



MedStar Family
Choice



MedStar Family Choice
Maryland HealthChoice
Manual del miembro

Agosto de 2023

It's how we treat people.

Números de teléfono importantes



Si tiene preguntas acerca de cómo encontrar un médico, cambiar su proveedor de atención primaria, ordenar una tarjeta de identidad nueva u otras preguntas acerca de sus beneficios y/o MedStar Family Choice:

Servicios para Miembros

888-404-3549

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios para Miembros TTY/TDD

711 o 800-508-6975

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.



Si necesita atención después de que el consultorio de su médico haya cerrado o si tiene alguna pregunta que debe hacerle a un enfermero:

Línea de ayuda de enfermería después de horas hábiles

855-210-6204

24 horas al día, siete días a la semana

Línea TTY/TDD de ayuda de enfermería después de horas hábiles

711 o 800-508-6975

24 horas al día, siete días a la semana



Si necesita consultar un médico en el término de 24 horas para obtener atención urgente:

El consultorio de su proveedor de atención primaria

____ - ____ - ____
(Revise su tarjeta de identificación como miembro para ver el número de teléfono)

Línea de ayuda de enfermería después de horas hábiles

855-210-6204

24 horas al día, siete días a la semana

Línea TTY/TDD de ayuda de enfermería después de horas hábiles

711 o 800-508-6975

24 horas al día, siete días a la semana



Para preguntas acerca de salud conductual:

Sistema público de salud mental de Maryland

800-888-1965

TTY/TDD

866-835-2755



Si tiene preguntas sobre temas dentales:

Maryland Healthy Smiles – mujeres embarazadas y niños

888-696-9596

De lunes a viernes de, 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

TTY/TDD: **800-466-7566**

Avesis– salud dental para adultos

844-478-0512

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

TTY/TDD: **711**



Si tiene preguntas acerca de cuidado de la vista:

Avesis

844-478-0512

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. to 5:00 p. m.

TTY/TDD: **711**

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 911 O VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS



MedStar Family Choice

Acceso en otros idiomas

Language Accessibility Statement

Interpreter Services Are Available for Free
Help is available in your language: 1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1).
These services are available for free.

Español/Spanish

Hay ayuda disponible en su idioma: 1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1).
Estos servicios están disponibles gratis.

አማርኛ/Amharic

እገዛ በ ቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)** :: እነዚህ አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

العربية Arabic/

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل
هاتف الصم والبكم: (1-1-7م:TTY)

Bàsó ò -wùdù-po-nyò /Bassa

Dè dɛ nià ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m [Bàsó ò -wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò bé in m gbo kpáa.
Đá
1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1).

中文/Chinese

用您的语言为您提供帮助**1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**。 这些服务都是免费的

فارسی /Farsi

تماس با شماره. توجه: اگر به زبان صحبت می کنید، خدمات کمک به زبان رایگان در اختیار شما قرار می گیرد
تلفن های ناشنوا و بی صدا (1-1-7) 3549-404-888-1

Français/French

Vous pouvez disposer d’une assistance dans votre langue: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**.
Ces services sont disponibles pour gratuitement.

જર ત /Gujarati

તમ ર લ ષ મ મદદ ઉપલ ધ છ: **1-888-404-3549 (2-2-7 ય: (TTY: 7-1-1)**). સ વ ઓ મફત
ઉપલ ધ છ

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

Gen èd ki disponib nan lang ou: 1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1). Sèvis sa yo disponib gratis.

Igbo

Enyemaka di na asusu gi: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**. Ọrụ ndị a dị na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

한국어/Korean

사용하시는 언어로 지원해드립니다: **1-888-404-3549- (TTY: 7-1-1)**. 무료로 제공 됩니다

Português/Portuguese

A ajuda está disponível em seu idioma: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**. Estes serviços são oferecidos de graça.

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**. Ang mga serbisyong ito ay libre.

اودرا/Urdu).

لاک۔ ریپہ باایتسد نیم تفم تامدخی کی ددم کی نابز وک پآ و تہ، ریپہ تلوی ودر ا پآ رگا: رادر بخ

1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1). رک

Tiếng Việt/Vietnamese

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị

1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1). Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

Yorùbá/Yoruba

Ìrànlowọ wà ní àrọwọtó ní èdè rẹ: **1-888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**. Awon ise yi wa fun o free.

Servicios de interpretación y ayudas auxiliares

Los servicios de interpretación se encuentran disponibles para todos los miembros de HealthChoice, independientemente de su idioma principal de comunicación. 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 MedStar Family Choice. Las personas con sordera, pérdida de audición o problemas del habla pueden usar el servicio de retransmisión de Maryland (711). Las Organizaciones de Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés) tienen la obligación de brindarle ayudas auxiliares sin costo alguno cuando las solicite. Las ayudas auxiliares incluyen dispositivos para escuchar, material escrito y equipos/dispositivos modificados.

Si necesita servicios de interpretación para una cita con un proveedor, comuníquese con el consultorio del proveedor. Se recomienda notificar al proveedor con anticipación a la cita, de modo que cuente con el tiempo suficiente para coordinar el servicio del intérprete y para evitar demoras en los servicios de cuidado de la salud. En algunas situaciones, la MCO puede ayudar a facilitar la prestación de los servicios de interpretación para las citas con los proveedores.

Llame a los Servicios para Miembros de MedStar Family Choice si tiene alguna pregunta.

Índice

I. Descripción general de HealthChoice.....	7
A. Qué es Medicaid.....	7
B. Qué es HealthChoice.....	7
C. Cómo renovar su cobertura de Medicaid.....	7
D. Inscripción en HealthChoice/MCO.....	8
E. Proceso de inscripción en HealthChoice.....	9
F. Elegibilidad y cancelación de la inscripción en HealthChoice.....	10
G. Actualización de la información de estatus e información personal.....	10
II. Información importante.....	11
A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales.....	11
B. Información de contacto del Departamento de Salud local.....	12
III. Derechos y responsabilidades.....	13
A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a:.....	13
B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:.....	13
C. Declaración de no discriminación.....	14
D. Aviso sobre las prácticas de privacidad.....	15
IV. Beneficios y servicios.....	16
A. Beneficios de HealthChoice.....	16
B. Servicios de autoremisión.....	20
C. Beneficios y servicios que no ofrecen las MCO, pero ofrece el estado.....	22
D. Servicios adicionales que ofrecen las MCO y NO el Estado.....	24
E. Beneficios y servicios excluidos que no cubren las MCO ni el Estado.....	24
F. Cambio de beneficios y ubicaciones de servicios.....	25
V. Información sobre proveedores.....	26
A. Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y atención especializada.....	26
B. Selección o cambio de proveedores.....	26
C. Cancelación de un proveedor.....	27
VI. Cómo recibir la atención médica.....	27
A. Programar o cancelar una cita.....	27
B. Remisión a un especialista o atención de especialidad.....	28
C. Atención fuera del horario hábil, atención urgente y atención en sala de emergencias.....	28
D. Cobertura de área fuera de servicio.....	29
E. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids, Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).....	29
F. Atención de bienestar para adultos.....	30
G. Administración de casos.....	32
H. Atención médica para miembros durante el embarazo y un año después del parto.....	32
I. Planificación familiar (control de natalidad).....	32
J. Atención dental.....	33
K. Atención de la vista.....	33
L. Difusión y educación sobre salud.....	33
M. Servicios de salud conductual.....	34
VII. Servicios especiales.....	34
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales.....	34
B. Servicios que reciben las poblaciones con necesidades especiales.....	34
C. Programa de manejo de casos inusuales y costosos (REM).....	37

VIII. Administración de utilización	38
A. Necesidad médica	38
B. Autorización previa	38
C. Aviso de continuidad de la atención	38
D. Coordinación de beneficios: Qué hacer si tiene otro seguro	40
E. Servicios fuera de la red	41
F. Lista de medicamentos preferidos.....	41
G. Nuevas tecnologías y telesalud	41
IX. Facturación.....	42
A. Avisos de explicación de beneficios o de denegación de pago	42
B. Qué hacer si recibe una factura	42
X. Reclamos, quejas y apelaciones	42
A. Determinación adversa sobre beneficios, reclamos y quejas	42
B. Apelaciones.....	43
C. Cómo presentar un reclamo, una queja o una apelación	44
D. El proceso de reclamos o apelaciones del Estado	44
E. Resoluciones de apelaciones revertidas.....	46
F. Cómo sugerir cambios en las políticas y los procedimientos.....	46
XI. Cambiar su MCO	46
A. Regla de 90 días	46
B. Una vez cada 12 meses.....	46
C. Cuando existe un motivo aprobado para cambiar la MCO.....	46
D. Cómo cambiar la MCO.....	47
XII. Reportar fraude, desperdicio y abuso	47
A. Tipos de fraude, desperdicio y abuso	47
B. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso	47
ANEXO A - Información de contacto de la organización de atención administrada	48
ANEXO B - Aviso de prácticas de privacidad	49
ANEXO C - Servicios adicionales ofrecidos por By Medstar Family Choice	56
ANEXO D - Programa prenatal y posparto	57
ANEXO E - Programas de educación de salud	58
ANEXO F - Proceso interno de reclamos, quejas o apelaciones de la MCO	59
A. Información de línea directa y servicios para participantes en MCO	59
B. Procedimientos internos de queja de MedStar Family Choice.....	59
C. Apelaciones de cobertura médica	60
ANEXO G - Otra información importante	62
A. Sitio web de MedStar Family Choice (MedStarFamilyChoice.com).....	62
B. Cómo sugerir cambios en las políticas o los procedimientos.....	62
C. Nueva Tecnología	62
D. Gastos de bolsillo	62
E. Fraude, desperdicio y abuso.....	63
ANEXO H - Instrucciones médicas anticipadas.....	63
ANEXO I - Declaración de no discriminación de MedStar Family Choice	65
Notas	67

I. Descripción general de HealthChoice

A. Qué es Medicaid

Medicaid, también llamado Medical Assistance, es un programa de seguro de salud (cobertura de gastos por servicios de salud) que administra cada estado junto con el Gobierno federal. Maryland Children's Health Program (MCHP), una rama de Medicaid, brinda seguro de salud a niños hasta los 19 años. Medicaid brinda cobertura a las siguientes poblaciones:

- Familias con bajos ingresos
- Miembros en embarazo con bajos ingresos
- Niños de bajos ingresos; es posible que las familias con ingresos más altos deban pagar una prima (tarifa mensual)
- Adultos con bajos ingresos
- Personas con discapacidades y bajos ingresos

B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el programa Medicaid Managed Care de Maryland. El programa HealthChoice brinda atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una organización de cuidado administrado (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, el asistente de un médico o un enfermero profesional. El PCP supervisa y coordina su atención médica. Algunos participantes de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Recibirán los beneficios de atención médica a través del sistema de pago por servicios de Medicaid.

Las MCO son organizaciones que brindan beneficios de atención médica a los participantes de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales de atención médica (consulte las páginas 16 a 21 para ver la lista completa de beneficios de HealthChoice) incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos: servicios prestados por una persona autorizada a brindar atención médica a pacientes ambulatorios e internados
- Servicios hospitalarios: servicios prestados por centros autorizados a brindar beneficios a pacientes ambulatorios e internados
- Servicios de farmacia: servicios para proporcionar medicamentos recetados y suministros médicos

Las MCO contratan a un grupo de profesionales de la atención médica autorizados o certificados (proveedores) para prestar servicios cubiertos a los afiliados; este grupo se denomina red. Las MCO son responsables de brindar u organizar la gama completa de servicios de atención médica que cubre el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que la MCO no está obligada a brindar, pero que cubre el Estado de Maryland.

Los beneficios de HealthChoice están limitados a los residentes de Maryland y, en general, se limitan 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 su 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 renovar la inscripción. El Estado puede renovar automáticamente la inscripción de algunas personas. 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
- Personas elegibles para inscribirse o renovar la inscripción a través de Maryland Health Connection:
 - adultos de menos de 65 años;
 - padres o parientes cuidadores;
 - embarazadas; y
 - niños, incluidos los que estuvieron en hogares de acogida.
- En línea: **MarylandHealthConnection.gov**
- Por teléfono: **855-642-8572 (TTY: 855-642-8573)**

- myDHR
 - Personas elegibles para inscribirse o renovar la inscripción a través de myDHR:
 - adultos mayores, personas ciegas o discapacitadas (ABD, por sus siglas en inglés);
 - niños bajo cuidado tutelar o justicia de menores; padres o parientes cuidadores;
 - personas que reciban ingreso de seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés); y
 - beneficiarios de Medicare calificados (QMB, por sus siglas en inglés) o beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, por sus siglas en inglés)
 - En línea: **MyDHRBenefits.DHR.State.MD.us**
- Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) o Departamento de Salud Local (LHD, por sus siglas en inglés)
 - Todas las personas pueden presentar una solicitud.
 - Para comunicarse con el DSS, llame al 800-332-63470
 - Para conectarse con un LHD, consulte la página 12

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 asignó una MCO de su área automáticamente. Su inscripción en HealthChoice desde el momento en que eligió o se le asignó automáticamente una MCO demora entre 10 y 15 días. 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 MFC le asignó un número diferente de identificación, su identificación de Medicaid también estará en la tarjeta de identificación de miembro de MedStar Family Choice. El número de teléfono de Servicios para Miembros de la MFC y la Línea de ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**) se encuentran en su tarjeta. Siempre llame primero a Servicios para Miembros de la MFC si tiene alguna pregunta. Si no recibió o si perdió la tarjeta de identificación del miembro de la MFC, llame a Servicios para Miembros de MFC (consulte el Anexo A).

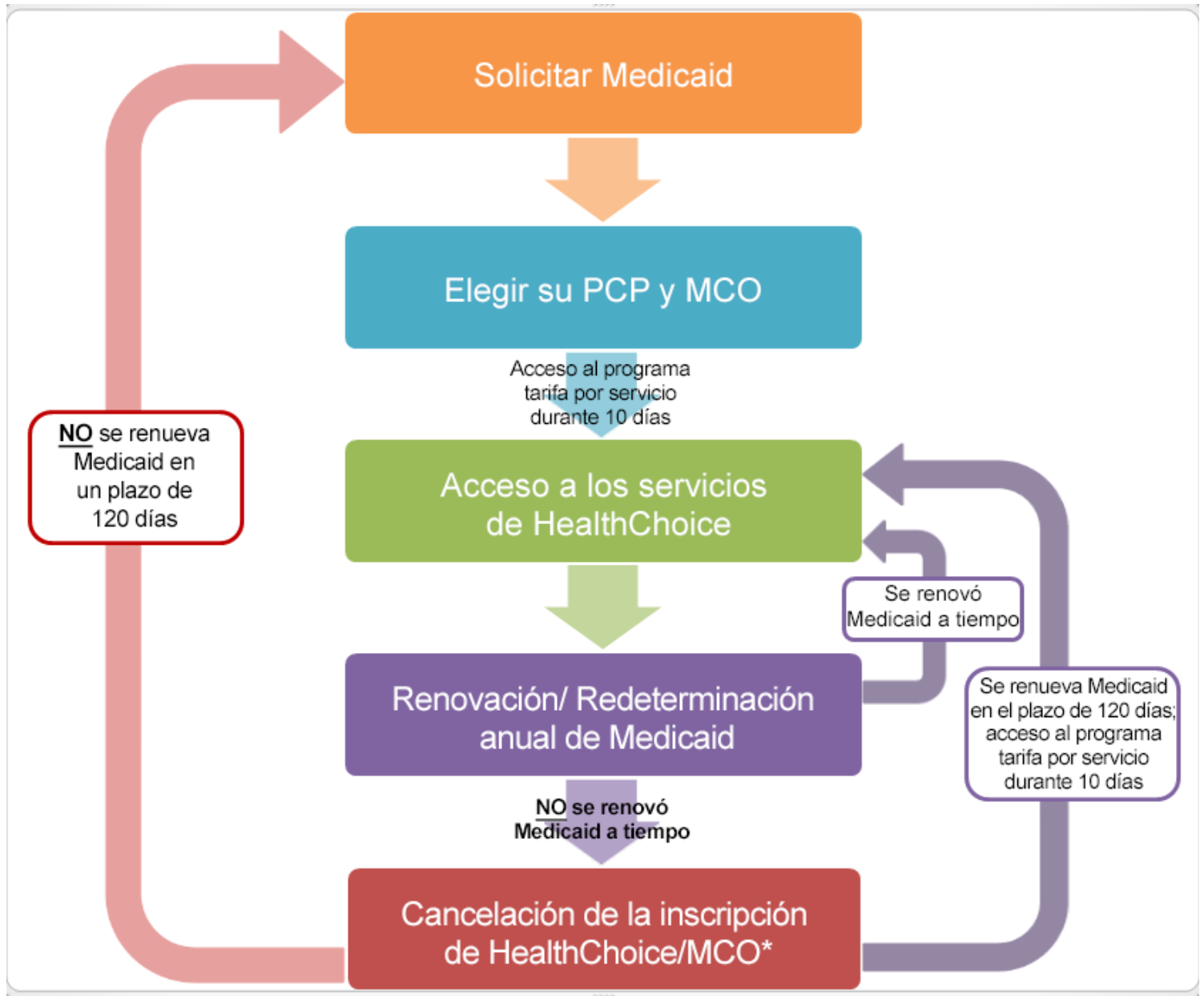
La comunicación es fundamental para garantizar la satisfacción de sus necesidades de atención médica. Ayude a MFC a atenderlo mejor. Si se inscribió por teléfono o en línea, tuvo que completar el formulario de Información sobre necesidades de servicios de salud. Esta información nos ayuda a determinar qué tipos de servicios puede necesitar y con qué urgencia los necesita. Si el formulario no está completo, intentaremos comunicarnos con usted para saber cuáles son sus necesidades.

MFC le ayudará a recibir la atención y servicios necesarios. Si usted conserva el mismo PCP, pero han pasado tres meses desde su última cita, llame para saber cuando es su próxima visita de bienestar. Si usted eligió un PCP nuevo, programe una cita ahora. Es importante que conozca a su PCP. El PCP le ayudará a coordinar su atención y servicios. El PCP le ayudará a coordinar su atención y servicios.

MFC le ayudará a recibir la atención y servicios necesarios.

I. Descripción general de HealthChoice

E. Proceso de inscripción en HealthChoice



* El Estado cancelará su inscripción en HealthChoice y en la MCO cuando Medicaid NO se renueve oportunamente.

F. Elegibilidad y cancelación de la inscripción en HealthChoice

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

Aunque usted todavía califique para Medicaid, hay otras situaciones en las que el Estado cancelará la cobertura de la MCO. Esto sucede cuando:

- Cumple 65 años, independientemente de si se inscribe en Medicare
- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años por discapacidad
- Se encuentra en un centro de enfermería más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en el centro de enfermería
- Califica para recibir atención a largo plazo
- Ingresa en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales
- Se encuentra en prisión (un juez lo ha sentenciado a la cárcel o prisión)
- 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 del Estado si su proveedor la acepta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su seguro. De no ser así, usted 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 funciona en Maryland y con proveedores de estados cercanos cuando forman parte de la red de MFC o cuando la MCO coordina su atención. Aunque una compañía aseguradora 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 de la información de estatus e 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 ocurre 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 en estas situaciones:

- Cambia su dirección postal. Si su dirección postal es diferente de donde vive, también necesitamos saber dónde vive.
- Se ve involucrado en un accidente o resulta herido, y otro seguro o persona pueda ser responsable.
- Se muda. Recuerde que debe ser residente de Maryland.
- Necesita cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social.
- Sus ingresos aumentan.
- Tiene un bebé, adopta un niño o pone un niño en adopción o bajo cuidado tutelar.
- Adquiere o pierde un dependiente en sus impuestos.
- Adquiere o pierde otro seguro de salud.
- Cambia su estado de discapacidad.
- Se casa o divorcia.

II. Información importante

A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales

INFORMACIÓN DE AYUDA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Inscripción en HealthChoice	855-642-8572 TDD (para personas con discapacidad auditiva) 800-977-7389	https://www.marylandhealthconnection.gov/
Preguntas generales sobre HealthChoice	410-767-5800 (local) 800-492-5231 (resto del estado) TDD (para personas con discapacidad auditiva) 800-735-2258	https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx
Línea de ayuda de HealthChoice: para problemas y reclamos sobre el acceso, el proceso de inscripción y la calidad de la atención	800-284-4510	
Miembros en embarazo y planificación familiar	800-456-8900	MMCP.Health.Maryland.gov/CHP
Healthy Kids, EPSDT	410-767-1903	https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx
Programa de atención dental Healthy Smiles	855-934-9812	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx
Programa de manejo de casos inusuales y costosos (REM) - para preguntas sobre remisiones, elegibilidad, quejas, servicios	800-565-8190	https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx
Trastornos de salud mental y por el abuso de sustancias: para remisiones, información sobre proveedores, quejas, autorización previa	800-888-1965	https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx
Centro de apoyo al consumidor de Maryland Health Connection	855-642-8572 TDD (para personas con discapacidad auditiva) 855-642-8573	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 la atención (ACCU)	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	AlleganyHealthDept.com
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	AAHealth.org
Baltimore City	410-396-4398	410-396-7633	410-640-5000	Health.BaltimoreCity.gov
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741	BaltimoreCountyMD.gov/ Agencies/Health
Calvert	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400	CalvertHealth.org
Caroline	410-479-8000	410-479-8014	410-479-8189	Health.Maryland.gov/ CarolineCounty
Carroll	410-876-2152	410-876-4813	410-876-4941	CCHD.Maryland.gov
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130	CecilCountyHealth.org
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760	CharlesCountyHealth.org
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-901-8167	DorchesterHealth.org
Frederick	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124	Health.FrederickCountyMD.gov
Garrett	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771	GarrettHealth.org
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	HarfordCountyHealth.com
Howard	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323	HowardCountyMD.gov/ Departments/Health
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	KentHD.org
Montgomery	311 o	301-600-3124	301-600-3124	Health.FrederickCountyMD.gov
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	PrinceGeorgesCountyMD. gov/1588/Health-Services
Queen Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	QAHealth.org
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	SMCHD.org
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758	SomersetHealth.org
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	TalbotHealth.org
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229	Health.Maryland.gov/ WashHealth
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142 Opción # 1	410-543-6942	WicomicoHealth.org
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	WorcesterHealth.org

III. Derechos y responsabilidades

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

- Recibir atención médica y servicios culturalmente aptos y sin discriminación.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- Recibir información, incluyendo información acerca de opciones y alternativas de tratamiento, sin importar el costo o beneficio de cobertura, de manera que usted pueda entenderla.
- Participar en la toma de decisiones relacionada con su atención, incluyendo el derecho a rechazar el 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 sus expedientes médicos y pedir que estos se corrijan o modifiquen según esté permitido.
- Solicitar copias, sin costo alguno, de todos los documentos, expedientes y de cualquier otra información utilizada en una determinación adversa de beneficios.
- Ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la atención que le proporciona la Organización para la atención administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de salud de Maryland.
- Presentar apelaciones e inconformidades con una Organización para la atención administrada.
- Presentar apelaciones, inconformidades y audiencias estatales imparciales ante el Estado.
- Solicitar que los beneficios continuos sigan así durante una apelación o audiencia estatal imparcial; sin embargo, es posible que tenga que pagar los beneficios continuos si la decisión se confirma en la apelación o audiencia.
- Recibir una segunda opinión de otro médico dentro de la misma MCO, o de un proveedor fuera de la red, si no hay un proveedor disponible dentro de la MCO, si usted no está de acuerdo con la opinión de su médico acerca de los servicios que necesita. Comunicarse con la MCO para recibir ayuda con esto.
- Recibir otra información acerca del manejo de la Organización para la atención administrada, incluyendo la estructura y operación de la organización y planes de incentivos para los médicos. Puede solicitar esta información llamando a la Organización para la atención administrada.
- Recibir información acerca de la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones respecto a las políticas sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

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

- Informar a su proveedor y la MCO si usted tiene otra cobertura de seguro médico.
- Tratar con respeto y dignidad al personal de HealthChoice y al de la MCO, a los proveedores de atención médica y a todo el personal en general.
- Acudir a tiempo a las citas e informar a los proveedores tan pronto como sea posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar su tarjeta de membresía cuando se presente para cada cita. No permitir nunca que otra persona use su tarjeta de Medicaid o MCO. Reportar tarjetas de identificación de miembro pérdidas o robadas a la MCO.
- Llamar a la MCO si tiene algún problema o queja.
- Colaborar con su Proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de atención con el que usted y su PCP estén de acuerdo.
- Hacer preguntas acerca de su atención y hacerle saber a su proveedor si hay algo que usted no entiende.
- Comprender sus problemas de salud y trabajar junto a su proveedor para crear objetivos de tratamiento mutuamente acordados y que usted seguirá.
- Comprender sus problemas de salud y trabajar junto a su proveedor para crear objetivos de tratamiento mutuamente acordados y que usted seguirá.
- Informar al Estado si hay en algún cambio en su estatus.
- Proporcionar información de salud correcta a la MCO y a sus proveedores para que le brinden la atención apropiada.
- Usar el departamento de emergencias solo para casos de emergencia.

- Notificar tan pronto como sea posible a su PCP si recibe atención de emergencia.
- Informar a sus cuidadores acerca de cualquier cambio en sus directrices avanzadas.

C. Declaración de no discriminación

Todas las MCO de HealthChoice deben respetar la política de no discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado procedimientos internos ante quejas para resolver, de forma oportuna y equitativa, reclamos por comportamientos prohibidos según la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) (42 U.S.C. 18116) y sus reglamentos de ejecución correspondientes a 45 CFR Parte 92 dispuestos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe actos discriminatorios por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud.

Encontrará la Sección 1557 y sus reglamentos de ejecución en la oficina del coordinador antidiscriminación de la MCO que se haya designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO y cumplir con la Sección 1557.

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

Procedimiento:

- Se debe presentar la queja ante el coordinador de la Sección 1557 dentro de los 60 días después de que la persona que presenta la queja haya reconocido el supuesto acto de discriminación.
- Un reclamo debe ser por escrito y debe contener el nombre y la dirección de la persona que lo presenta. El reclamo debe describir el problema o la acción considerada discriminatoria, y la solución o asistencia esperada.
- El coordinador de la Sección 1557 (o la persona designada por este) debe investigar el reclamo. La investigación podrá ser informal, pero rigurosa, y debe permitir que todas las partes involucradas tengan la oportunidad de presentar evidencia pertinente al reclamo. Los coordinadores de la Sección 1557 conservarán los archivos y registros relacionados con la queja. En la medida que sea posible y de acuerdo con las leyes pertinentes, los coordinadores de la Sección 1557 tomarán los resguardos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y registros relacionados con las quejas. Solo compartirán estos documentos con las personas que deban tener acceso a la información.

De acuerdo con la preponderancia de la evidencia, los coordinadores de la Sección 1557 elaborarán una decisión por escrito sobre la queja dentro de los 30 días posteriores a la presentación del reclamo, incluyendo un aviso al demandante acerca de su derecho a utilizar recursos administrativos o legales adicionales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento para quejas no reemplaza el derecho de una persona de buscar otras soluciones legales o administrativas, como la presentación de un reclamo por discriminación debido a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Se pueden presentar reclamos por discriminación de forma electrónica en el portal de reclamos la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra disponible en:

OCRPortal.HHS.gov/OCR/Smartscreen o por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019 – TDD: 800-537-7697.**

Los formularios de reclamo están disponibles en: **HHS.gov/OCR/Filing-With-OCR**. Estos reclamos se deben presentar dentro de los 180 días posteriores a la fecha del supuesto acto discriminatorio.

Las MCO tomarán las 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 de idioma, respectivamente, si los necesitan para participar en el proceso para la solución de la queja. 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 la Sección 1557 serán responsables de las medidas.

D. Aviso sobre las prácticas de privacidad

Según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 a la 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 de salud. Si considera que no respetaron sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante su proveedor, su MCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Para presentar un reclamo, consulte la siguiente información:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor.
- MCO: llame a al responsable de Privacidad de MedStar Health al **410-772-6606** o envíe un correo electrónico a **PrivacyOfficer@MedStar.net**.
- U.S. Department of Health and Human Services
 - En línea en: **OCRPortal.HHS.gov/OCR/Smartscreen**
 - Correo electrónico: **ocrcomplaint@hhs.gov**
 - Por escrito a:
Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Para ver el Aviso de prácticas de privacidad de la MCO, consulte el Anexo B.

IV. Beneficios y servicios

A. Beneficios de HealthChoice

En esta tabla, 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 de edad o ciertos tipos de problemas. Salvo por los copagos de farmacia (tarifa que paga el miembro por un servicio de atención médica), nunca debe pagar por estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten correctamente a sus necesidades de atención. Recibirá la mayoría de estos beneficios a través de proveedores que participen en la red de MFC (proveedor participante). También es posible que necesite un referido 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 remisión. A estos se les llama servicios de autoremisión.



Es posible que las MCO renuncien a los copagos de farmacia y ofrezcan beneficios adicionales, como mayor frecuencia en exámenes oculares (consulte el Anexo C). Estos beneficios se llaman beneficios opcionales y pueden variar cada año. Llame a Servicios para Miembros de MFC si tiene alguna pregunta.

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
Servicios de atención primaria	Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para encargarse de sus necesidades generales de salud, y normalmente son proporcionados por su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un enfermero profesional o un asistente médico.	Todos los miembros	
Servicios de EPSDT para niños (MMCP. Health. Maryland. gov/EPSDT)	Chequeos frecuentes de niño sano, inmunizaciones (vacunas), exámenes de desarrollo y consejos sobre bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo necesario para cuidar de los niños enfermos y evitar que enfermen los niños sanos.	Menores de 21 años	
Servicios relacionados con el embarazo	Atención médica durante y después del embarazo, incluyendo estadías en el hospital y, asistencia de una doula, cuando sea necesario, visitas en el hogar después del parto	Miembros que estén en embarazo y durante un año después del nacimiento.	

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
Planificación familiar	Visitas al consultorio médico para planificación familiar, pruebas de laboratorio, dispositivos y pastillas anticonceptivas (incluye condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin un orden del médico) y esterilizaciones permanentes	Todos los miembros	
Servicios primarios de salud mental	Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental proporcionados por su PCP u otro proveedor de la MCO. Si se necesita algo más que servicios básicos de salud mental, su PCP lo remitirá al Sistema público de salud conductual al 800-888-1965 para servicios de salud mental especializados.	Todos los miembros	No recibe los servicios especializados de salud mental de MCO. Si requiere tratamiento por problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo remitirán al Sistema público de salud conductual. También puede llamar a este sistema al teléfono 800-888-1965 .
Servicios dentales	El Programa de atención dental Healthy Smiles de Maryland cubre un amplio rango de servicios dentales, incluyendo chequeos regulares, limpieza dental, tratamientos con flúor, radiografías, rellenos, tratamientos de canales, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, reemplazar una tarjeta de identidad o Manual para miembros o para conocer más sobre los servicios cubiertos, llame a los Servicios para Miembros de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812 .	Todos los miembros	
Cobertura de medicamentos recetados (Servicios de farmacia)	La cobertura de medicamentos con receta médica incluyen medicamentos recetados (medicamentos disponibles solo con receta de un recetador autorizado), insulina, agujas para jeringas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirinas cubiertas para artritis, píldoras de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin el orden de un médico.	Todos los miembros	No hay copagos para menores de 21 años, miembros en embarazo, personas ingresadas en un centro de enfermería u hospicio ni para métodos anticonceptivos.

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
Servicios de especialistas	Son servicios para el cuidado de la salud que brindan médicos, enfermeros profesionales o asistentes médicos especialmente capacitados. Es posible que obtenga una remisión de su PCP antes que pueda consultar a un especialista.	Todos los miembros	
Servicios de diagnóstico y laboratorio	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a averiguar la causa de una enfermedad	Todos los miembros	
Atención médica en el hogar	Son servicios de atención médica que recibe en su hogar e incluyen atención de enfermería y asistentes de atención médica en el hogar.	Personas que requieran atención de enfermería especializada (atención proporcionada por enfermeros registrados o personas bajo su supervisión) en su hogar, por lo general, después de una hospitalización.	No hay servicios de atención personal (ayuda con la vida diaria)
Administración de casos	Es posible que se le asigne un administrador de casos para ayudarlo a planificar y recibir los servicios de atención médica. El administrador de casos también lleva un registro de los servicios necesarios y lo que se ha proporcionado. Debe comunicarse con el administrador de casos para que la administración de su caso sea eficaz.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niños con necesidades especiales de atención médica 2. Miembros en embarazo y en período posparto 3. Personas con VIH/ SIDA 4. Personas que no tienen hogar; 5. Personas con discapacidades físicas o del desarrollo 6. Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado 7. Administración de casos proporcionada por la MCO para otros miembros, según sea necesario 	
Cuidado de la diabetes	Servicios especiales, equipo médico y suministros para los participantes con diabetes	Los participantes que se les ha diagnosticado diabetes	
Programa de prevención de la diabetes	Programa para prevenir la diabetes para miembros en riesgo.	Los miembros de 18 a 64 años con sobrepeso y un nivel elevado de glucosa en sangre o con antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si es prediagnosticado con diabetes o si está en embarazo.

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
	Atención para los pies cuando es necesario médicamente	Todos los miembros	Servicios de rutina para el cuidado de los pies, salvo que sea menor de 21 años, o tenga diabetes o enfermedad vascular con problemas en las extremidades inferiores.
Atención de la vista	<p>Exámenes oculares</p> <ul style="list-style-type: none"> Menores de 21 años: Un examen cada año Mayores de 21 años: un examen cada dos años <p>Anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo menores de 21 años Lentes de contacto si hay una razón médica por la que los anteojos no funcionarán 	<p>Exámenes - todos los miembros</p> <p>Anteojos y lentes de contacto Lentes - Miembros menores de 21 años</p>	Más de un par de anteojos por año a menos que se pierdan, se los roben, se quiebren o se requiera una nueva receta médica
Oxígeno y equipo respiratorio	Tratamiento para ayudar con los problemas respiratorios.	Todos los miembros	
Servicios para pacientes internados	Servicios y cuidado recibidos durante ingresos programados y no programados en estadías de pacientes internados (hospitalización).	Todos los miembros con autorización o como una emergencia	
Atención para pacientes ambulatorios	Servicios y atención recibidos en entorno ambulatorio que no requieran hospitalizaciones. Los servicios incluirían diagnóstico y laboratorio, visita 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
Atención médica de emergencia	Servicios y atención recibidos en un centro hospitalario de emergencias para tratar y estabilizar una afección médica de emergencia.	Todos los miembros	
Atención urgente	Servicios y atención recibidos en un centro de urgencias para tratar y estabilizar una necesidad médica de urgencia.	Todos los miembros	
Servicios de hospicio	Servicios en el hogar o de hospitalización diseñados para satisfacer necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales para enfermos terminales.	Todos los miembros	
Centro de enfermería/ Hospital de atención crónica	Atención de enfermería especializada o rehabilitación hasta 90 días	Todos los miembros	

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
Servicios/dispositivos de rehabilitación	Servicios/dispositivos ambulatorios que ayudan al miembro a realizar actividades de la vida cotidiana. Los servicios incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.	Miembros de mayores de 21 años Los miembros menores de 21 años son elegibles bajo EPSDT (ver la sección 6 E)	
Servicios/dispositivos de habilitación	Servicios/dispositivos que ayudan al miembro a realizar actividades de la vida cotidiana. Los servicios incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.	Miembros elegibles; los beneficios pueden ser limitados.	
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida de la audición	Todos los miembros	Los miembros mayores de 21 años deben cumplir con ciertos criterios para audífonos.
Sangre y productos de sangre	Sangre utilizada durante una operación, etc.	Todos los miembros	
Diálisis	Tratamiento para enfermedad renal	Todos los miembros	
Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos desechables (DMS)	Los DME (se pueden usar varias veces) son artículos tales como muletas, andadores y sillas de ruedas. Los DMS (no se pueden usar varias veces) son equipos y suministros que no tienen uso práctico en la ausencia de enfermedades, lesiones, discapacidades o problemas de salud. Los DMS son artículos tales como suministros para punciones en el dedo, vendajes para heridas y productos para la incontinencia.	Todos los miembros	
Trasplantes	Trasplantes médicamente necesarios	Todos los miembros	
Estudios clínicos	Los costos de los miembros de estudios para comprobar la eficacia de nuevos tratamientos o medicamentos	Los miembros con afecciones poco peligrosas, cuando sea autorizado	
Cirugía estética y reconstructiva	Cirugía para corregir deformidades por enfermedad, trauma, anomalías congénitas o anomalías del desarrollo, o para restaurar funciones fisiológicas.	Todos los miembros	Cirugía cosmética para verse mejor

B. Servicios de autoremisión

Deberá acudir con su PCP para la mayoría de su atención médica, o su PCP lo enviará a un especialista que trabaje con MFC. Para algunos tipos de servicios, usted puede elegir un proveedor local que no participe con su MCO. La MCO continuará pagando al proveedor no participante por servicios, siempre y cuando el proveedor acepte atenderlo y acepte el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera son llamados "servicios de autoremisión." La MCO también pagará por cualquier examen de laboratorio o medicamento relacionado y recibido en el mismo sitio en el que tuvo la consulta de autoremisión. Los siguientes son servicios de autoremisión.

- Servicios de emergencia
- Visita al consultorio de planificación familiar
- Embarazo, bajo ciertas condiciones, y centros de natalidad
- Examen médico del recién nacido
- Centros de salud con base en la escuela
- Evaluaciones para colocación en cuidado tutelar
- Ciertos servicios de especialidad para niños
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal
- Exámenes de laboratorio para detectar la infección por COVID-19.

Servicios de emergencia

Una emergencia es una afección médica repentina y grave que representa un riesgo para su salud si no recibe atención de forma inmediata. No necesita una autorización previa ni una remisión de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica provistos en un centro hospitalario de emergencias resultado de una afección médica de emergencia. Después de recibir tratamiento o estabilizarse tras una afección médica de emergencia, es posible que requiera servicios adicionales para asegurarse de que la afección no reincida. Estos servicios se llaman servicios posteriores a la estabilización.

Servicios de planificación familiar (control de natalidad)

Si lo desea, puede visitar un proveedor que no forma parte 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 médicamente necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio de autoremisión. Si requiere una esterilización voluntaria, necesitará la autorización previa del PCP y deberá usar un proveedor perteneciente a la red de la MFC.

Servicios de embarazo

Si estaba embarazada cuando se unió a MFC y ya había consultado a un proveedor no participante por al menos un chequeo prenatal completo, usted puede decidir si desea acudir con ese proveedor no participante durante todo su embarazo, parto y durante un año después de que nazca el bebé para seguimiento, siempre y cuando el proveedor no participante esté de acuerdo en seguir asistiéndola. La asistencia de una dolua está disponible para visitas prenatales, asistencia al trabajo de parto y parto, y visitas posparto. También tiene acceso a servicios de visitas en el hogar. Los servicios de visitas domiciliarias proporcionan apoyo a miembros embarazadas durante el embarazo y el parto, así como apoyo para padres e hijos durante el período posparto y hasta los dos o tres años de edad. Los servicios de visitas domiciliarias incluyen visitas domiciliarias prenatales, visitas domiciliarias posparto y visitas domiciliarias infantiles. El apoyo grupal con enfoque centrado en el embarazo también está disponible para brindar educación y apoyo a los miembros que vencen aproximadamente al mismo tiempo que usted.

Centros de natalidad

Los servicios realizados en un centro de nacimiento, incluyendo un centro fuera del estado que se encuentre en un estado contiguo (un estado que esté en la frontera con Maryland).

Primer chequeo del bebé antes de salir del hospital

Es mejor elegir al proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de MFC que seleccionó u otro proveedor de la red de MFC no ve a su bebé recién nacido para un chequeo antes que el bebé esté listo para ir a casa del hospital, MFC pagará al proveedor de turno para que realice el chequeo en el hospital.

Servicios del centro de salud con base en la escuela

Para los niños inscritos en escuelas que tienen un centro de salud, existen varios servicios que pueden recibir en el centro de salud escolar. A su hijo se le asignará un PCP

- Consultas y tratamiento para enfermedades físicas agudas o urgentes incluyendo medicamentos necesarios
- Seguimiento a las consultas de EPSDT cuando sea necesario
- Servicios de autoremisión para planificación familiar

Chequeo para niños que ingresan a la custodia estatal

Los niños que ingresan a cuidado temporal o cuidado por familiares deben tener un chequeo en un término de 30 días. El padre temporal puede escoger un proveedor conveniente para autoremisión para esta visita.

Determinados proveedores para niños con necesidades de atención médica especiales

Los niños con necesidades de atención médica especial puede referirse automáticamente a proveedores fuera de la red de MedStar Family Choice (proveedor no participante) bajo ciertas condiciones. La remisión automática para niños con necesidades especiales está diseñada para asegurar la continuidad de atención y asegurar que los planes apropiados de atención estén previstos. La remisión automática para niños con necesidades de atención médica especial dependerá de si la afección que es la base de la atención médica especial del niño se diagnosticó antes o después de la participación inicial del niño en un MCO. Los servicios médicos relacionados directamente con una afección médica del niño con necesidades especiales puede accederse solamente fuera de la red solo si se cumple con las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo miembro**—Un niño que en el momento de la inscripción inicial estaba recibiendo estos servicios como parte de un plan actual de atención puede continuar con estos servicios de especialidad, siempre y cuando el proveedor no participante preexistente envíe el plan de atención médica para revisión y aprobación en un término de 30 días de la fecha de inscripción. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- **Afiliado establecido**—Un niño que ya estaban inscritos en una MCO cuando se le diagnosticó necesidades especiales de atención médica y requiere un plan que incluye servicios específicos pueden solicitar la atención de un proveedor no participante determinado. La MCO debe aceptar la solicitud, a menos que la MCO cuente con un proveedor especialista local participante, que tenga la misma capacitación profesional y los mismos conocimientos, esté disponible de forma razonable y proporcione los mismos servicios.



Servicios de evaluación de diagnóstico (DES, por sus siglas en inglés)

Si tiene VIH/SIDA, puede recibir una visita anual para el servicio de diagnóstico y evaluación (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 el proveedor 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 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 participante con MFC o uno que no lo haga. Las personas que necesitan este servicio pueden ser elegibles para el programa de Administración de casos inusuales y costosos (REM, por sus siglas en inglés) Si la MCO rechaza, disminuye o cancela los servicios, puede presentar una apelación.

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

La MCO no cubre los beneficios de la siguiente tabla. Si usted necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del estado usando su tarjeta roja y blanca de Asistencia médica o tarjeta dental. Si tiene preguntas acerca de cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510).

Beneficio

Descripción

Servicios dentales

Se ofrecen servicios de odontología general, incluso tratamientos convencionales y de emergencia. Los servicios dentales son proporcionados por el Programa de atención dental Healthy Smiles de Maryland y administrados por SKYGEN USA. Si usted es elegible para el Programa de servicios dentales, recibirá información y una tarjeta dental de SKYGEN USA. Si no recibió su tarjeta de identificación dental o tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame al Programa de atención dental Healthy Smiles de Maryland al **855-934-9812**.

Terapia ocupacional, física y del habla para niños menores de 21 años

El Estado paga estos servicios si son necesarios por motivos médicos. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la línea directa del Estado al 800-492-5231.

Dispositivos amplificadores para problemas del habla

Equipo que ayuda a las personas con discapacidades verbales a comunicarse

Salud conductual

Los servicios para abuso de sustancias y los servicios especializados de salud mental se brindan a través del Sistema público de salud conductual. Puede comunicarse con ellos llamando al **800-888-1965**.

Centro de atención intermedia (ICF) - Servicios para retraso mental (MR)

Este es un tratamiento en un centro de atención médica para personas que tienen una discapacidad intelectual y necesitan este nivel de atención.

Servicios de atención personal especializada

Este es una ayuda especializada con actividades de la vida diaria.

Servicios de atención médica diaria

Esto es ayuda para mejorar las habilidades para vivir a diario en un centro autorizado por parte del estado o departamento de salud local, que incluye servicios sociales y médicos.

Centro de enfermería y servicios de atención a largo plazo

La MCO no cubre la atención en un centro de enfermería, hospital de rehabilitación crónica u hospital crónico después de los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, usted no será inscrito de nuevo en la MCO. Si esto sucede, usted tendrá que aplicar a Medicaid bajo las reglas de cobertura para atención a largo plazo. Si aún cumple con los requisitos el Estado después de terminar su inscripción de la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días, el Estado sería el responsable.

VIH/SIDA

Determinados servicios de diagnóstico para VIH/SIDA los paga el estado (pruebas de diagnóstico de carga viral, pruebas genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de detección de resistencia de VIH/SIDA).

Este procedimiento médico para terminar con determinados tipos de embarazo está cubierto por el estado únicamente si:

- La paciente probablemente tendrá graves problemas de salud física o mental o podría morir, si la paciente tiene al bebé;
- La paciente está embarazada debido a una violación o incesto y se denunció el crimen; o
- El bebé tendrá graves problemas de salud.

Servicios de aborto

Los miembros que sean mujeres elegibles para HealthChoice solamente debido a sus embarazos no son elegibles para servicios de aborto.

Servicios de transporte

Transporte médico de emergencia: Servicios médicos durante el traslado de un miembro a un centro de salud producto de una llamada al 911. El cuerpo de bomberos local presta este servicio. Si tiene una emergencia de salud, llame al 911.

Transporte médico que no sea de emergencia: Las MCO no tienen obligación de ofrecer transporte para 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.

Es posible que algunas MCO proporcionen algunos servicios de transporte, como boletos de autobús, servicios de transporte en camioneta y taxis para asistir a citas médicas. Comuníquese con MedStar Family Choice para conocer si ofrecen servicios de transporte.

Los departamentos locales de salud (LHD) ofrecen traslados médicos que no sean de emergencia a ciertas personas calificadas. El transporte proporcionado es solo para servicios cubiertos de Medicaid. El transporte a través de los LHD es para 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 médicos que no sean de emergencia.

Para obtener más información sobre el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte de dicho departamento.

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 transporte 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 MFC.

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. Para conocer los beneficios y servicios adicionales, consulte el Anexo C o llame a Servicios para Miembros de MFC.

Beneficios y servicios SIN cobertura:

- Servicios de ortodoncia para personas de 21 años o más, o niños que no sufran graves problemas que dificulten su capacidad de hablar o comer
- Medicamentos de venta libre (excepto aspirinas cubiertas para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años)
- Cuidado de rutina de los pies para adultos de 21 años o más que no tengan diabetes ni problemas vasculares
- Zapatos (ortopédicos) y fuentes de apoyo para personas que no tengan diabetes ni problemas vasculares
- Vacunas para viajar afuera de Estados Unidos continental o cuidado médico fuera de los Estados Unidos
- Programas de dieta y ejercicios para ayudarle a perder peso

- Cirugía cosmética para verse mejor y que no sea por motivos de salud
- Servicios de tratamiento para fertilidad, incluyendo los servicios para revertir una esterilización voluntaria
- Habitación privada en el hospital para personas sin una razón médica como tener una enfermedad contagiosa
- Enfermería privada para personas mayores de 21 años de edad
- Autopsias
- Cualquier tratamiento experimental, a menos que sea parte de una prueba clínica aprobada
- Cualquier necesidad que no sea por motivos médicos

F. Cambio de beneficios y ubicaciones de servicios

Cambio de beneficios

A veces, es posible que se rechacen, reduzcan o cancelen los beneficios y servicios de HealthChoice porque no son o dejaron de ser médicamente necesarios. Esto se denomina determinación adversa sobre 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, usted tiene la oportunidad de presentar una queja.

Pérdida de beneficios

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. No presentar la documentación de redeterminación necesaria para acceder a Medicaid o no cumplir con los criterios de elegibilidad para Medicaid, son causas para que se cancele la inscripción a HealthChoice. Si usted pierde la elegibilidad para Medicaid, el Estado cancelará su inscripción a la MCO, y usted perderá los beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad dentro de los 120 días, lo inscribirán automáticamente a la misma MCO.

Cambio de las ubicaciones de atención médica

Cuando su proveedor de atención médica cambie de ubicación, recibirá una notificación por escrito. Si el proveedor es un PCP y la nueva ubicación es demasiado lejos de su hogar, puede llamar a Servicios para Miembros de MFC para cambiar a un PCP que trabaje en su área.

V. Información sobre proveedores

A. Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y atención especializada

Su PCP es el principal coordinador de su atención y lo ayuda a administrar sus necesidades y servicios de atención médica. Visite a su PCP para chequeos de rutina, recomendaciones médicas, vacunas y remisiones a especialistas cuando sea necesario. Los PCP pueden ser médicos, enfermeros profesionales o asistentes médicos y por lo general, trabajan 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. Un especialista es un doctor, enfermero profesional o asistente médico con capacitación adicional que le permite prestar servicios en un área específica de atención médica. La atención que recibe de un especialista se llama "atención especializada". Para recibir este tipo de atención, es posible que necesite un remisión de su PCP. Hay algunos servicios de atención médica especializada que no requieren un remisión; estos servicios se denominan servicios de autoremisión. Para las mujeres, si su PCP no es un especialista en salud femenina, tiene derecho de consultar con un especialista en salud femenina dentro de la red de MFC sin una remisión.

Sus proveedores no serán penalizados por asesorar o defender en su nombre.

B. Selección o cambio de proveedores

Cuando se inscribe a una MCO por primera vez, 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 MFC. Si no elige un PCP, MFC elegirá uno por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede llamar a Servicios para Miembros de MFC para cambiarlo en cualquier momento. Lo 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 a PCP distintos. Se recomienda que los miembros de Health-Choice menores de 21 años seleccionen un proveedor de diagnóstico y tratamiento de detección periódica temprana (EPSDT). Los proveedores de EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. Los Servicios para Miembros de MFC podrán informarle acerca de los proveedores con certificación en EPSDT.



Si desea conocer la lista de proveedores participantes de MedStar Family Choice, encontrará directorios de proveedores en el sitio web de MFC. Si desea recibir una copia impresa del directorio de proveedores por correo, comuníquese con Servicios al Miembro de MFC. Si desea obtener más información sobre su PCP, especialistas, parteras, fisioterapeutas, terapeutas del habla, audiólogos o cualquier otro tipo de proveedor que lo vaya a atender, puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros de MedStar Family Choice al **888-404-3549**.

El representante de servicios para miembros le dará la información sobre su proveedor o transferirá su llamada a alguien que le pueda ayudar. También puede visitar nuestro sitio web en **MedStarFamilyChoice.com**.

Hay información detallada en el sitio web con relación a cada uno de nuestro proveedores, incluyendo información sobre los privilegios hospitalarios, educación y certificaciones. Si quisiera obtener este tipo de información sobre su proveedor, pero no tiene acceso a nuestro sitio web, puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir esta información por teléfono, o le podemos enviar la información sobre proveedores específicos.

C. Cancelación de un proveedor

Muchas veces, un PCP o proveedor deja de trabajar o da por finalizado el contrato con MFC. Cuando esto ocurra, recibirá una notificación por escrito o una llamada telefónica de MFC.

- Si MFC deja de trabajar con su PCP, se le solicitará que elija un PCP 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 MFC, deberá elegir un PCP nuevo dentro de MFC.
- Si no elige un nuevo PCP, MFC elegirá uno por usted. Después de elegir un PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de MFC por correo con la información actualizada del PCP.

VI. Cómo recibir la atención médica

A. Programar o cancelar una cita

Para programar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. Encontrará el nombre y el número telefónico de su PCP en el frente de la tarjeta de identificación que le envió MFC. También puede llamar a Servicios para Miembros de MFC, donde le informarán el nombre y el número telefónico de su PCP u otros proveedores. Para garantizar que el personal del consultorio del proveedor tenga lista su historia clínica y que el proveedor esté disponible, programe una cita antes de acudir al consultorio del proveedor. 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.

Llegue a tiempo el día de la cita. De esta forma, el proveedor podrá pasar el mayor tiempo posible con usted y evitará grandes demoras. Lleve lo siguiente a todas las citas:

- La tarjeta de Medicaid
- La tarjeta de identificación de MFC
- Una identificación con foto

Para cancelar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor apenas sepa que no asistirá. Cancelar las citas le permite al proveedor ver a otros pacientes. Reprograme la cita apenas sea posible para satisfacer oportunamente sus necesidades de atención médica.

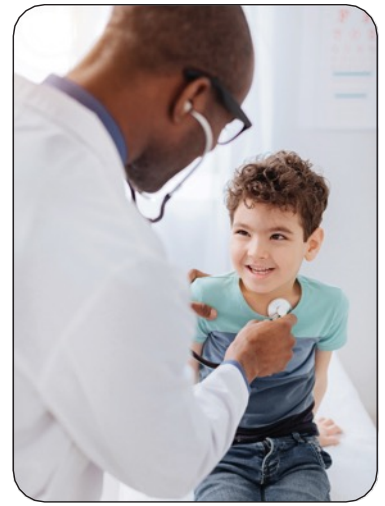
B. Remisión a un especialista o atención de especialidad

Su PCP está a cargo de la coordinación de su atención. Si su PCP considera que necesita atención especializada, lo remitirá a un especialista. Dependiendo de su MCO, es posible que necesite una remisión de su PCP antes de programar una cita con un especialista.

Llame a Servicios para Miembros de MFC para conocer sus requisitos de remisión.

C. Atención fuera del horario hábil, atención urgente y atención en sala de emergencias

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 lo ayudará a elegir el lugar adecuado según sus necesidades de salud.



Consultorio del médico

- Chequeos
- Pruebas de detección
- Cualquier inquietud que le preocupe
- Tos/resfriado
- Fiebre
- Dolor persistente
- Pérdida inexplicable de peso

Centro de atención urgente

- Enfermedad/lesión menor
- Gripe/fiebre
- Vómito/diarrea
- Dolor de garganta, dolor de oído o infección en los ojos
- Esguince/torceduras
- Posible fractura del hueso
- Lesiones deportivas

Sala de emergencia

- Inconsciencia
- Dificultad para respirar
- Lesión grave en la cabeza, cuello o la espalda
- Dolor/presión en el pecho
- Hemorragia grave
- Intoxicación
- Quemaduras graves
- Convulsiones
- Fractura grave en los huesos
- Agresión sexual

Atención fuera del horario normal

Si requiere atención que no sea de emergencia fuera del horario de atención normal, llame al consultorio de su PCP, a la Línea de asesoría de enfermería (Nurse Advice Line) de MFC al 855-210-6204, o utilice MedStar eVisit. Los números de teléfono de su PCP y la Línea de asesoría de enfermería se encuentran en su tarjeta de identificación de miembro de MFC. Su doctor, o su servicio de respuesta podrá contestar todas las preguntas que tenga, le ofrecerá instrucciones y podrá organizar cualquier servicio necesario. La Línea de asesoría de enfermería siempre está disponible para contestar cualquier pregunta que tenga. Lo ayudarán a ir al lugar adecuado para que pueda recibir la mejor atención posible y no pagar de más innecesariamente. Encuentre abajo más información de MedStar eVisit.

Atención urgente

Si tiene alguna enfermedad o lesión que pudiera convertirse en una emergencia dentro de las 48 horas si no recibe tratamiento, 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 autorización previa, pero asegúrese de que el centro pertenezca a la red de la MCO o es posible que deba pagar. Si no está seguro de si necesita acudir a un centro de atención de urgencia, llame a su PCP o a la Línea de asesoría de enfermería de MFC, disponible las 24 horas o utilice MedStar eVisit. Los números de teléfono de su PCP y la Línea de asesoría de enfermería se encuentran en su tarjeta de identificación de miembro de MFC.

MedStar eVisit es otra opción para la atención urgente con acceso por medio de video a proveedores médicos de confianza desde su tableta, teléfono inteligente o computadora, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para conocer más información o inscribirse, visite la página web MedStarFamilyChoice.com/eVisit.

Atención en la sala de emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección que requiere atención médica inmediata para evitar graves deterioros o disfunciones en la salud. Si sufre una afección médica de emergencia y requiere atención en una sala de emergencias (servicios que provee un centro de emergencia hospitalaria), llame al 911 o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Puede ir sin necesidad de remisión a cualquier departamento de emergencias. No se requiere autorización previa.

Si no está seguro de si necesita acudir al departamento de emergencias, llame a su PCP o a la Línea de asesoría de enfermería de MFC, disponible las 24 horas o utilice MedStar eVisit. Después de recibir tratamiento tras una afección médica de emergencia, es posible que requiera servicios adicionales para asegurarse de que la afección no reincida. Estos servicios se llaman servicios posteriores a la estabilización. MFC trabajará con el personal del hospital para decidir si necesita estos servicios. Si desea obtener más información sobre la forma en que se toma esta decisión, comuníquese con MFC.

Si su PCP y la MCO no están al tanto de su visita a una sala de emergencias, llámelos tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de emergencia para poder programar los cuidados posteriores que necesite.

D. Cobertura de área fuera de servicio

No todas las MCO brindan servicios en todas las áreas del estado. Si requiere atención que no sea de emergencia en centros fuera del área de servicios de MFC, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de MFC. Encontrará ambos números en la tarjeta de MFC. Si se muda y su nueva residencia es en un condado diferente de Maryland en el que MFC no ofrece servicios, usted puede cambiar su MCO llamando a Maryland Health Connection al **(855-642-8572)**. Si decide seguir con su MCO, es posible que deba proporcionar sus propios medios para trasladarse a un proveedor 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. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids, Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Es importante que los bebés, niños y adolescentes de hasta 21 años reciban chequeos frecuentes. El programa Healthy Kids/EPSDT ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas de salud antes de que aumenten su complejidad y sus costos. El EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de la vista y de la audición médicamente necesarios. La MCO cubrirá varios servicios de EPSDT, pero otros servicios, como los servicios dentales, los servicios para la salud del conductual y las terapias, estarán cubiertos a través del sistema de pago por servicios de Medicaid (*consulte la página 24*). Healthy Kids es un componente preventivo de EPSDT para el bienestar del niño. Los PCP de su hijo recibirán certificación del Estado para garantizar que estén al tanto de los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, que estén preparados para realizar los exámenes de detección necesarios y que cuenten con las vacunas necesarias para la inmunización del niño en los momentos adecuados.

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 MFC se lo comunicará. Usted puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros de MedStar Family Choice si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar de PCP o si necesita ayuda para hacerlo.

En la siguiente tabla, se muestran las edades a las que los niños deben asistir a visitas de niño sano. Si el PCP del niño recomienda más visitas, la MCO también las cubrirá. Durante las visitas de niño sano, el PCP controlará la salud de su hijo y todos los aspectos de su desarrollo. También realizará exámenes de detección en búsqueda de problemas de salud. Algunos de estos exámenes para detectar problemas de salud se realizan con muestras 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 cumplir con las citas para los exámenes de niño sano. 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, incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

Edad	Examen de niño sano Evaluación de desarrollo Educación sobre salud	Inmunizaciones infantiles (*se recomienda la vacuna contra la influenza todos los años a partir de los seis meses)	Análisis de plomo en la sangre (*análisis adicional según el grado de riesgo)
Nacimiento	X	X	
3 a 5 días	X		
1 mes	X		
2 meses	X	X	
4 meses	X	X	
6 meses	X	X	
9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
15 meses	X	X	
18 meses (1.5 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 los 4 a los 6, de los 9 los 12 y los 16 años)	

F. Atención de bienestar para adultos

Las consultas de bienestar con el médico son importantes. El PCP lo revisará, le proporcionará o recomendará exámenes de detección según su edad y sus necesidades, y analizará su historia clínica y los medicamentos que tome actualmente. El PCP coordinará los servicios que necesite para que usted se mantenga saludable. Durante la visita, informe a su PCP si hubo cambios desde su última visita, haga preguntas si las tiene y hable sobre su evolución con respecto al plan de atención. Cuando hable con su PCP, brinde información real y actualizada sobre su salud física, social y mental para poder recibir la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Recomendaciones para la atención preventiva 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 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 los 50 a 75 años, la frecuencia depende de los exámenes utilizados: basados en heces – anualmente a cada tres años, flexsigmoideo cada cinco años, colonografía TC cada cinco años o colonoscopia cada 10 años
Prueba para detección de enfermedades 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 entre 16 y 24 años con actividad sexual. Mayores de 25 años: según el grado de riesgo Sífilis: adultos con riesgo elevado
Vacuna contra la influenza	Anualmente
Vacuna TdaP (tétanos, difteria y tos ferina acelular)	Una vez en la adultez (si no se recibió entre los 11 y 12 años) y en cada embarazo.
Vacuna contra Td (tétanos)	Cada 10 años, dosis adicionales si se indica por riesgo
Vacuna contra culebrilla (herpes zóster)	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, enfermedades pulmonares, enfermedades cardíacas, tabaquismo, alcoholismo u otros factores de riesgo (consulte a su médico para determinar el riesgo).
Pruebas de detección para cáncer del seno (mamografía)	Cada dos años entre los 50 y los 75 años; según el riesgo entre los 40 y los 50 años.
Prueba de detección de cáncer de pulmón	Anualmente en adultos de 55 a 80 años con antecedentes de fumar 30 paquetes por año, que fumen activamente o que hayan dejado de fumar hace menos de 15 años; el examen de detección se realiza mediante una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Cada tres años para miembros con órganos reproductivos internos de 21 a 29 años, cada cinco años para miembros de 30 a 65 años.
Abuso o uso indebido de sustancias: Alcohol, tabaco, otras	Adultos de 18 años en adelante; anualmente o con mayor frecuencia según el riesgo.

*Todas las recomendaciones se basan en el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (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 atención médica para una afección crónica o un episodio de atención que afecta su estado de salud, MFC le asignará un administrador de casos que lo asistirá a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeros o trabajadores sociales certificados que están capacitados para trabajar con los proveedores a fin de garantizar que se satisfagan sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador de casos es muy importante para ayudarlo a elaborar e implementar un plan de atención personalizado. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o podrían brindarle sus servicios personalmente.

H. Atención médica para 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. La ayudarán a obtener cuidado prenatal (el cuidado que reciben los miembros durante el embarazo). El cuidado prenatal consiste en chequeos regulares con un obstetra o una enfermera obstétrica certificada que controlarán su salud y la salud de su bebé no nacido.

Si está embarazada, MFC la ayudará a programar una cita de cuidado prenatal dentro de los 10 días a partir de su solicitud. Si ya comenzó el cuidado prenatal antes de inscribirse en MFC, es posible que pueda continuar asistiendo al mismo proveedor de cuidado prenatal durante el embarazo, el parto y durante dos meses después de que nazca el bebé.

MFC también puede ponerla en contacto con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de cuidado prenatal para ayudarla a obtener los servicios, la educación y el apoyo necesarios. Si tiene otros problemas de salud, o estuvo embarazada anteriormente y tuvo problemas de salud, MFC le ofrecerá ayuda adicional.

El Estado inscribirá al recién nacido automáticamente en su MCO. Si reunió los requisitos para Medicaid debido a que 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 en embarazo (800-456-8900) o a Servicios para Miembros de MedStar Family Choice. Para obtener información adicional, consulte Servicios especiales para miembros en embarazo (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 para recibir servicios de planificación familiar sin remisión. MFC pagará a un proveedor no participante por los servicios siempre que este acceda a brindarle atención y acepte el pago de MFC. Además, las MCO no están autorizadas a cobrar copagos por los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes, entre otros:

- Control de natalidad
- Pruebas de embarazo
- Esterilizaciones voluntarias (dentro de la red con autorización previa)

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

J. Atención dental

El programa Medicaid de Maryland proporcionará cobertura de los servicios dentales para adultos bajo el Programa de atención dental Healthy Smiles de Maryland. No hay que pagar primas, deducibles o copagos para los servicios cubiertos. No hay un monto máximo de beneficio cada año. Los miembros nunca deben pagar gastos de bolsillo por servicios cubiertos. Los servicios del Programa de atención dental Healthy Smiles de Maryland incluyen, pero no están limitados a:

- Chequeos regulares
- Limpieza dental
- Tratamientos con flúor
- Radiografías
- Rellenos
- Tratamientos de canales
- Coronas
- Extracciones dentales
- Anestesia

Llame a los Servicios para Miembros del programa Healthy Smiles de Maryland al **1-855-934-9812** si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para buscar un proveedor de atención dental.

K. Atención de la vista

- Si usted es menor de 21 años, es elegible para lo siguiente:
 - Exámenes oculares
 - Anteojos una vez al año
 - Lentes de contacto, si son médicamente necesarios en lugar de anteojos
- Si usted tiene 21 años o más, es elegible para lo siguiente:
 - Exámenes oculares cada dos años
 - Consulte el Anexo C para conocer otros beneficios de atención de la vista para adultos que ofrece MFC
 - Llame a Avesis si tiene preguntas o si necesita encontrar a un proveedor de atención de la vista al **844-478-0512**.

L. Difusión y educación sobre salud

Usted tiene acceso a los programas de educación sobre salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación sobre la salud brindan información y recursos que lo ayudarán a estar activo en la atención médica y de salud.

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

MFC también brinda servicios de difusión a los miembros que hayan identificado que puedan tener dificultades para acceder a su atención médica. El plan de difusión de MFC está dirigido a las personas con quienes es difícil comunicarse o que no cumplen con un plan de atención. Si MFC no puede comunicarse con usted o usted no ha asistido a alguna cita, podría ser remitido a la Unidad Administrativa de Coordinación de la Atención (ACCU, por sus siglas en inglés) en su departamento de salud local.

Las MCO no emplean a las ACCU. El Estado contrata a las ACCU para ayudarlo 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 con usted por teléfono, es posible que vayan a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudarlo a obtener la atención y servicios médicos adecuados, y a mantenerse conectado a estos.

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 MFC. Su PCP puede tratarlo o remitirlo al Sistema público de salud conductual. Este sistema del Estado cubre una variedad de servicios de salud conductual. Para acceder a estos servicios sin ser remitido por su PCP, puede llamar al Sistema público de salud conductual **(800-888-1965)**

Esta línea de ayuda gratuita está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para atender su llamada y lo ayudarán a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Administración de casos
- Servicios de crisis de emergencia/intervención móvil en crisis
- Servicios de psiquiatría para pacientes internados
- Centros de salud mental para pacientes ambulatorios
- 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 la atención de seguimiento que sea necesario.

VII. Servicios especiales

A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

El estado ha nombrado determinados grupos como necesitados de apoyo especial de MCO. Estos grupos se conocen como “poblaciones con necesidades especiales” e incluyen:

1. Miembros en embarazo y que recién han dado a luz
2. Niños con necesidades especiales de atención médica
3. Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado
4. Adultos o niños con alguna discapacidad física o del desarrollo
5. Adultos y niños con VIH/SIDA
6. Adultos y niños sin hogar

MFC tiene un proceso para hacerle saber si usted se encuentra en las poblaciones con necesidades especiales. Si tiene alguna pregunta sobre sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros de MFC.

B. Servicios que reciben 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 siguientes servicios. Deberá trabajar y comunicarse con MFC para que lo ayuden a obtener la cantidad correcta y el tipo correcto de atención:

- **Un administrador de casos:** Un administrador de casos puede ser un enfermero, un trabajador social u otro profesional que se haya asignado a su caso poco después de unirse a una MCO. Esta persona los 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:
 - Ayudar a elaborar el plan de atención
 - Asegurarse de que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o cuando sea necesario
 - Llevar un registro de los servicios de atención médica
 - Ayudar a las personas que le brindan el tratamiento a trabajar juntos

- **Especialistas:** Al tener necesidades especiales, es necesario que usted consulte a los proveedores con más experiencia en su afección. Su PCP y su administrador de caso trabajarán juntos para asegurarse de que se le envíe al especialista correcto. Esto incluirá especialistas para suministros y equipo que puede necesitar.
- **Seguimiento cuando no asiste a una visita:** Si su PCP o especialista descubren que usted no asiste a las citas, nos informarán y un miembro de nuestro personal se comunicará con usted por correo, por teléfono o con una visita a su domicilio para recordarle que debe llamar para programar otra cita. Si sigue faltando a sus citas, puede visitarlo alguien más del departamento de salud local cerca de donde vive.
- **Coordinador de necesidades especiales:** Las MCO deben tener un coordinador de necesidades especiales en su personal. El coordinador de necesidades especiales le educará sobre su afección y le sugerirá lugares en su área donde puede obtener apoyo de personas que saben sobre sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, MFC 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 en embarazo y que recién han dado a luz

a. Citas: MFC la ayudará a programar una cita de cuidado prenatal dentro de los 10 días a partir de su solicitud.

b. Evaluación de riesgo prenatal: A los miembros en embarazo se les realizará a una evaluación de riesgo prenatal. En su primera visita de cuidado prenatal, el proveedor le hará una evaluación de riesgo. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y la MCO. MFC ofrecerá una variedad de servicios que la 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. Ellos le brindarán la información sobre los recursos locales.

c. Elección de un proveedor pediátrico: MFC le ayudará a elegir un proveedor de atención pediátrica. Podría ser un pediatra, un médico familiar o un enfermero profesional.

d. Duración de estadía en el hospital: La duración de 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 debe permanecer en el hospital después del nacimiento del bebé por razones médicas, puede solicitar que su recién nacido permanezca en el hospital mientras usted está hospitalizada. Se cubrirá una hospitalización adicional hasta de cuatro días para su recién nacido.

e. Seguimiento: MFC programará una visita de seguimiento al recién nacido dos semanas después del alta si no hay ocurrido una visita en el hogar o en un término de 30 días después del alta si se ha realizado una visita en el hogar.

f. Atención dental: La salud bucal adecuada es importante para tener un embarazo saludable. Todos los beneficiarios de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales a través del Programa de atención dental Healthy Smiles del estado de Maryland. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame a Healthy Smiles (855-934-9812).

g. Servicios para el trastorno por el abuso de sustancias: Si usted solicita tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias, será referida al Sistema público de salud conductual dentro de las 24 horas a partir de la solicitud.

h. Prueba y asesoramiento de VIH: A los miembros en embarazo se les ofrecerá realizar una prueba de VIH, y recibirán información sobre la infección de VIH y su efecto en el niño no nacido.

i. Asesoría sobre nutrición: A los miembros en embarazo se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a comer sano.

j. Asesoramiento sobre tabaquismo: Los miembros en embarazo recibirán información y apoyo sobre métodos para dejar de fumar.

k. Citas para examen de detección de EPSDT: Las adolescentes embarazadas (hasta los 21 años) deberán recibir todos los servicios de examen de detección de EPSDT además de cuidado prenatal.

l. Consulte el Anexo D: para ver los servicios adicionales que la MFC ofrece a los miembros en embarazo.

2. Niños con necesidades especiales de cuidado de la salud

a. Trabajo con escuelas: MFC trabajará en conjunto con las escuelas que brindan educación y programas de servicios familiares a niños con necesidades especiales.

Acceso a ciertos proveedores no participantes: Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden consultar sin necesidad de una remisión a proveedores fuera de la red de la CO en ciertas condiciones. La remisión automática para niños con necesidades especiales está diseñada para asegurar la continuidad de atención y asegurar que los planes apropiados de atención estén previstos. La remisión automática para niños con necesidades de atención médica especial dependerá de si la afección que es la base de la atención médica especial del niño se diagnosticó antes o después de la participación inicial del niño en un MCO. Los servicios médicos relacionados directamente con una afección médica del niño con necesidades especiales puede accederse fuera de la red si se cumple con las condiciones específicas.

3. Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado

a. Niños que reciben cuidado supervisado por el Estado (cuidado tutelar y familiar): MFC garantizará que los niños que reciben cuidado supervisado por el Estado (cuidado tutelar y familiar) obtengan los servicios que necesitan de los proveedores al tener una persona en la MCO que sea 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 a otra MCO.

b. Detección de abuso o negligencia: Cualquier niño que se crea que ha sido abusado física, mental o sexualmente será remitido a un especialista que puede determinar si ocurrió un abuso. En el caso de un posible abuso sexual, MFC garantizará que el niño sea examinado por alguien que sepa cómo encontrar y mantener la evidencia importante.

4. Adultos y niños con discapacidades físicas y del desarrollo

a. Materiales preparados para que pueda entenderlos: MFC tiene materiales revisados por personas con experiencia en las necesidades de las personas con discapacidades. Esto significa que la información será presentada usando los métodos correctos de manera que las personas con discapacidades puedan comprender, ya sea por escrito o por traducción de voz.

b. Servicios de DDA: Los participantes que reciben actualmente servicios a través de la Administración de discapacidades de desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) o bajo la exención de DDA pueden continuar con esos servicios.

c. Equipo médico y servicios de tecnología de asistencia: Los proveedores de MFC cuentan con la experiencia y capacitación tanto para adultos como para niños para proporcionar equipo médico y servicios de tecnología de asistencia.

d. Administración de casos: Los administradores de caso tienen experiencia para trabajar con personas con discapacidades.

5. Adultos y niños con VIH/SIDA

a. Administración de casos de VIH/SIDA: MFC cuenta con administradores de casos especiales capacitados en tratar con problemas relacionados con VIH/SIDA y ayudar a las personas a acceder a los servicios que necesitan..

b. Consultas de servicios de evaluación de diagnóstico (DES, por sus siglas en inglés) una vez cada año: Una visita anual del servicio de diagnóstico y evaluación (DES) para cualquier miembro con diagnóstico de VIH/SIDA, que MFC sea responsable de facilitar en nombre del miembro.

c. Servicios de trastorno por el abuso de sustancias: Las personas con VIH/SIDA que necesiten tratamiento para el trastorno por 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

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

C. Programa de manejo de casos inusuales y costosos (REM)

Ofrece beneficios de Medicaid, además de otros servicios especializados necesarios para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y MFC tienen una lista de diagnósticos de REM y le dejarán saber si usted o alguno de sus hijos debe considerarse para ingresar al programa REM. MFC y su PCP sabrán si usted tiene alguno de los diagnósticos que podrían hacerlo elegible para el Programa REM.

Su PCP o MFC le informarán si usted o alguno de sus hijos deberían considerar ingresar al Programa REM. Se le informará por teléfono, por correo o por medio de una visita de un gerente de caso del programa REM. Si no desea unirse al programa REM, puede permanecer en MCO. Una vez que un miembro esté en el programa REM, ya no estará inscrito en una MCO. Este cambio sucederá automáticamente.

Una vez que se haya inscrito en REM, se le asignará un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted para hacer la transición de su servicio de atención de MedStar Family Choice. Lo ayudará a seleccionar el proveedor correcto. Si es posible, lo ayudará a coordinar que consulte a los mismos PCP y especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y recibía cuidado médico en una clínica especializada u otro lugar antes de ingresar al REM, podría elegir mantener esos servicios. Llame al programa REM **(800-565-8190)** si tiene más preguntas.

VIII. Administración de 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 o 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 tener estas características:
- estar relacionado directamente con un tratamiento diagnóstico, preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o mitigante de una enfermedad, lesión, discapacidad o afección;
- coincidir con las normas aceptadas actuales de buena práctica médica;
- ofrecer el servicio más rentable posible sin sacrificar la efectividad ni el acceso a la atención; y
- no ser principalmente para la comodidad del miembro, de la familia del miembro o del proveedor.

B. Autorización previa

Habrán ocasiones en que los servicios y medicamentos necesitarán una autorización previa (también denominada aprobación previa) antes de que pueda recibir ese servicio o medicamento específico. La autorización previa es un proceso en virtud del cual un profesional de la atención médica calificado revisa y determina si un servicio es necesario por motivos médicos.

Si se aprueba la autorización previa, 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. Usted tendrá el derecho de presentar una apelación por la autorización previa denegada. (Consulte la sección X Reclamos, quejas y apelaciones)

Si se deniega la autorización previa 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 denegación de una autorización previa (consulte la sección Reclamos, quejas y apelaciones en la página 44).

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 desde la fecha de la resolución de la apelación inicial para tomar una decisión.

Consulte el Anexo F para ver la política actual de MFC.

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.

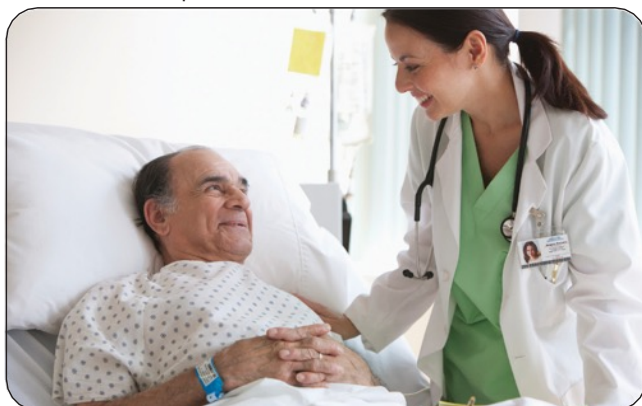
- Nuevo en HealthChoice
- Cambió de otra MCO
- Cambió del plan de beneficios de salud de otra compañía

Si su compañía anterior le dio la autorización previa para hacer una cirugía o recibir otros servicios, es posible que usted necesite recibir una aprobación nueva de su MCO actual para realizar la cirugía o para continuar recibiendo los mismos servicios. Además, si usted se atiende con un médico u otro proveedor de atención médica que es un proveedor participante de su compañía o MCO anterior, y que no es un proveedor participante de su nuevo plan, podrá seguir atendiéndose con su proveedor por un periodo limitado como si él o ella fuese un proveedor participante de nuestra red.

A continuación, se describen las reglas sobre cómo puede reunir los requisitos para estos derechos especiales.

Autorización previa para servicios de atención médica

- Si anteriormente tenía la cobertura del plan de otra compañía, se podrá utilizar una autorización previa de servicios que recibió de su plan anterior para satisfacer un requisito de autorización previa para esos servicios, si están cubiertos dentro de su nuevo plan con MedStar Family Choice.
- Para poder utilizar la autorización previa anterior con MedStar Family Choice, usted necesitará comunicarse con los
- Servicios para Miembros de MedStar Family Choice para informarnos que usted tiene una autorización previa por los servicios y proporcionarnos una copia de la autorización previa. Su padre, tutor legal, delegado o proveedor de atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre con respecto a la autorización previa.
- Hay un límite de tiempo para utilizar la autorización previa. Para todas las afecciones, 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 autorización previa: su derecho especial para utilizar una autorización previa no se aplica a lo siguiente:
 - Servicios de salud mental
 - Servicios para el trastorno por el abuso de sustancias
 - Beneficios o servicios brindados a través del programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland



Si no tiene una copia de la autorización previa, comuníquese con su compañía anterior para solicitársela. Conforme a las leyes de Maryland, su empresa anterior debe brindarle una copia de la autorización previa dentro de los 10 días a partir de su solicitud.

Derecho a utilizar proveedores no participantes

- Si usted ha recibido servicios de un proveedor de atención médica que era un proveedor participante de su compañía anterior y que no es un proveedor participante de su nuevo plan de salud de nuestra red, podrá continuar atendiéndose con su proveedor como si él o ella fuese un proveedor participante. Debe 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 atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar el derecho a continuar atendiéndose con el proveedor no participante.

Este derecho solo se aplica si usted está recibiendo tratamiento por servicios cubiertos con un proveedor no participante para uno o más de los siguientes tipos de afecciones:

- Afecciones agudas
- Afecciones crónicas graves
- Embarazo
- Cualquier otra afección que acordemos nosotros y el proveedor fuera de la red
-

Algunos ejemplos de las afecciones que se mencionan anteriormente incluyen fracturas, reemplazo de articulaciones, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.

Hay un límite de tiempo para continuar atendiéndose con un proveedor fuera de la red. Para todas las afecciones, 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 atención médica luego de que nace el bebé.

Ejemplo de cómo funciona el derecho a utilizar proveedores no participantes

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

En este ejemplo, usted o su representante deben comunicarse con la Compañía 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 tarifa de pago que ofrece la Compañía B, este podría denegarle los servicios a usted.

- Límite en el uso de los proveedores no participantes: Su derecho especial a 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 pago por servicio de Medicaid de Maryland.

Derechos de apelación

- Si su MCO actual deniega su derecho a utilizar una autorización previa de su empresa anterior o sus derechos a continuar atendiéndose con un proveedor participante de su empresa anterior, usted podrá apelar esa denegación al comunicarse con Servicios para Miembros de la MCO.
- Si su MCO actual deniega su apelación, usted podrá presentar un reclamo con el Programa de Medicaid de Maryland al llamar a la Línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.
- Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento, llame a Servicios para Miembros de MFC 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 MFC si recibió atención médica 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 MFC 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 de salud suplementario. Su otro seguro de salud 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 que el monto permitido de MFC y, por lo tanto, el proveedor no pueda cobrarle un costo adicional a usted ni a MFC. Hable con Servicios para Miembros de MFC para conocer 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 MFC no pueda ofrecer. Si ocurre esta situación, usted podría recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de MFC (un proveedor no participante). Necesitará una autorización previa de su MFC para recibir este servicio fuera de la red. Si se deniega su autorización previa, tendrá derecho a presentar una apelación.

F. Lista de medicamentos preferidos

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista utilizará la lista de medicamentos preferidos (también llamada formulario) de la MCO para recetarle 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 MFC o acceda a su sitio web. Algunos medicamentos de la lista de medicamentos preferidos, al igual que otros medicamentos que no están en la lista, requieren una autorización previa antes de que la MCO los cubra. Si MFC deniega la autorización previa para el medicamento, usted tendrá derecho a presentar una apelación.. Podrá encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en el sitio web de MFC o podrá solicitar una copia en papel al llamar a Servicios para Miembros de MFC.

G. Nuevas tecnologías y telesalud

A medida que surgen tecnologías nuevas y avanzadas de cuidado de la salud, las MCO implementan procesos para revisar estas innovaciones y determinar si se cubrirán. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de tecnologías médicas, tratamientos, procedimientos y medicamentos nuevos. Para averiguar la política y el procedimiento de MFC sobre la revisión de nuevas tecnologías de atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros de MFC.

Las MCO deben brindar servicios de telesalud si son necesarios por motivos médicos. Los servicios de telesalud utilizan tecnología de audio y vídeo para mejorar el acceso la atención médica. Al brindar servicios de telesalud, se puede mejorar lo siguiente:

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

IX. Facturación

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

De vez en cuando, podrá recibir un aviso de MFC para informarle que la reclamación de su proveedor se ha pagado o denegado. Los avisos de Explicación de Beneficios (EOB) o de denegación de pago no son facturas. En estos avisos, se puede indicar el tipo de servicio, la fecha de servicio, el monto facturado y el monto que pagó MFC en su nombre. El objetivo del aviso 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 MFC. Si recibió copia de un aviso sobre que no se le pagó a un proveedor, usted no deberá pagar. Su proveedor no debe cobrarle a usted. Llame a Servicios para Miembros de MFC si tiene alguna pregunta.

B. Qué 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 médica 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 la atención o que MFC no pagó, llame a Servicios para Miembros de MFC.
 - MFC determinará si ha habido un error o qué se debe hacer para resolver el problema.
 - Si MFC 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, por sus siglas en inglés] les indicará adónde deben enviar la factura).
- Salvo unas pocas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no pueden facturar a los miembros. Los copagos de farmacia menores y los copagos de servicios opcionales como beneficios dentales y anteojos para adultos, son ejemplos de los servicios que le podrían facturar.

X. Reclamos, quejas y apelaciones

A. Determinación adversa sobre beneficios, reclamos y quejas

Determinación adversa sobre beneficios

- Una determinación adversa sobre 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, mientras satisface la necesidad médica, la adecuación, el entorno, la eficacia;
- Reduce, suspende o cancela un servicio previamente autorizado;
- Deniega el pago total o parcial de un servicio (una denegación total o parcial de un servicio porque la reclamación no es "limpia" no es una determinación adversa sobre beneficios);
- No toma una decisión de autorización ni brinda los servicios de manera oportuna;
- No resuelve una queja 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 sobre beneficios, usted será 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.

Reclamos

Si está en desacuerdo con la MCO o el proveedor con respecto a una determinación adversa sobre beneficios, esto se denomina "reclamo". Entre los ejemplos de reclamos, 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 autorización previa para un procedimiento.

Quejas

Si su reclamo se refiere a algún aspecto distinto de una determinación adversa sobre beneficios, esto se denomina "queja". Entre los ejemplos de quejas, se incluye la calidad de la atención, que no se le permita ejercer sus derechos, no poder encontrar un médico, tener problemas para programar una cita o no recibir un trato justo por parte de una persona que trabaja en la MCO o en el consultorio de su médico. Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de reclamo interno de MFC.

B. Apelaciones

Si su reclamo se refiere a un servicio que usted o un proveedor creen que necesita, pero que la MCO no cubre, puede solicitarle 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 a partir de la fecha en que recibió la carta de determinación adversa sobre beneficios en la cual se indicaba que la MCO no cubriría el servicio que usted deseaba.

Su médico también puede presentar una apelación en su nombre si usted firma un formulario en el cual le da su autorización. Su médico no será penalizado por actuar en su nombre. También le pueden ayudar otras personas a presentar una apelación, como un miembro de la familia o un abogado.

Cuando presenta una apelación, asegúrese de informar a la MCO acerca de cualquier información nueva que tenga y que los pueda ayudar a tomar una decisión. La MCO le enviará una carta donde le harán saber que hemos recibido su apelación en un término de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, puede enviar o entregar información adicional que cree que pueda ayudar a la MCO a tomar una decisión.

Al revisar su apelación, los revisores de la MCO:

- No deberán ser los profesionales médicos 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 si esta información se envió para la decisión anterior
- Deberán tomar una decisión sobre 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 más información de otras fuentes. La MCO lo llamará y le enviará una carta dentro de los dos días si necesita más información.

Si su médico o MCO considera que su apelación debe revisarse con rapidez debido a la gravedad de su afección, 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 le enviará 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 Servicios para Miembros de la MCO y solicitar continuar recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con 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 gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

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 estatal imparcial.

Si desea presentar una queja 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 cinco días.
- no se refiere a un problema médico, se resolverá dentro de los 30 días.

Consulte el Anexo F para ver la política actual de MFC.

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

Para presentar un reclamo o una queja, puede comunicarse con Servicios para Miembros de MFC. Si necesita asistencia adicional o servicios de interpretación, infórmele al representante de Servicios para Miembros (los miembros con discapacidad auditiva pueden utilizar el servicio de retransmisión de Maryland, 711). Los representantes de Servicios para Miembros de MFC pueden ayudarlo a presentar un reclamo, una queja o una apelación. Usted puede presentar una queja en cualquier momento, ya que no hay límite de tiempo para presentarla.

Usted puede solicitar presentar una apelación de manera verbal o por escrito. Puede presentar la apelación verbalmente al llamar a los 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 enviar por correo. La MCO también puede asistirlo para completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de brindar su testimonio y argumentos objetivos a la MCO antes de la resolución de la apelación.

Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de reclamo interno de MFC. Si necesita una copia del procedimiento de reclamo interno de la MCO, llame a Servicios para Miembros de MFC.

D. El proceso de reclamos o apelaciones del Estado

Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de HealthChoice

Si tiene alguna pregunta o reclamo sobre atención médica 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 hacer preguntas o explicar su problema a un miembro del personal de la Línea de ayuda, quien hará lo siguiente:

- Responder a sus preguntas.
- Trabajar con la MCO para resolver su problema.
- Enviar su reclamo a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos, quien podría hacer lo siguiente:
 - Pedir a la MCO que proporcione información sobre su caso dentro de los cinco días.
 - Trabajar con su proveedor y la MCO para ayudarlo a obtener lo que necesita.
 - Ayudarlo a obtener más servicios comunitarios, si es necesario.
 - Brindar asesoramiento sobre el proceso de apelación de la MCO y cuándo puede solicitar una audiencia estatal imparcial.

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. A esto se le llama una apelación.

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de HealthChoice **(800-284-4510)** y decirle al representante que desea apelar la decisión de la MCO. Su solicitud se enviará a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos. La Unidad de resolución de reclamos intentará resolver su problema con nosotros en 10 días hábiles. Si no se puede resolver en el plazo de 10 días, nos pondremos en contacto con usted y le proporcionaremos más opciones.

Cuando la Unidad de resolución de reclamos termine de trabajar en su solicitud, usted será notificado de sus conclusiones.

- Si el Estado considera que la MCO debe prestar el servicio solicitado, podrá ordenarle a la MCO que le brinde el servicio.
- 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 estatal imparcial.

Tipos de decisiones del Estado que se pueden apelar

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

- Está de acuerdo con la MCO sobre el hecho de que no debemos cubrir un servicio solicitado.
- Está de acuerdo con la MCO sobre el hecho de que un servicio que usted recibe actualmente se debe suspender o reducir.
- Deniega su solicitud de inscribirse en el Programa de administración de casos costosos y poco comunes (REM).

Continuación de los servicios durante la Audiencia imparcial

En ocasiones, usted podrá continuar recibiendo un servicio mientras el Estado revisa su solicitud de una 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 gana su audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

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 estatal imparcial debe enviarse antes de los 120 días a partir de la fecha del aviso de resolución de 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 de circuito.

E. Resoluciones de apelaciones revertidas

Si el Estado revierte una denegación, cancelación, reducción o demora de los servicios que no se brindaron 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 la apelación o audiencia imparcial.

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 los procedimientos

Si tiene alguna idea sobre cómo mejorar un proceso o desea plantear un tema a la MCO, llame a Servicios para Miembros de MFC. A las MCO les interesa saber de usted y saber cómo mejorar su experiencia para recibir atención médica.

Cada MCO debe tener una junta asesora del consumidor. La función de la Junta Asesora del Consumidor es proporcionar la retroalimentación de los miembros a la MCO. La Junta Asesora del Consumidor se compone de miembros, familias de los miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros que se reúnen con regularidad durante el año. Si desea más información sobre la Junta Asesora del Consumidor, llame a Servicios para Miembros de MFC.

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 de la atención proporcionada a los miembros de HealthChoice.

XI. Cambiar su MCO

A. Regla de 90 días

- La primera vez que se inscriba en el Programa HealthChoice, tendrá la oportunidad de solicitar el cambio de la MCO. Debe presentar esta solicitud dentro de los primeros 90 días. Puede hacer este cambio por única vez, incluso si originalmente usted seleccionó la MCO.
- Si está fuera de la MCO durante más de 120 días y el Estado le asignó la MCO automáticamente, usted podrá solicitar cambiarla. 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 la 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 otro 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 cualquier miembro de la familia tiene un médico en un MCO diferente y el miembro adulto desea mantener a todos los miembros de la familia unidos en el mismo MCO. (Esto no se aplica a los recién nacidos. Los recién nacidos deben permanecer en la MCO en la que estaba la madre en el momento del parto durante los primeros 90 días).
- Si tiene un niño bajo tutela en su hogar y usted o algún integrantes de la familia reciben atención de un médico en una MCO diferente a la del niño bajo tutela, 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.
- La calidad de la atención.

D. Cómo cambiar la MCO

Comuníquese con HealthChoice de Maryland (**855-642-8572**). Tenga en cuenta lo siguiente:

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

XII. Reportar 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 sí misma o para otras personas. El desperdicio es el abuso o el uso indebido de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de generar costos innecesarios al Programa Medicaid. El fraude, el desperdicio y el abuso deben denunciarse de inmediato y pueden ocurrir en todos los niveles del sistema de atención médica. Entre los ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de Medicaid, se incluyen los siguientes:

Ejemplos de miembros

- Proporcionar informes falsos sobre sus ingresos o activos de modo de reunir los requisitos para calificar para Medicaid
- Vivir de manera permanente en otro estado mientras recibe los beneficios de Medicaid de Maryland
- Prestar su tarjeta de identificación de miembro o usar la tarjeta de identificación de otro miembro para obtener servicios de salud
- Vender o realizar cambios en la receta de un medicamento

Ejemplos de proveedores

- Brindar servicios que no son médicamente necesarios
- Facturar por servicios no proporcionados
- Facturar varias veces el mismo servicio
- Alterar los registros médicos para cubrir actividades fraudulentas

Cuando se denuncie a alguien por posible fraude y abuso, MedStar Family Choice realizará una investigación. Los resultados son presentados al Departamento de Salud de Maryland (MDH, por sus siglas en inglés). El MDH también puede llevar a cabo su propia investigación. Las personas que deliberadamente realicen estas actividades o cualquier actividad deshonestas pueden perder sus beneficios médicos, recibir una multa o ser encarceladas.

B. Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si sospecha o sabe que ocurre fraude, desperdicio o abuso, denúncielo de inmediato. Si denuncia fraude, desperdicio o abuso, el trato que recibe 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, desperdicio y abuso. Vea las siguientes opciones:

- Llame a Servicios para Miembros de MFC al **888-404-3549** o envíe una carta a MedStar Family Choice, Attention: Director of Medicaid Contract Oversight, 5233 King Ave., Ste 400, Baltimore, MD 21237).
- Comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland, Oficina del Inspector General:
 - **866-770-7175**
 - **Health.Maryland.gov/OIG/Pages/Report_Fraud.aspx**
- Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Inspector General:
 - **800-447-8477**
 - **OIG.HHS.gov/Fraud/Report-Fraud/Index.asp**

ANEXO A - Información de contacto de la organización de atención administrada

Medstar Family Choice

Servicios para Miembros	888-404-3549 TTY/TDD DE SERVICIOS PARA MIEMBROS: 711 o 800-508- 6975
Línea de asesoría de enfermería 24 /7	855-210-6204 TTY/TDD: 711
MedStar eVisit - acceso a médicos a través de video, 24/7	MedStarHealth.org/eVisit
Portal en línea para miembros / Sitio web	mfcmdmember.healthtrioconnect.com
Portal de salud y bienestar en línea	MedStarFamilyChoiceHealthyLife.com
Coordinador de no discriminación	Section 1557 Coordinator 5233 King Avenue, Suite 400 Baltimore, MD 21237 888-404-3549 MFC1557Coordinator@medstar.net
Dirección para reclamos, quejas y apelaciones	MedStar Family Choice Attn: Appeals Department 5233 King Ave., Suite 400 Baltimore, MD 21237 888-404-3549
Dirección para denuncia de fraude y abuso	MedStar Family Choice Attn: Director of Medicaid Contract Oversight 5233 King Ave., Suite 400 Baltimore, MD 21237 888-404-3549
Beneficios dentales	Maryland Healthy Smiles De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. 855-934-9812 TTY/TDD
Beneficios para la vista	Avesis De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. 844-478-0512 TTY/TDD 711

ANEXO B - Aviso de prácticas de privacidad

Aviso de prácticas de privacidad para MedStar Health Inc.

Este aviso describe de qué manera puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede obtener acceso a tal información. Léalo atentamente.

Quién cumplirá con este aviso

MedStar Health, Inc. y sus filiales y entidades afiliadas son entidades legales independientes. No obstante, como están bajo la misma propiedad y control, se han organizado como una sola entidad cubierta afiliada (Affiliated Covered Entity, ACE) a los efectos de la Norma de privacidad de la HIPAA. Este estado permite que MedStar Health, sus entidades afiliadas y sus filiales mantengan un solo Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe las prácticas de la organización de MedStar Health Inc. con respecto a la información de salud. Todas las entidades, los sitios y las ubicaciones cumplirán los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones podrán compartir información médica entre sí para operaciones de atención médica, pago y tratamiento, tal como se lo describe en este aviso.

Nuestra obligación hacia usted

Valoramos la privacidad de su información médica como una parte importante de nuestro compromiso de darle prioridad al paciente. Consideramos que la protección de la privacidad del paciente es una parte fundamental de nuestra visión de ser el líder de confianza para el cuidado de las personas y la promoción de la salud, así como de nuestra misión de atender a nuestros pacientes. Procuramos usar solo la cantidad mínima de su información de salud que sea necesaria para los fines que se describen este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso").

Recopilamos información sobre usted y la usamos para brindarle atención de calidad, así como para cumplir con ciertos requisitos legales. La ley requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud y que le entreguemos esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad, y sus derechos. Debemos cumplir con los términos de la notificación más reciente. Cuando divulguemos información a otras personas y empresas para que presten servicios en nuestro nombre, les exigiremos que protejan su privacidad. Existen otras leyes que pueden brindar protecciones adicionales y que nosotros cumpliremos, tales como aquellas relacionadas con la salud mental, el abuso de alcohol y otras sustancias, y las enfermedades contagiosas u otras afecciones.

Esta notificación abarca a los siguientes sitios y personas: todos los profesionales de la atención médica que estén autorizados a introducir información en su historia clínica, todos los voluntarios que estén autorizados a brindarle ayuda mientras se encuentre aquí, todos nuestros asociados y contratistas locales, todos los departamentos y las unidades dentro del hospital, todos los estudiantes de cuidado de la salud, todos los centros y proveedores de cuidado de la salud que pertenezcan al sistema de MedStar Health, así como su médico personal y otras personas mientras le brinden atención en este sitio. Su médico podría tener otras políticas o notificaciones con respecto a la información de salud, que se hayan creado en su consultorio privado o clínica.

Cómo podremos usar y divulgar la información de salud

Para fines de tratamiento: Podremos usar y divulgar su información de salud para brindar tratamiento o servicios, para coordinar o administrar la atención médica o para consultas médicas o remisiones. Podremos usar y divulgar su información de salud entre médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal que participe en su atención dentro de nuestros centros o con dichas personas fuera de nuestros centros. Podremos usar o compartir información sobre usted para coordinar los diferentes servicios que necesita, como medicamentos recetados, análisis de laboratorio y radiografías.

Podremos divulgar información sobre usted a personas externas a nuestro centro que puedan estar involucradas en su cuidado una vez que usted se vaya, como integrantes de la familia, agencias de atención médica en el hogar, terapeutas, asilos de ancianos, el clero y otras personas. Podremos darle información a su plan de salud o a otro proveedor para coordinar una remisión o una consulta.

Para fines de pago: Podremos usar y divulgar su información de salud para que podamos recibir el pago por el tratamiento y los servicios que se brindaron. Podremos compartir esta información con su compañía de seguros o con un tercero que se utilice para procesar la información de la facturación. (Tal como se describe a continuación, si usted paga la totalidad del cuidado de la salud que recibe de su bolsillo, podrá solicitar que no compartamos su información con la compañía de seguros). Podremos comunicarnos con su compañía de seguros para verificar los beneficios para los que es elegible, obtener una autorización previa e informarles acerca de su tratamiento para asegurarnos de que paguen la atención que usted recibe. Podremos divulgar información a terceros que podrían ser responsables del pago, como integrantes de la familia, o para cobrarle a usted. Podremos divulgar información a terceros que nos ayudan a procesar los pagos, como empresas de facturación, empresas de procesamiento de reclamaciones y empresas de cobro.

Para fines de operaciones de atención médica: Podremos usar y divulgar su información de salud en la medida en que sea necesario para el funcionamiento de nuestro centro y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Podremos usar información de salud para evaluar la calidad de los servicios que recibió o el desempeño de nuestro personal que le brindó la atención. Podremos usar información de salud para mejorar nuestro desempeño o para encontrar mejores formas de brindar atención. Podremos usar información de salud para otorgar privilegios al personal médico o para evaluar la competencia de nuestros profesionales de salud. Podremos usar su información de salud para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer y si tratamientos nuevos son eficaces. Podremos divulgar información a estudiantes y profesionales con fines de revisión y aprendizaje. Podremos combinar nuestra información de salud con información de otros centros de atención médica para comparar nuestro desempeño y determinar en qué áreas podemos mejorar. Podremos usar información de salud para fines de planificación comercial o para divulgarla a abogados, contadores, consultores y otras personas a fin de asegurarnos de cumplir con la ley. Podremos quitar información de salud que permita identificarlo para que otras personas puedan usar la información sin referencias personales a fin de estudiar la atención médica y la prestación de dicho servicios sin que sepan quién es usted. Si operamos como un plan de salud, no usaremos ni divulgaremos información genética con fines de aseguramiento (esto no se aplica a planes de atención a largo plazo).

Socios comerciales: Hay algunos servicios que se brindan en MedStar Health a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen un servicio de copiado que usamos cuando hacemos copias de su historia clínica, consultores, contadores, abogados, transcritores médicos y empresas externas de facturación. Cuando se contratan estos servicios, podremos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que pueda desempeñar el trabajo que le pedimos que hiciera. Sin embargo, a fin de proteger su información de salud, le exigimos al socio comercial que la proteja en forma adecuada.

Ciertas actividades de mercadeo: Podremos usar su información médica para enviar regalos promocionales con valor nominal; para comunicarnos con usted para informarle sobre los productos, los servicios y los programas educativos que ofrece MedStar Health; para comunicarnos con usted sobre la administración de casos y la coordinación de atención; y para comunicarnos con usted sobre alternativas de tratamiento. No vendemos su información de salud a ningún tercero para sus actividades de marketing, a menos que usted firme una autorización para permitirnoslo.

Intercambios de información de salud: Podremos participar en intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) para facilitar el intercambio seguro de su información electrónica de salud entre varios proveedores de atención médica u otras entidades de cuidado de la salud para su tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica. Esto significa que podremos compartir la información que obtengamos o creemos sobre usted con entidades externas (como hospitales, consultorios médicos, farmacias o compañías de seguros), o que podremos recibir información que estas entidades creen u obtengan sobre usted (como antecedentes de medicamentos, historia clínica o información del seguro), para que cada uno pueda brindar un mejor tratamiento y coordinación de sus servicios de atención médica.

Además, si visita cualquier centro de MedStar Health, su información de salud podría estar disponible para otros médicos clínicos y personal que podría usarla para atenderlo, para coordinar sus servicios de salud o para otros fines permitidos.

El Chesapeake Regional Information System for our Patients (CRISP) es un sistema regional de HIE que presta servicios en Maryland y en Washington, D.C., estados en los que participamos. Podremos compartir información sobre usted a través de CRISP para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o investigación. Puede "excluirse" y desactivar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP al llamar al **877-952-7477** o al completar y enviar un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en **CrispHealth.org**. Según lo permitido por la ley, incluso si se excluye de CRISP, los informes de salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP, por sus siglas en inglés) de Maryland, seguirán estando disponibles para los proveedores a través de CRISP.

Recordatorios sobre citas e información sobre servicios: Podremos usar o divulgar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle citas que tiene programadas o para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención: Podremos entregar su información de salud a personas involucradas en su cuidado, como integrantes de la familia o amigos, a menos que nos solicite no hacerlo. Podremos entregar su información a alguien que ayude a pagar su atención. Podremos compartir su información con otros profesionales de cuidado de la salud, representantes gubernamentales u organizaciones de ayuda en caso de catástrofes, como la Cruz Roja, en situaciones de emergencia o ayuda en catástrofes para que se puedan comunicar con sus familiares o amigos, o para coordinar los esfuerzos de ayuda.

Directorios de pacientes: Podremos guardar su nombre, su ubicación en el centro y su estado general en un directorio para entregar estos datos a cualquier persona que pregunte por usted por nombre. Podremos entregar esta información y su religión al clero, incluso si no saben su nombre. Usted podrá solicitarnos que conservemos su información fuera del directorio, pero debe saber que si lo hace, los visitantes y floristas no podrán encontrar su habitación. Incluso si nos solicita que conservemos su información fuera del directorio, podremos compartir su información para esfuerzos de ayuda en caso de catástrofes o en situaciones de emergencia declaradas.

Actividades de recaudación de fondos: Dependemos en gran medida de la caridad para financiar nuestras misiones relacionadas con la atención médica. Podremos usar su nombre y otra información limitada para comunicarnos con usted, incluidas las fechas del cuidado que recibió, el nombre del departamento en el que se lo atendió y el nombre del médico tratante, para que podamos brindarle la oportunidad de hacer una donación a nuestros programas. Podremos colaborar con un tercero, incluida la Universidad de Georgetown, para administrar nuestras actividades de recaudación de fondos. Si nosotros o uno de nuestros agentes nos comunicamos con usted con fines de recaudación de fondos o caridad, se le informará cómo puede solicitarnos que no nos comuniquemos con usted en el futuro.

Investigación: Podremos usar o divulgar su información de salud para investigaciones que hayan sido aprobadas por una de nuestras juntas oficiales de revisión de investigación, que haya evaluado la propuesta de la investigación y haya establecido estándares para proteger la privacidad de su información de salud. Podremos usar o divulgar su información de salud a un investigador que se esté preparando para realizar un proyecto de investigación.

Donación de órganos y tejidos: Podremos usar o divulgar su información de salud en relación con donaciones de órganos, trasplantes oculares o de tejido, o bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar estas actividades.

Actividades de salud pública: Podremos divulgar su información de salud a autoridades legales o de salud pública cuyas actividades oficiales incluyan prevenir o controlar las enfermedades, las lesiones o las discapacidades. Por ejemplo, debemos notificar cierta información sobre nacimientos, fallecimientos y varias enfermedades a las agencias gubernamentales.

Podremos divulgar información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, según lo permita la ley, para que cumplan con sus obligaciones. Podremos usar o divulgar información de salud para notificar reacciones a medicamentos, problemas con productos, o para informar a la gente sobre productos retirados que podría estar usando. Podremos usar o divulgar información de salud para notificar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o podría correr riesgo de contraer o propagar una enfermedad.

Amenaza grave para la salud y la seguridad: Podremos usar o divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y su seguridad, o para la salud y la seguridad del público o de otra persona. Solo divulgaremos información de salud a una persona que tenga una capacidad razonable de prevenir o disminuir la amenaza, como funcionarios gubernamentales o la fuerza policial.

Exigido por la ley, procedimientos legales, actividades de supervisión de la salud y las fuerzas policiales: Divulgaremos su información de salud cuando las leyes federales, estatales o de otro tipo nos lo exijan. Por ejemplo, podríamos tener que informar sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, así como pacientes con heridas de bala y de otro tipo. Divulgaremos su información de salud cuando lo indique un procedimiento legal o administrativo, como una citación, un pedido de presentación de pruebas, una orden judicial, una orden de comparecencia u otros procesos legal. Podremos divulgar información de salud a un agente de las fuerzas policiales para identificar o ubicar sospechosos, fugitivos, testigos, víctimas de un delito o personas desaparecidas. Podremos divulgar información de salud a un agente de las fuerzas policiales sobre una muerte que creamos que podría haber sido a causa de un delito, o sobre un delito que podría haber ocurrido en nuestro centro. Podremos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades aprobadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones.

Funciones gubernamentales especializadas: Si usted está en las Fuerzas Armadas o es veterano, divulgaremos su información de salud según lo exigido por las autoridades de mando. Podremos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados con fines de seguridad nacional, como proteger al presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia autorizadas. Podremos divulgar información de salud para tomar determinaciones de idoneidad médica para el servicio exterior.

Correccionales: Si usted está preso en un correccional o está bajo la custodia de un agente de las fuerzas policiales, podremos divulgar su información de salud al correccional o al agente de las fuerzas policiales. Podremos divulgar su información de salud para su salud y seguridad, para la salud y la seguridad de otras personas o para la salud y la seguridad del correccional.

Compensación para trabajadores: Podremos divulgar su información de salud según lo requerido por las leyes aplicables sobre compensación para trabajadores y leyes similares.

Plan de salud: Cuando MedStar Health opera como un plan de salud, no usaremos ni divulgaremos su información genética con fines de aseguramiento.

Su autorización por escrito: Solo con su autorización por escrito, haremos otros usos y divulgaciones de su información de salud que no estén incluidos en esta notificación, o las leyes que nos regulan. Estos incluyen la venta de su información de salud, el uso de su información de salud con fines de mercadeo y ciertas divulgaciones de notas de psicoterapia. Usted podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento, y nosotros dejaremos de usar y divulgar su información de salud en el futuro por los motivos detallados en su autorización. No podemos revertir las divulgaciones que ya se hayan hecho con su autorización y estamos obligados a conservar los registros de los cuidados que le hayamos brindado.

Sus derechos a la privacidad en relación con su información de salud

Derecho a obtener una copia de este Aviso de prácticas de privacidad

Colocaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestros centros y en el sitio web, **MedStarHealth.org**. Una copia de nuestra notificación actual estará disponible en las áreas de registro o a pedido. Para solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad actual, llame al **410-772-6606**.

Derecho a ver y obtener una copia de su historia clínica

Tiene derecho a consultar y obtener una copia de su historia clínica o de su registro de facturación. Para esto, comuníquese con el centro en el que recibió tratamiento o con la Oficina de Privacidad que se detalla a continuación. Podría ser necesario que presente su solicitud por escrito.

Puede solicitar una copia electrónica de esta información, y nosotros le brindaremos acceso en la forma y el formato electrónicos solicitados en caso de que dicha información pueda reproducirse fácilmente en el formato solicitado. De lo contrario, lo hablaremos con usted y le proporcionaremos una copia en una forma y un formato electrónicos legibles que acordemos mutuamente, según la información y nuestras capacidades en el momento de la solicitud. También puede solicitarnos que le enviemos su información de salud directamente a la persona que usted designe si su solicitud por escrito está firmada y especifica tanto a la persona designada como una dirección a la que debemos enviar la información solicitada.

Si desea una copia de su historia clínica, se le podrá cobrar un cargo por el costo del copiado o del envío por correo de la historia clínica (y los medios electrónicos si se solicitó la información en medios electrónicos portátiles), según lo permitido por la ley.

En general, le entregaremos una copia de su historia clínica en un plazo de 30 días. En ciertas situaciones, podremos rechazar su solicitud. En ese caso, le informaremos, por escrito, nuestras razones por el rechazo y le explicaremos su derecho a que se revise dicho rechazo.

Derecho a actualizar su historia clínica

Si considera que falta información importante en su historia clínica, tiene derecho a solicitar que agreguemos una enmienda a su historia clínica. La solicitud debe presentarse por escrito y debe incluir el motivo. Para enviar su solicitud, comuníquese con el centro en el que recibió tratamiento o con la Oficina de Privacidad que se detalla a continuación. En general, procuraremos cumplir con su solicitud en un plazo de 60 días. Podremos rechazar su solicitud de enmendar su historia clínica en caso de que nosotros no hayamos creado la información que desee enmendar, si consideramos que la información ya es precisa y está completa, o si la información no está incluida en los expedientes que la ley le permitiría ver y copiar. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito, generalmente, en un plazo de 60 días. Incluso si aceptamos su enmienda, no eliminaremos ninguna información que esté en sus expedientes.

Derecho a obtener una lista de las divulgaciones que hayamos hecho

Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información de salud. No estamos obligados a incluir en esta lista las divulgaciones que hayamos hecho por tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, además de otras excepciones de divulgación determinadas. Debe presentar la solicitud por escrito y especificar en qué forma desea obtener la lista (por ejemplo, en papel, en formato electrónico). Para solicitar una lista de divulgaciones, comuníquese con el centro en el que recibió tratamiento o con la Oficina de Privacidad que se detalla a continuación. La primera lista que solicita en un periodo de 12 meses no tiene costo. Si solicita listas adicionales, podremos cobrarle un cargo, según lo permitido por la ley.

Derecho a solicitar una restricción en ciertos usos o divulgaciones

Tiene derecho a solicitar una restricción en la forma en que usamos y divulgamos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y a ciertos integrantes de la familia o amigos que usted identifique y que estén involucrados en su atención o en el pago de la atención que usted recibe. No se nos exige aceptar su solicitud, y le informaremos en caso de que no podamos aceptarla. Debe presentar la solicitud por escrito, donde debe (1) describir la información que desea limitar, (2) si desea limitar la forma en que la usamos, la divulgamos o ambas acciones y (3) a quiénes desea aplicar los límites. En algunos casos, podrá optar por pagar un artículo o servicio de atención médica de su bolsillo, en lugar de presentar una reclamación a su

compañía de seguros. Podrá solicitarnos que no enviemos su información médica a un plan de salud o a su compañía de seguros en caso de que usted, o una persona en su nombre, pague la totalidad del tratamiento o del servicio de su bolsillo. Para solicitar esta restricción, debe presentar su solicitud por escrito antes de recibir el tratamiento o el servicio. En la solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea restringir y (2) a qué plan de salud se aplica la restricción.

Derecho a recibir un aviso en caso de violación

Conforme a la HIPAA, o según lo exigido por la ley, usted tiene derecho a recibir una notificación en caso de que ocurra una violación de su información médica no asegurada. Si la solicita, esta notificación se le podría entregar en formato electrónico.

Derecho a elegir un representante

Tiene derecho a elegir una persona que actúe en su nombre. Si le ha dado a alguien un poder legal médico o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Antes de tomar cualquier medida, procuraremos verificar que la persona que usted designe tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

Derecho a elegir cómo recibe su información de salud

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera, como por correo o por fax, o en un lugar determinado, como una dirección particular o una casilla de correo. Intentaremos cumplir con su solicitud si podemos hacerlo en términos razonables. La solicitud debe presentarse por escrito y debe especificar la forma o el lugar en que desea que nos comuniquemos con usted. Para enviar una solicitud, comuníquese con el centro en el que recibió tratamiento o con la Oficina de Privacidad que se detalla a continuación.

Persona de contacto

Si considera que no se respetaron sus derechos de privacidad, puede llamar a la Oficina de Privacidad de MedStar Health o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, o puede presentar allí un reclamo por escrito (consulte la información de contacto que figura a continuación). No tomaremos represalias contra usted en caso de que presente un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad.

Privacy Officer • MedStar Health Inc.
10980 Grantchester Way, Columbia, MD 21044

TELÉFONO 410-772-6606

privacyofficer@medstar.net

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W., Washington, DC 20201

LÍNEA GRATUITA 877-696-6775

HHS.gov/OCR/Privacy/HIPAA/Complaints

Si tiene preguntas sobre esta notificación o si desea ejercer sus derechos de privacidad, comuníquese con el centro en el que recibió tratamiento o con la Oficina de Privacidad de MedStar.

Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. Nos reservamos el derecho de aplicar la notificación revisada a la información médica que ya tenemos sobre usted, además de a cualquier otra información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia de la notificación actual en cada uno de los centros de MedStar Health y en nuestro sitio web. Además, cada vez que se registre o se lo ingrese en el hospital para recibir tratamiento o servicios de cuidado de la salud como paciente internado o ambulatorio, le ofreceremos una copia de la notificación actual en vigencia.

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad está disponible en español.

개인 정보 보호 정책 관행의 공지 사항 한글로 사용할 수 있습니다.

تغيير المعلومات الخاصة بالخصوصية في اللغة العربية.

通知隐私做法是可以在简体中文。

Các thông báo về việc bảo mật Thực tiễn hiện có sẵn tại Việt Nam

Уведомление о конфиденциальности доступна на русском языке.

Nota al pie de página: MedStar Health, Inc., ubicado en Columbia, Maryland, es una organización de cuidado de la salud comunitaria sin fines de lucro que presta servicios en la región metropolitana de Baltimore/Washington. El sistema de salud está compuesto por una serie de proveedores de salud distinguidos y otras entidades de salud diversificadas. Si bien estas entidades operan de manera independiente y como empleadores distintos, también trabajan en pos de las mismas misiones y valores. La misión de MedStar Health es atender a nuestros pacientes, aquellos que les brindan cuidado y a nuestras comunidades, y nuestra visión es ser el líder de confianza para el cuidado de las personas y la promoción de la salud. Para alcanzar esta meta, cada entidad de MedStar Health es responsable de hacer cumplir sus políticas de privacidad y de tomar las medidas disciplinarias o de otro tipo por las violaciones de los empleados. Tenga en cuenta que, a los efectos de esta Notificación de prácticas de privacidad, se hará referencia a la empresa matriz de MedStar Health y a todas sus filiales en conjunto como "MedStar Health". Solo a los efectos de la privacidad, MedStar Health está organizado como una entidad cubierta afiliada, tal como se describe en 45 CFR§ 164,504(d)(1); las entidades legalmente independientes que están afiliadas pueden designarse como una sola entidad cubierta.

MedStar Health cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ANEXO C - Servicios adicionales ofrecidos por By Medstar Family Choice

Todas las MCO le brindan los servicios y los beneficios de atención médica sobre los que ha leído en el Adjunto A. MedStar Family Choice le proporcionará algunos otros servicios. En la tabla siguiente, se detallan los servicios y los beneficios adicionales de atención médica que los miembros de MedStar Family Choice pueden obtener cuando los necesiten. Si tiene alguna pregunta o duda sobre estos beneficios adicionales, puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros de MedStar Family Choice al **888-404-3549**. Actualmente, no hay copagos para los servicios proporcionados por MedStar Family Choice.

Beneficio	Descripción	Quiénes pueden obtener este beneficio	Qué servicio no incluye este beneficio
Atención de la vista	Examen de la vista una vez al año. Anteojos una vez al año.	Mayores de 21 años de edad	Lentes de contacto que no son médicamente necesarios.
Medicamentos de venta libre	MedStar Family Choice pagará algunos de los medicamentos de venta libre que están disponibles. Su médico tiene una lista de estos medicamentos.	Todos los participantes	No todos los medicamentos de venta libre están cubiertos. Su médico tiene una lista completa.
Transporte	El transporte para recibir atención se proporciona según sea apropiado cuando sea médicamente necesario.	Todos los participantes	Transporte que no es médicamente necesario.
MedStar eVisit:	Acceso a médicos certificados por la junta, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana a través de video seguro desde una tableta, teléfono inteligente o computadora para afecciones que no son urgentes.	Todos los participantes	Ninguna

ANEXO D - Programa prenatal y posparto

Si estaba embarazada cuando se unió a MedStar Family Choice y ya tenía un proveedor que no está en la red de MedStar Family Choice y completó al menos un chequeo prenatal, entonces puede decidir si desea acudir con ese proveedor todo su embarazo, parto y durante dos meses después de que nazca el bebé para seguimiento, siempre y cuando el proveedor esté de acuerdo en seguir asistiéndola.

Primer chequeo del bebé antes de salir del hospital

Es mejor seleccionar el médico de su bebé antes del parto. Si el médico de MedStar Family Choice que seleccionó u otro médico de MedStar Family Choice no ve a su bebé recién nacido para un chequeo antes que el bebé esté listo para ir a casa del hospital, pagaremos al médico de turno para que realice el chequeo en el hospital.

La atención médica por embarazo es la atención médica que recibe durante el embarazo de parte de un médico capacitado especialmente que se conoce como obstetra o médico OB. **Acudir con su médico OB es muy importante para usted y su bebé. Deberá hacerse chequeos regulares durante todo el embarazo e, incluso, después de que nazca su bebé.**

Llame a MedStar Family Choice tan pronto como sepa que está embarazada. Contamos con un programa especial para mujeres embarazadas que ayuda a estimular el buen cuidado prenatal. Si tiene menos que 28 semanas de embarazo, usted es elegible para unirse al Programa de incentivos “Mamá y yo” (Momma and Me) de MedStar Family Choice. Este programa ofrece certificados de regalos por cada consulta prenatal con el OB, por las clases educativas y por la primera consulta con el pediatra de su bebé. Como participante de “Mamá y yo” (Momma and Me), también recibirá materiales educativos. Para obtener más información sobre el programa, llame al **800-905-1722 (opción #1)**.

Para aquellas mamás que no participan en el Programa incentivo “Mamá y yo” (Momma and Me) de MedStar Family Choice, tenemos un programa de posparto llamado “We Care”. Por participar en este programa usted es elegible para un certificado de regalo si se somete a su examen posparto y lleva a su recién nacido a su primera consulta de dos semanas al niño sano. Para obtener más información sobre el programa “We Care”, llame al **800-905-1722 (opción #1)**.

Usted puede haber estado embarazada cuando se inscribió en MedStar Family Choice. Si ya tiene un médico obstetra, puede seguir con las consultas siempre y cuando esté de acuerdo en seguir atendiéndola. Si queda embarazada después de inscribirse, su PCP le ayudará a elegir un médico obstetra de MedStar Family Choice. Indíquelo a su PCP cuando crea que está embarazada para que pueda empezar a ver a un médico obstetra de inmediato. Si cree que podría estar embarazada y no tiene un médico gineco-obstetra, puede llamar a su PCP para realizarse una prueba de embarazo.

Su médico obstetra deseará verla regularmente. Es importante para su salud y la salud de su bebé que no falte a estas citas.

Durante los primeros siete meses de su embarazo, su médico obstetra deseará verla mensualmente. Después de siete meses, su médico obstetra deseará verla cada dos semanas. A medida que se acerque el momento de dar a luz a su bebé, su médico obstetra deseará verla semanalmente.

Su médico obstetra también deseará verla aproximadamente seis semanas después de que dé a luz a su bebé. Después de esta visita, puede regresar con su PCP. Recuerde elegir a un pediatra antes que nazca su bebé. Una vez haya nacido su bebé, es importante llamar al pediatra inmediatamente para programar una cita.

Citas: El proveedor debe programar una cita en un término de 10 días a partir de su solicitud. Si no puede conseguir una cita, llámenos al **888-404-3549** o a la Línea de ayuda para afiliados al **800-284-4510**.

Enlace con un proveedor pediatra: Todas las mujeres embarazadas estará en contacto con un médico de niños de su elección antes de dar a luz. Un médico de niños puede ser un médico familiar, pediatra o enfermero profesional.

Evaluación de riesgos prenatales: Todas las mujeres embarazadas deben tener una evaluación de riesgos prenatales en el momento de su primera visita con el proveedor de atención prenatal. Si hay un riesgo que pueda afectar el embarazo y un bebé saludable, alguien del departamento de salud local o MedStar Family Choice se comunicará con la mujer embarazada y se ofrecerá a visitarla.

Duración de estadía en el hospital: La duración de 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 decide que se le de el alta antes, debe proporcionarse una visita en el hogar en un término de 24 horas después del alta. Si debe permanecer en el hospital después del nacimiento del bebé por razones médicas, puede solicitar que su recién nacido permanezca en el hospital mientras usted está hospitalizada. Se cubrirá una hospitalización adicional hasta de cuatro días para su recién nacido.

Seguimiento: Debemos programar una visita de seguimiento al recién nacido dos semanas después del alta si no hay ocurrido una visita en el hogar o en un término de 30 días después del alta si se ha realizado una visita en el hogar.

Dental: Las mujeres embarazadas reciben servicios dentales de diagnóstico, emergencia, de prevención y terapéuticos para enfermedades orales. Estos servicios son provistos por el Programa dental de Maryland Healthy Smiles.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame a Healthy Smiles al **855-934-9812**.

Servicios para el trastorno por el abuso de sustancias: Cualquier mujer embarazada o posterior al parto (2 meses después del parto), que necesita tratamiento por un trastorno por uso de sustancias se referirá inmediatamente al Sistema de salud conductual de especialidad.

Asesoría y pruebas de VIH: Se les ofrecerá a todas las mujeres embarazadas una prueba de VIH y recibirá información sobre la infección de VIH y su efecto en el futuro bebé.

Asesoría sobre nutrición: Se les ofrecerá a todas las mujeres embarazadas información nutricional para enseñarles a comer saludable.

Asesoría sobre fumar: Se les proveerá a todas las mujeres embarazadas información y apoyo sobre maneras para dejar de fumar.

Citas de detección de EPSDT: Los adolescentes que estén embarazadas recibirán servicios de detección de EPSDT además de cuidado prenatal.

ANEXO E - Programas de educación de salud

MedStar Family Choice desea que conozca sobre su salud y cómo permanecer bien. Tenemos muchas clases, grupos de apoyo y eventos en su comunidad. Ofrecemos clases sobre materias como cuidado prenatal, cuidado de bebés y muchas otras. Lo animamos a que asista a todas las que pueda. Para recibir una copia impresa, llame a Servicios para Miembros al **888-404-3549**. También puede visitar nuestro sitio web en **MedStarFamilyChoice.com** para encontrar una lista de las clases. Todas las clases y eventos serán sin costo. Traiga su tarjeta de identificación de miembro y una identificación con fotografía cuando asista.

MedStar Family Choice también ofrece a sus miembros un programa en línea para ayudarles a establecer y alcanzar sus objetivos de bienestar. Si está listo para motivarse y mejorar su salud, todo lo que necesita hacer es conectarse y crear cuenta en **MedStarFamilyChoiceHealthyLife.com** hoy. Este portal en línea seguro es fácil de usar. Puede empezar su recorrido hacia el bienestar al completar una encuesta de salud, explorar la biblioteca de salud, inscribirse en un taller de bienestar o empezar un plan de ejercicios.

Hay muchas herramientas distintas que puede usar para llevar el control de su progreso:

- registro de peso,
- registro de las medidas corporales,
- explorar recetas saludables,
- registro de la presión arterial,
- registro de la información general de salud,
- seguimiento del consumo de agua,
- registro de glucosa en sangre,
- registro de comidas,
- registro cardiovascular,
- registro de colesterol,
- planificación de comidas,
- registro de pasos.

ANEXO F - Proceso interno de reclamos, quejas o apelaciones de la MCO

A. Información de línea directa y servicios para participantes en MCO

MedStar Family Choice quiere que obtenga la atención médica que necesita de la mejor manera posible. Deseamos saber qué considera sobre los servicios que proporcionamos. Por lo tanto, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros, al **888-404-3549** si considera que no cubrimos sus necesidades o si tiene alguna pregunta sobre la atención que recibe. También le llamaremos de vez en cuando para preguntarle si está contento con su atención médica.

Tenemos una junta asesora del consumidor (CAB, por sus siglas en inglés) compuesta por miembros y empleados de MedStar Family Choice. Esta junta se reúne seis veces al año para hablar sobre la atención que reciben nuestros miembros y para sugerir formas en que MedStar Family Choice puede mejorar los servicios que brindamos. Se le podrá solicitar que participe en esta junta. En ese caso, esperamos que acepte el ofrecimiento y se una a la CAB. Esperamos que su participación nos ayude a cuidar de su salud y de la salud de todos los miembros de MedStar Family Choice.

B. Procedimientos internos de queja de MedStar Family Choice

Procedimiento interno de queja

Si tiene una queja (también llamada reclamo) sobre la atención médica, por ejemplo si no puede conseguir una cita, la forma en que lo tratamos o si tiene que trasladarse demasiado lejos para recibir servicios de atención médica, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **888-404-3549** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. y díganos cuál es su inquietud. **Consulte la página 4** para obtener información sobre los servicios de intérprete y servicios de TTY/TDD. El representante de Servicios para Miembros hará lo siguiente:

1. Tomará su queja;
2. Responderá las preguntas que tenga; y
3. Reenviará su queja a la persona adecuada, quien:
 - a. Investigará su queja;
 - b. Decidirá las medidas que se tomarán; y
 - c. Responderá su queja (en un plazo de 24 horas para problemas médicos de emergencia, cinco días para problemas médicos que no sean de emergencia y 30 días para problemas administrativos)

Procedimiento de apelación de queja

Si no está satisfecho con la respuesta que le dio MedStar Family Choice y la queja está relacionada con cuestiones como la calidad del cuidado, el acceso, la actitud/servicio, la calidad de la ubicación del consultorio de un proveedor o el pago de servicios, se le podría permitir solicitar la apelación de la queja. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **888-404-3549**. Un representante diferente al que tomó la queja inicial hará lo siguiente:

1. Investigará la apelación de la queja;
2. Responderá cualquier pregunta;
3. Decidirá qué pasos se tomarán; y
4. Responderá su queja (72 horas para problemas urgentes y 30 días para asuntos habituales)

Si aún no está satisfecho con el resultado, podrá comunicarse con la Línea de ayuda para afiliados de HealthChoice en cualquier momento del proceso de queja al 800-284-4510 de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

C. Apelaciones de cobertura médica

MedStar Family Choice aprueba o deniega los servicios en base a si el servicio es médicamente necesario o no y si es un beneficio cubierto. No recompensamos financieramente a nuestros proveedores, a nuestro personal ni a ninguna persona contratada por MedStar Family Choice por denegar los servicios. Además, no recompensamos financieramente a nadie involucrado en el proceso de toma de decisiones de una forma que los animaría a denegar los servicios.

Cuando usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar o detener o reducir un servicio que ha sido solicitado por su proveedor o su proveedor pueden solicitarnos que revisemos nuestra decisión de nuevo. A esto se le llama una apelación.

Puede apelar la decisión de MedStar Family Choice de no cubrir un servicio una vez que recibe una carta de denegación (determinación adversa) de nosotros. Para apelar nuestra decisión, tiene 60 días después de haber recibido una carta de denegación. La carta proporciona los detalles de la razón por la cual se denegaron los servicios médicos. También le da instrucciones sobre el proceso de apelaciones. Si su proveedor presenta la apelación en su nombre, nos comunicaremos con usted para obtener su permiso por escrito, según lo exigido por las normas.

Las apelaciones médicas son urgentes o no urgentes. Las apelaciones se consideran urgentes si su vida o su salud física o mental están en peligro, o si pudiera sufrir una pérdida en la capacidad de recuperar el funcionamiento máximo.

La apelación, verbal o escrita, debe incluir la razón específica para la reconsideración de la denegación. Debe presentar la apelación usted mismo. Tenemos un formulario de apelación que puede usar para presentar su apelación.

Llame al **410-933-2200** o al **800-905-1722** para solicitar el formulario. Le enviaremos por correo postal, fax o el correo electrónico el formulario de apelación y le proporcionaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo. También le pueden ayudar otras personas a presentar una apelación, como un miembro de la familia o un abogado. Con la autorización escrita por parte suya, es posible que su proveedor o un representante autorizado presente la apelación en su nombre. Todas las solicitudes para apelaciones se pueden presentar de forma verbal o escrita a la División de denegación y apelación de MedStar Family Choice. Las apelaciones escritas deben enviarse a la siguiente dirección:

MedStar Family Choice
P.O. Box 43790
Baltimore, MD 21236
Attn: Denial and Appeal Division

Le enviaremos una carta donde le hagamos saber que hemos recibido su apelación en un término de cinco días hábiles. Si prefiere solicitar una apelación verbalmente, llame al **410-933-2200** o al **800-905-1722** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Cuando presenta una apelación, asegúrese de dejarnos saber cualquier información nueva que tenga y que nos pudiera ayudar a tomar nuestra decisión. Mientras se revisa su apelación, puede enviar o entregar información adicional que cree que nos pueda ayudar a tomar nuestra decisión.

Cuando revisemos su apelación nosotros:

- Usaremos médicos que conozcan el tipo de enfermedad que tiene usted
- No usaremos a los mismos profesionales médicos que denegaron su solicitud por un servicio
- No usaremos profesionales médicos que sean subordinados de los que tomaron la decisión anterior
- Tomaremos una decisión sobre su apelación en un término de 72 horas para apelaciones urgentes y en un término de 30 días calendario para las apelaciones no urgentes.

Apelaciones urgentes

Las apelaciones urgentes de primer nivel deben ser solicitadas en un término de 60 días luego de haber recibido la carta de denegación (determinación adversa) de MedStar Family Choice. No se pueden solicitar apelaciones urgentes para servicios que ya se han recibido. Además de la razón específica para la apelación, a usted, a su representante autorizado o a su proveedor se le da la oportunidad de proporcionar cualquier información adicional que desea que se tome en consideración durante el proceso de apelaciones.

MedStar Family Choice resolverá las apelaciones urgentes en el plazo de 72 horas después de haber recibido la solicitud urgente. Una vez que se haya tomado una decisión, se la notificaremos por correo en el plazo de dos días calendario. También intentaremos comunicarnos con usted o con su representante por teléfono, de modo de que cuente con nuestra decisión en un plazo de 24 horas. Si se determina que su apelación no es urgente, MedStar Family Choice la convertirá en una apelación no urgente y cumplirá con los requisitos de tiempo para una apelación no urgente.

Si aún no está satisfecho con el resultado de la apelación, podrá comunicarse con la Línea de ayuda para afiliados de HealthChoice al **800-284-4510** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 a. m. Además, puede comunicarse con la Línea de ayuda para afiliados en cualquier momento del proceso de apelación.

Apelaciones no urgentes

Las apelaciones no urgentes deben solicitarse en el plazo de 60 días posterior a haber recibido la carta de denegación (determinación adversa) de MedStar Family Choice. Además de la razón específica para la apelación, a usted, a su representante autorizado o a su proveedor se le da la oportunidad de proporcionar cualquier documentación adicional que desea que se tome en consideración durante el proceso de apelaciones. Las apelaciones no urgentes pueden ser por servicios que todavía no se prestaron o por servicios que ya se prestaron. MedStar Family Choice les notificará nuestra decisión a usted, su representante autorizado y su proveedor en un plazo de 30 días calendario.

El tiempo de respuesta puede extenderse hasta 14 días si usted pide más tiempo para enviar información o si necesitamos obtener más información de otras fuentes. Nos comunicaremos con usted por escrito e intentaremos hacerlo también por teléfono en caso de que se necesite más tiempo.

Si su apelación es sobre un servicio que ya estaba autorizado y ya estaba recibiendo, puede seguir recibéndolo mientras revisamos su apelación. Comuníquese con nosotros en los 10 días siguientes a la fecha de la carta de denegación o en los 10 días siguientes a la fecha de los servicios que están programados para terminar al número **410-933-2200** o al **800-905-1722** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., si le gustaría seguir recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Si aún no está satisfecho con el resultado de la apelación, podrá comunicarse con la Línea de ayuda para afiliados de HealthChoice al **800-284-4510** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. Además, puede comunicarse con la Línea de ayuda para afiliados en cualquier momento del proceso de apelación.

ANEXO G - Otra información importante

A. Sitio web de MedStar Family Choice (MedStarFamilyChoice.com)

MedStar Family Choice ha desarrollado un sitio web para proporcionarle acceso a información actualizada sobre su plan de salud. En el sitio web, encontrará lo siguiente:

- Proceso de apelaciones
- Información sobre los beneficios
- Servicios fuera de la red
- Segundas opiniones
- Servicios de autoremisión
- Qué servicios están cubiertos o no cubiertos
- Servicios adicionales bajo MedStar Family Choice
- Si hay o no copagos
- Qué hacer si le facturan un servicio cubierto
- Cobertura fuera del área
- Servicios de administración de casos/enfermedades
- Información de contacto para nuestra compañía
- Encontrar un proveedor (directorio de búsqueda de proveedores)
- Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)
- Horario de operación e instrucciones para atención fuera del horario
- Servicios de interpretación
- Manual del miembro
- Derechos y responsabilidades del miembro
- Nuevas políticas de tecnología
- Aviso de prácticas de privacidad
- Programa de difusión

B. Cómo sugerir cambios en las políticas o los procedimientos

MedStar Family Choice agradece sus comentarios e ideas. Si desea sugerir un cambio en la forma en que brindamos atención médica o le prestamos servicios, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **888-404-3549**. Tomaremos muy en serio sus ideas. Las presentaremos ante la Junta Asesora del Consumidor (Consumer Advisory Board) y recibirá una respuesta de nosotros. Deseamos que se sienta satisfecho con su atención médica y deseamos que nos ayude a cuidar de usted. Esperamos que nos informe qué estamos haciendo bien, al igual que qué podríamos hacer mejor.

C. Nueva Tecnología

MedStar Family Choice evalúa la nueva tecnología según sea necesario. Los proveedores se comunicarán con el Departamento de Administración de atención de MedStar Family Choice para solicitar autorización para la nueva tecnología. El director médico de MedStar Family Choice revisará la solicitud y se asegurará de que haya sido aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Además, determinaremos si Medicaid cubre el servicio en esta ocasión. Si Medicaid determina que la nueva tecnología debería ser un servicio cubierto bajo la póliza, la solicitud será aprobada si es médicamente necesaria. Si Medicaid no cubre actualmente la nueva tecnología, revisaremos los estándares industriales al considerar si cubrimos o no la nueva tecnología.

D. Gastos de bolsillo

Siempre asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de MedStar Family Choice cuando necesite atención médica. Todos los proveedores de MedStar Family Choice están conscientes de que no pueden cobrarles a los miembros los servicios cubiertos. Sin embargo, si le piden que pague un servicio cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros, lo más pronto posible. Nos comunicaremos con el proveedor para determinar por

qué se los cobraron. Además, si le cobran incorrectamente un servicio que MedStar Family Choice cubre, le ayudaremos a obtener su reembolso por este gasto. Para revisar este asunto, le solicitaremos documentación como un recibo del consultorio del proveedor.

E. Fraude, desperdicio y abuso

Mientras que MedStar Family Choice busca las posibles actividades de fraude, desperdicio y abuso, necesitamos su ayuda para detenerlas. MedStar Family Choice tiene una política estricta de no represalias. No es necesario que proporcione su nombre. Sin embargo, si decide proporcionarnos su nombre, no tiene que preocuparse de que ninguna persona le niegue un servicio, eliminándolo de la organización de atención administrada o tratándolo de una manera que podría ocasionar que usted o un miembro de su familia considere que hizo algo mal por haber informado sobre cualquier incidente. Además de las formas detalladas en la Sección XII de este manual, puede llamar al director de supervisión de contratos de Medicaid para MedStar Family Choice al 888-404-3549 o a la Línea directa de integridad corporativa de MedStar Health al **877-811- 3411**.

ANEXO H - Instrucciones médicas anticipadas



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



Your Life, Your Decisions

Hoja de instrucciones médicas anticipadas

Independientemente de su edad o estado de salud, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo o lesionado para comunicar decisiones sobre su atención médica. Es importante pensar en los tipos de tratamiento que le gustaría o no y en los posibles resultados antes de que ocurra una crisis médica. Inicie la conversación con familiares, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un asesor religioso.

Planificación anticipada de la atención: discusión

La planificación anticipada de la atención es una conversación continua con personas de su confianza para analizar sus preferencias personales y las decisiones que podrían ser necesarias en una crisis médica, no solo en la atención al final de la vida. La planificación anticipada de la atención requiere una consideración cuidadosa de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en una directiva anticipada o en un formulario de Órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (MOLST, por sus siglas en inglés). Una instrucción médica anticipada no es lo mismo que el formulario MOLST; para conocer más acerca del formulario MOLST de Maryland, visite la página marylandmolst.org. Estas conversaciones dan a conocer sus deseos para que puedan cumplirse en caso de que tenga una capacidad limitada o nula para tomar decisiones por sí mismo. Esto alivia la carga de sus familiares y seres queridos y ayuda a prevenir conflictos sobre su atención. Es importante identificar quién puede hablar en su nombre; en Maryland, a esta persona se le llama agente de atención médica. Si no designa a un agente de atención médica, su familiar más cercano será designado por ley para tomar decisiones por usted si usted no puede hablar por sí mismo.

Instrucciones médicas anticipadas: Registro

Usted tiene la opción de crear una directiva anticipada, una forma útil y legal de dirigir su atención médica cuando no puede hablar por sí mismo. Puede designar a un agente de atención médica para que tome decisiones en su nombre y especifique sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo utilizar tratamientos de soporte vital. Elija a alguien en quien confíe para tomar estas decisiones serias y hable con esa persona para asegurarse de que acepte la responsabilidad. Incluya su nombre e información de contacto y cualquier agente de atención médica de respaldo en su directiva anticipada. Hay varios formularios de directivas anticipadas disponibles a través de proveedores de atención médica, organizaciones religiosas, planificadores patrimoniales, abogados y otros. No existe un formulario único que deba utilizarse. Puede personalizar su directiva anticipada para que se ajuste a sus deseos. Asegúrese de proporcionar una copia de sus directivas anticipadas a su familia, proveedores de atención médica, abogado o cualquier otra persona que deba estar al tanto de sus decisiones. **Recuerde: no es necesario que tenga una directiva anticipada y puede revocarla y completar una nueva en cualquier momento.**

Documentación electrónica: compartir

Una directiva anticipada puede ser más eficaz si la pone a disposición de un proveedor de atención médica en un formato electrónico al que pueda acceder fácilmente. Hable con su proveedor de atención médica sobre cómo almacenar una copia de su directiva anticipada y la información de su agente de atención médica en su sistema seguro de registros médicos electrónicos. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas utilizando el portal para pacientes del proveedor de atención médica, un sitio web seguro en línea donde puede ver su registro médico y comunicarse con su equipo de atención. También puede utilizar un servicio de directivas anticipadas electrónicas reconocido por el estado para crear, cargar, compartir y actualizar sus directivas anticipadas y la información de su agente de atención médica. Obtenga más información sobre cómo los proveedores de atención médica involucrados en su atención pueden acceder a su información en crisphealth.org/for-patients/#advance-directives.

Más información sobre cómo comenzar con su directiva anticipada, incluidos formularios de muestra, está disponible en el el sitio web del Procurador general de Maryland: www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx

ANEXO I - Declaración de no discriminación de MedStar Family Choice

Declaración de no discriminación

MedStar Family Choice tiene una política de no discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. MedStar Family Choice le proporcionará ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros (esto incluye intérpretes calificados en lenguaje de señas, información escrita en formatos accesibles y servicios gratuitos de idiomas para aquellas personas cuyo idioma principal no sea el inglés, incluyendo intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas). Si necesita estos servicios, por favor llame a Servicios para Miembros al **888- 404-3549**.

MedStar Family Choice ha adoptado procedimientos internos ante quejas para resolver, de forma oportuna y equitativa los reclamos por comportamientos prohibidos según el Artículo 1557 de Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) (42 U.S.C. 18116) y sus reglamentos de ejecución correspondientes a 45 CFR Parte 92 dispuestos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Esta sección prohíbe actos discriminatorios por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud. Encontrará el Artículo 1557 y sus reglamentos de ejecución en el Departamento de Cumplimiento de MedStar Family Choice. MedStar Family Choice cuenta con una persona designada para cumplir con el Artículo 1557.

Section 1557 Coordinator

5233 King Avenue, Suite 400

Baltimore, MD 21237

888-404-3549

MFC1557Coordinator@medstar.net

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

Procedimiento:

- La persona que reconozca el acto discriminatorio debe presentar la queja ante el coordinador del Artículo 1557 dentro de los 60 días de haber reconocido el supuesto acto.
- Un reclamo debe ser por escrito y debe incluir el nombre y la dirección de la persona que lo presenta. El reclamo debe describir el problema o la acción considerada discriminatoria, y la solución esperada.
- El coordinador del Artículo 1557 (o la persona designada por este) debe investigar el reclamo. La investigación podrá ser informal, pero rigurosa. Las partes involucradas tienen la oportunidad de presentar evidencia pertinente al reclamo. MFC conservará los registros relacionados con la queja. En la medida que sea posible y de acuerdo con las leyes pertinentes, el coordinador la Sección 1557 preservará la confidencialidad de los archivos y solo los compartirá con las personas que deban tener acceso a la información.
- El coordinador la Sección 1557 enviará una decisión por escrito sobre la queja, basada en el resultado de la investigación, dentro de los 30 días posteriores a la presentación del reclamo. El aviso incluirá lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión, incluyendo, entre otras, la opción de apelar la decisión ante el presidente de MedStar Family Choice.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento para quejas no reemplaza el derecho de una persona de buscar otras soluciones legales o administrativas, como la presentación de un reclamo por discriminación debido a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles.

Se pueden presentar reclamos por discriminación de forma electrónica en el portal de reclamos la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra disponible en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono a: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 1-800-368-1019, 800-537- 7697 (TDD)**

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

MedStar Family Choice tomará las 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 de idioma de manera oportuna para participar en el proceso para la solución de la queja. Esto incluye la asistencia de intérpretes calificados, proporcionar grabaciones de material para personas con problemas de vista o garantizar sitios sin barreras para los procesos. También podemos proporcionarle materiales escritos en los idiomas más frecuentes identificados en Maryland, diferentes al inglés, y en formatos alternativos. Si necesita estas ayudas o servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **888-404-3549 (TTY: 7-1-1)**.

MedStarFamilyChoice.com



**MedStar Family
Choice**

5233 King Ave.
Suite 400
Baltimore, MD 21237
888-404-3549 **PHONE**