833-707-0867
	TTY: 711
Línea de Consejos de Enfermería 24/7	833-707-0867
	TTY: 711
Sitio web	<a href="http://wellpoint.com/md/medicaid">wellpoint.com/md/medicaid</a>
Portal en línea para miembros	<a href="https://member.wellpoint.com/public/login">https://member.wellpoint.com/public/login</a>
Coordinador de no discriminación	APPEALS/GRIEVANCES DEPARTMENT PLAN - COMPLIANCE OFFICER WELLPOINT P.O. BOX 61599 VIRGINIA BEACH, VA 23466-1599 833-707-0867 (TTY 711)
Dirección para quejas, reclamos y apelaciones	APPEALS/GRIEVANCE DEPARTMENT WELLPOINT P.O. BOX 61599 VIRGINIA BEACH, VA 23466-1599
Dirección para informar fraude y abuso	SPECIAL INVESTIGATIONS UNIT 740 W PEACHTREE STREET NW ATLANTA, GA 30308 866-847-8247

## ANEXO B: Aviso de Prácticas de Privacidad



### Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en junio de 2022.

**Lea este aviso detenidamente. Le indica quién puede ver su Información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla, y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Incluye, además, su derecho a ver y modificar su información.**

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que usted pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico, obtenemos información acerca de usted de agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos aprobar y pagar por su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
  - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas
  - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas
- Si está guardada en una computadora (formato digital):
  - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Cuando la usa o la comparte el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
  - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos)
  - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas

## ¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
  - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otras personas le brinden el cuidado que necesita
- **Para pagos, operaciones médicas y tratamiento**
  - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturarán su atención
  - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
  - Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle apoyo y ayudarle a obtener beneficios y servicios. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos compartirla en intercambios de información de la salud para fines de pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea esto, visite [wellpoint.com/privacy](http://wellpoint.com/privacy) para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
  - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
  - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen
- **Cuando la compartimos con personas que le ayudan con el cuidado de la salud o pagan por este**
  - Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos da su permiso
  - Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado, pagos, actividades administrativas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir los informes de psicoterapia sobre usted proporcionados por su médico.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Sin embargo, dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

### **Otras formas en las que podemos usar su PHI o en que la ley nos obliga a hacerlo:**

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar abusos y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales

- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud por temas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para fines de investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

### ¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI, pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si, enviarla a la dirección que tenemos, implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

### ¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.

- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

### **Podemos ponernos en contacto con usted**

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmese a la persona que llame, y no volveremos a usar este medio de comunicación. También puede llamar al **844-203-3796** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

### **¿Qué ocurre si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **833-707-0867**. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al **TTY 711**.

### **Para obtener más información**

Para leer más sobre las maneras en que recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad e información detallada sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite la página de privacidad en nuestro sitio web en [wellpoint.com/privacy](http://wellpoint.com/privacy).

### **¿Qué ocurre si tiene una queja?**

Estamos a sus órdenes para ayudarle. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo por quejarse.

### **Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave. SW  
Washington, DC 20201  
Teléfono: **800-368-1019**  
TDD: **800-537-7697**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le comunicaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web en [wellpoint.com/privacy](http://wellpoint.com/privacy).

### **Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género**

Recibimos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género de parte de la agencia estatal de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

La usamos para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas que mejoren la salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma.
- Ofrecer servicios de interpretación y traducción.

**No** usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Compartirla con usuarios no aprobados.

### **Su información personal**

Podemos pedir, usar y compartir la información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
  - Su salud
  - Sus hábitos
  - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como por ejemplo:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **833-707-0867 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

Revisado en junio de 2022

## ANEXO C: Servicios adicionales ofrecidos por Wellpoint

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO	LIMITACIONES
Medicamentos recetados	Sus beneficios incluyen una amplia variedad de medicamentos recetados y de venta libre. Trabajamos con CarelonRx para proporcionar estos beneficios.	Todos los miembros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El copago por receta es \$3 para medicamentos de marca.</li> <li>• No existe copago para los medicamentos genéricos.</li> <li>• Los miembros menores de 21 años y las miembros embarazadas no tienen copago.</li> </ul>
Medicamentos y productos de venta libre (OTC)	\$30 por trimestre para productos OTC.	Todos los miembros.	
Transporte público	Transporte médicamente necesario cuando se requiera.	Ciertos inscritos con Ingreso de seguridad suplementario (SSI) y diabéticos.	Hasta \$25 en transporte público.
Incentivo de Recompensas Saludables (Healthy Rewards)	Tarjetas de regalo por realizar varias actividades de promoción de la salud.	Todos los miembros.	Los beneficios varían según la edad.

<b>BENEFICIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO</b>	<b>LIMITACIONES</b>
Beneficios de la vista	<p>Miembros menores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista anual.</li> <li>• Anteojos, una vez por año o</li> <li>• Asignación para lentes de contacto: una vez por año.</li> </ul> <p>Adultos mayores de 21 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista anual</li> <li>• Anteojos, una vez por año o</li> <li>• Asignación para lentes de contacto: una vez por año.</li> </ul>	Todos los miembros.	Los beneficios varían según la edad.

## **ANEXO D: Programas de atención prenatal/cuidado de posparto. Cuidado especial para miembros embarazadas**

### **Cuidado especial para miembros embarazadas**

**Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®)** es el programa de Wellpoint para todas las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su PCP o ginecólogo obstetra para recibir cuidado si está embarazada. Este tipo de atención se denomina atención prenatal. Puede ayudarle a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, incluso si ya ha tenido un bebé. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud y regalos para el bebé por la atención prenatal y el cuidado de posparto.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas que tienen necesidades médicas complejas. Los enfermeros administradores de casos trabajan en conjunto con las miembros para informarles sobre estas necesidades. Además, les brindan apoyo emocional y las ayudan a seguir el plan de salud de su PCP. Nuestros enfermeros también trabajan con los PCP y ayudan con otros servicios que las miembros puedan necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés saludables.

### **My Advocate®**

Al participar en Taking Care of Baby and Me, también forma parte de My Advocate, que ofrece información sobre la atención prenatal y de posparto, y educación sobre salud para niños sanos por teléfono, mediante el sitio web o a través de una aplicación para teléfonos inteligentes que es útil y divertida. Podrá hablar con MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé.

Usted contará con:

- Educación útil.
- Comunicación con su administrador de casos a través de mensajes en My Advocate si surgen preguntas o problemas.
- Un programa sencillo de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate, se conserva la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que MaryBeth llame, le preguntará su año de nacimiento. No dude en decírselo. Ella lo necesita para asegurarse de hablar con la persona correcta.

### **Ayudamos a que usted y su bebé estén saludables**

My Advocate brinda respuestas a sus preguntas y apoyo médico si lo necesita. Primero, se hará una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico, y, luego, se realizarán llamadas informativas continuas. Lo único que debe hacer es escuchar, aprender y responder a una o dos preguntas por teléfono. Si le cuenta a MaryBeth que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará. Los temas que trata My Advocate incluyen:

- Cuidado durante el embarazo y de posparto.
- Atención de niño sano.
- Depresión posparto.
- Vacunas.
- Consejos para una vida sana.

Para obtener más información sobre My Advocate, visite [myadvocatehelps.com](http://myadvocatehelps.com).

### **Cuando queda embarazada**

Si cree que está embarazada, llame de inmediato a su PCP o a su ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra. Podemos ayudarle a buscar un ginecólogo obstetra en el plan de Wellpoint, si fuera necesario.

También debe llamar a Servicios para Miembros cuando se entere de que está embarazada. Esto le ayudará a asegurarse de elegir un PCP para su bebé. Si es miembro nueva de Wellpoint, está embarazada y ha consultado a un proveedor que no pertenece a Wellpoint durante, al menos, un chequeo prenatal completo antes de unirse a Wellpoint, podrá continuar consultando a ese proveedor durante el embarazo, el parto y hasta un año después del nacimiento del bebé si el proveedor acepta continuar su tratamiento.

Le enviaremos un folleto educativo llamado *Guía de recursos durante y después del embarazo (Pregnancy and Beyond Resource Guide)*. El folleto incluye:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo.
- Una sección del folleto para escribir lo que le suceda durante su embarazo.
- Detalles sobre My Advocate® relativos al programa y cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, Internet o una aplicación para teléfono inteligente.
- Una sección llamada El trabajo de parto, el parto y después del parto (Labor, Delivery and Beyond) con información sobre lo que puede esperar en el tercer trimestre.
- Información del programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards) sobre cómo canjear sus recompensas por atención prenatal, posparto y de bebé sano.
- Una sección del folleto dedicada a tener un bebé saludable, la depresión posparto y el cuidado del recién nacido, que incluye recursos útiles.
- Información sobre la elaboración de un plan de vida familiar y sobre la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), que incluye datos sobre métodos de control de natalidad reversibles de acción prolongada.

Durante el embarazo, debe visitar a su PCP o al ginecólogo obstetra al menos en estas ocasiones:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Todas las semanas durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le indiquen visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Mientras está embarazada, debe cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del **Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**. Para obtener una lista de los sitios del programa WIC, puede llamar al número de teléfono del WIC correspondiente a su condado o ciudad:

Condado de Anne Arundel	410-222-6797	Condado de Harford	410-273-5656
Ciudad de Baltimore	410-396-9427	Condado de Howard	410-313-7510
Condado de Baltimore	410-887-6000	Condado de Montgomery	301-762-9426
Condado de Calvert	877-631-6182	Condado de Prince George	301-856-9600
Condado de Caroline	410-479-8060	Condado de Queen Anne	410-758-0720
Condado de Carroll	410-876-4898	Condado de Somerset	410-749-2488
Condado de Cecil	410-996-5255	Condado de St. Mary	877-631-6182
Condado de Charles	301-609-6857	Condado de Talbot	410-479-8060
Condado de Dorchester	410-479-8060	Condado de Wicomico	410-749-2488
Condado de Frederick	301-600-2507	Condado de Worcester	410-749-2488
Condado de Garrett	301-334-7710		

### **Cuando nazca su bebé**

Después del parto, usted y el bebé podrán quedarse en el hospital al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 72 horas después de una cesárea.

Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le pida que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su casa en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros apenas pueda para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos información sobre el recién nacido.
- Llamar a su agencia de Medicaid al **855-642-8572** para solicitar la inscripción de su bebé en Medicaid.

### **Después de que nazca su bebé**

Si usted está inscrita en My Advocate y recibió llamadas informativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas educativas sobre cuidado de posparto y control médico pediátrico hasta 12 semanas después del parto.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé para recibir su chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

- Es importante hacer una visita de seguimiento con su proveedor obstetra después del parto. Lo ideal sería que vaya entre la semana 1 y la 3, pero siempre antes de que se cumplan las 12 semanas después del parto. Su salud es importante para toda la familia.
- Es posible que su médico obstetra quiera verla antes de las tres semanas si tuvo ciertos problemas antes o después del parto, como presión arterial alta, o si tuvo un parto por cesárea.

Luego de tener el bebé, llame a Servicios para Miembros de Wellpoint apenas pueda para informar que tuvo a su bebé. Necesitaremos, además, información sobre su bebé.

Es posible que ya haya elegido un PCP para su bebé antes del nacimiento. En caso contrario, procuraremos ayudarle para elegir a un PCP para su bebé e inscribir al bebé en Asistencia Médica. Si no sabe quién es el PCP de su bebé, llame a Servicios para Miembros.

## **ANEXO E: Programas de Educación sobre salud**

El equipo de Habilitación de Calidad para Miembros de Medicaid Nacional y el Departamento de Control de Calidad local colaboran con los departamentos internos de Wellpoint, con los proveedores de la red y con organizaciones externas para desarrollar la entrega sistemática de iniciativas de educación sobre salud y actividades destinadas a educar y motivar a los miembros para que adopten hábitos saludables, reducir la incidencia de enfermedades, mejorar los resultados de salud y brindar un mejor acceso a los servicios médicos.

A fin de alcanzar los objetivos del programa, el programa Educación sobre salud y las actividades abordarán las necesidades de problemas de salud identificadas a través de encuestas a la población y del análisis de los datos de los inscritos.

El equipo de Habilitación de Calidad para Miembros de Medicaid Nacional y el plan médico local implementarán y realizarán el seguimiento de los resultados de las actividades de educación sobre salud y los temas que respaldan las métricas de calidad de Maryland Plan; y abordarán temas como la utilización de la sala de emergencias (ER), admisión en un hospital innecesaria, la utilización de servicios preventivos, y los siguientes grupos:

- Niños con necesidades médicas especiales;
- Personas con alguna discapacidad física;
- Personas con alguna discapacidad del desarrollo;
- Miembros embarazadas y durante el posparto;
- Personas sin hogar; y
- Personas con VIH/SIDA
- Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado.

Las estrategias de educación sobre la salud emplean un proceso multifacético de educación del miembro, que tiene por objeto que los miembros participen activamente en el cuidado médico. La educación sobre la salud es importante para administrar el cuidado de los miembros con condiciones médicas mortales, incapacitantes o debilitantes.

## ANEXO F: Procedimiento interno de quejas/apelaciones de la MCO

### Derechos relacionados con reclamos y apelaciones

---

**¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una revisión llevada a cabo por la MCO/Organización de Atención Administrada (Wellpoint) o el Departamento de Salud de Maryland (en adelante, el Departamento) si usted no está conforme con una decisión que afecta su cuidado.

---

**¿Por qué motivos podría apelar?**

Estas son algunas de las razones por las que puede presentar una apelación:

- Su MCO deniega la cobertura de un servicio que su proveedor indica/receta para usted porque:
    - El tratamiento no es necesario para su condición o no ayudaría a diagnosticar su condición.
    - Se podrían proveer otros servicios más efectivos en su lugar.
    - El servicio podría ofrecerse en un entorno más apropiado, como el consultorio de un proveedor en lugar de un hospital.
  - Su MCO limita, reduce, suspende o finaliza un servicio que ya estaba recibiendo.
  - Su MCO deniega, en parte o en su totalidad, el pago a un proveedor para uno de sus servicios.
  - Su MCO demora demasiado para autorizar un servicio que usted o su proveedor solicitó.
  - Su MCO deniega su solicitud de acelerar (o apurar) la decisión relacionada con un problema médico.
  - Su proveedor le cobra un servicio que usted considera que Wellpoint debería pagar.
- 

**¿Qué es un reclamo?**

Un reclamo es cuando usted expresa una disconformidad con su MCO o proveedor.

---

---

**¿Por qué motivos podría presentar un reclamo?**

Los reclamos pueden ser médicos o administrativos. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- El consultorio de su proveedor estaba sucio, no contaba con personal suficiente o era de difícil acceso, o el proveedor fue descortés o poco profesional.
- No puede encontrar un proveedor cercano a su residencia para satisfacer sus necesidades médicas.
- Está insatisfecho con la ayuda que recibió del personal de su proveedor o la MCO.
- Tiene problemas para surtir las recetas, comunicarse con su proveedor o programar citas.
- No considera que está recibiendo la atención adecuada para su condición médica.
- Su MCO demora demasiado para resolver su apelación o reclamo.
- Su MCO deniega su solicitud de una apelación acelerada relacionada con un problema médico.

---

**Cómo presentar una apelación**

---

**¿Cómo apelo ante mi MCO?**

Una vez que reciba la notificación de denegación, usted o su representante tienen 60 días calendario a partir de la fecha de la carta para apelar una decisión de la MCO con la información que se proporciona en la carta. La MCO le enviará una carta para confirmar su apelación. Si desea obtener ayuda del Departamento para apelar ante la MCO, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

---

**¿Qué es un representante?**

Un representante es una persona que posee un permiso por escrito para actuar o hablar en su nombre, como un familiar, un amigo, un proveedor o un abogado. Usted también puede actuar por su cuenta durante la apelación. Deberá proporcionar a la MCO la documentación por escrito correspondiente para designar un representante en la apelación con la fecha y su firma.

---

---

**¿Cómo recibo la información que utilizó la MCO para tomar la decisión?**

En la notificación de denegación se explicará cómo tomó la decisión la MCO, incluida la información que se revisó. También puede llamar a su MCO y solicitar sin cargo la siguiente información para ayudarle con la apelación:

- Su historia clínica
- La cláusula de beneficios, guía, el protocolo o criterio que su MCO utilizó para tomar la decisión
- Asistencia de interpretación oral y traducción escrita
- Asistencia para completar los formularios de apelación de su MCO

También puede llamar a la Línea de Ayuda de HealthChoice del Departamento de Salud de Maryland al 800-284-4510 y pedir ayuda para presentar una apelación, buscar alternativas de atención y obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades.

---

**¿Cuánto tiempo tardará la MCO en resolver mi apelación?**

Su MCO tomará una decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que usted apele y le enviará una carta para informarle la decisión.

Usted o su MCO podrán solicitar una extensión de hasta 14 días calendario en este proceso. Si la MCO necesita más tiempo, la MCO le enviará una carta y lo llamará a usted, a su representante y a su proveedor. Si necesita más tiempo para enviar información que pueda ayudar a la MCO a tomar una decisión, usted, su representante o proveedor pueden llamar a la MCO y solicitar extender el plazo.

---

**¿Cómo puedo obtener una resolución más rápida de mi apelación?**

Puede obtener una decisión más rápida si su proveedor le informa a la MCO que usted tiene una condición médica grave. El proveedor puede llamar a la MCO y solicitar que la decisión se tome más pronto. Si la MCO está de acuerdo, esta le informará la decisión de su apelación al proveedor dentro de las 72 horas. Además, usted recibirá una carta de la MCO. Les informarán a usted y a su proveedor si la MCO rechaza su solicitud, y se tomará una decisión dentro de los 30 días.

**¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal si no estoy de acuerdo con el resultado de mi apelación ante Wellpoint?**

En la audiencia imparcial estatal, la Oficina de Audiencias Administrativas de Maryland revisará la decisión que tomó la MCO en su apelación. Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha en que la MCO haya decidido su apelación. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal si la MCO no toma una decisión dentro del plazo indicado en la carta de confirmación de la apelación.

Una audiencia es una reunión entre usted, alguien de su MCO y un funcionario de audiencias independiente. Puede hablar con ellos acerca de por qué no está de acuerdo con la decisión de la MCO, compartir más información, citar testigos y más. Usted puede traer cualquier documento o información que le ayude al Funcionario de audiencias a comprender sus inquietudes. También podrá consultar sin cargo cualquier registro relacionado con su audiencia, incluida su historia clínica.

Para conocer más sobre las audiencias imparciales estatales y solicitar una, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**. Le explicarán lo que necesita hacer para solicitar una audiencia imparcial estatal. También puede solicitar que la audiencia se realice más cerca de donde vive, indicar los días y horarios que usted tiene disponibles para participar en la audiencia y si necesita transporte para ir y volver.

---

**¿Puedo continuar recibiendo servicios durante una apelación o una audiencia imparcial estatal?**

Sí. Si ya se encuentra recibiendo los servicios, y la MCO decide que sus servicios deben suspenderse o finalizar pronto, es posible que pueda continuar recibéndolos durante la apelación o la audiencia imparcial estatal. Comuníquese con su MCO dentro de los 10 días posteriores a la fecha de notificación o antes del último día de sus servicios.

Nota: Si pierde la apelación o la audiencia imparcial estatal, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante la apelación o la audiencia imparcial estatal.

## Cómo presentar un reclamo

### ¿Cómo presento un reclamo?

Puede presentar un reclamo a la MCO y/o el Departamento.

Para presentar un reclamo a la MCO, llame a la línea de Servicios para Miembros que figura en la tarjeta de identificación de su MCO. La MCO tiene la obligación de responder.

Para presentar un reclamo ante el Departamento, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**. Un representante le brindará ayuda.

### ¿Cuándo puedo presentar un reclamo?

Puede presentar un reclamo en cualquier momento.

### ¿Cuánto tarda la MCO en resolver un reclamo?

Si se trata de un reclamo administrativo, recibirá una carta dentro de los 30 días calendario. En el caso de los reclamos de carácter médico, recibirá una respuesta dentro de las 24 horas si es una emergencia y dentro de 5 días si no es una emergencia. Si la MCO necesita más tiempo, se contactará con usted y le solicitará 14 días calendario adicionales para responder.

# ANEXO G: Directivas anticipadas



Randolph S. Sergent, Esq., Presidente  
Ben Steffen, Director Ejecutivo



## Su vida, sus decisiones

### **Hoja de información sobre directivas anticipadas**

Independientemente de su estado de salud, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo o lesionado como para comunicar decisiones sobre su cuidado médico. Antes de que ocurra una crisis médica, es importante pensar en los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir y en los posibles resultados. Comience a analizarlo con familiares, amigos, proveedores de cuidados médicos, un abogado o un consejero religioso.

### **PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DEL CUIDADO- ANÁLISIS**

La planificación anticipada del cuidado es una conversación permanente con las personas en las que confía para analizar sus preferencias personales y las decisiones que podría tener que tomar en una crisis médica, no solo en lo que respecta al cuidado terminal. La planificación anticipada del cuidado requiere una consideración minuciosa de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, lo cual se documenta en un directiva anticipada o en un formulario de Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (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 ponen de manifiesto sus deseos para que se puedan cumplir en el caso de que usted tenga capacidad limitada, o no tenga capacidad, para tomar decisiones por usted mismo. Esto alivia la carga para sus familiares y seres queridos, y ayuda a prevenir conflictos relacionados con su cuidado. Es importante identificar quien puede hablar en su nombre. En Maryland, este individuo se denomina agente para el cuidado médico. Si usted no designa un agente para el cuidado médico, su familiar más cercano será designado conforme a la ley para tomar decisiones en su nombre si usted no puede expresarse.

### **DIRECTIVA ANTICIPADA - REGISTRO**

Usted tiene la opción de crear una directiva anticipada, una forma útil y legal de guiar su cuidado médico cuando no pueda expresarse usted mismo. Puede designar un agente para el cuidado médico para que tome decisiones en su nombre y especificar sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo usar tratamientos de soporte vital. Elija a alguien en quien confía para tomar estas decisiones importantes y hable con esa persona para asegurarse de que acepta la responsabilidad. En su directiva anticipada, incluya su nombre e información de contacto y cualquier otro agente contingente para el cuidado médico. Distintos formularios de directiva anticipada se encuentran disponibles a través de proveedores de cuidados médicos, organizaciones religiosas, planificadores de sucesión, abogados y otros. No existe un formulario específico que debe utilizar; puede personalizar su directiva anticipada para que se adapte a sus deseos. Asegúrese de proporcionar una copia de su directiva anticipada a sus familiares, proveedores de cuidados médicos, abogado o cualquier persona que deba estar al tanto de sus decisiones. **Recuerde que no está obligado a tener una directiva anticipada y que puede revocar su directiva anticipada y completar una nueva en cualquier momento.**

### **DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA - DIVULGACIÓN**

Una directiva anticipada puede ser más efectiva si la comparte de forma electrónica para que su proveedor de cuidados médicos pueda acceder a ella más fácilmente. Hable con su proveedor de cuidados médicos acerca de cómo guardar una copia de su directiva anticipada e información sobre el agente para el cuidado médico en su sistema seguro de historias clínicas electrónicas. Es posible que pueda agregar información y actualizarla sin tener que acudir a una visita clínica a través del portal para pacientes de su proveedor de cuidados médicos, un sitio web seguro en línea donde puede ver su historia clínica y comunicarse con su equipo de cuidado médico. También puede utilizar un servicio de directivas anticipadas electrónicas reconocido por el estado para crear, cargar, compartir y actualizar su directiva anticipada e información sobre el agente para el cuidado médico; puede obtener más información sobre cómo los proveedores de cuidados médicos que participan en su cuidado pueden acceder a su información en [crisphealth.org/for-patients/#advance-directives](http://crisphealth.org/for-patients/#advance-directives).

**Puede encontrar más información sobre cómo comenzar con su directiva anticipada, incluidos formularios de muestra, en el sitio web del Procurador General de Maryland: [www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/Healthpolicy/AdvanceDirectives.aspx](http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/Healthpolicy/AdvanceDirectives.aspx).**



**833-707-0867 (TTY 711) | [wellpoint.com/md/medicaid](https://wellpoint.com/md/medicaid)**

HealthChoice es un programa del Departamento de Salud de Maryland.