



## Manual para miembros

Obtenga más información  
sobre sus beneficios de atención médica

---

Aetna Better Health<sup>®</sup> of Maryland

**aetna<sup>®</sup>**

# Información útil

## Departamento de Servicios para miembros

**1-866-827-2710** (número gratuito)  
durante las 24 horas, los 7 días de la semana

## Servicios para personas con problemas auditivos y del habla (TTY)

Llame al 711

## Línea de enfermería las 24 horas

**1-866-827-2710** (número gratuito)  
durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

## Servicios de la vista

**1-866-827-2710** (número gratuito)

## Servicios de salud conductual

**1-800-888-1965** (número gratuito)

## Dirección de correo postal

Aetna Better Health of Maryland  
509 Progress Drive, Suite 117  
Linthicum, MD 21090

## Servicio de interpretación

Usted tiene derecho a recibir ayuda para abordar cualquier problema de comunicación que pueda tener. No tiene ningún costo para usted.  
Llame al **1-866-827-2710** (número gratuito).

## Línea de ayuda al inscrito de Medicaid de Maryland

**1-800-284-4510**

## Emergencia (disponible las 24 horas)

Si tiene una afección médica que puede provocar problemas de salud graves o incluso la muerte si no se trata de inmediato, llame al **911**.

## Sitio web

[aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland)

# Información personal

---

**Mi PCP (Proveedor de atención primaria)**

---

**Mi número de identificación de miembro**

---

**El número de teléfono de mi PCP**

Estimado/a miembro:

Gracias por elegir Aetna Better Health® of Maryland como su plan de salud de HealthChoice de Medicaid. HealthChoice es un programa del Departamento de Salud de Maryland. Al elegir Aetna Better Health® of Maryland, elige un plan de salud que ha prestado servicios de atención médica a familias durante más de 150 años.

Contamos con muchos proveedores preparados para ayudarlo a conservar su bienestar y el de su familia. Además, el personal dedicado del Departamento de Servicios para miembros está disponible para responder sus preguntas sobre la cobertura de atención médica y asistirlo en sus necesidades y consultas.

Este manual para miembros le brinda información sobre nuestro plan de salud. En este manual, se explica la mayor parte de lo que necesita saber sobre cómo recibir atención, incluido lo siguiente:

- Su proveedor de atención primaria (PCP).
- Los beneficios que tienen cobertura.
- Lo que debe hacer en caso de emergencia.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro.

Es posible que ya haya recibido su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health® of Maryland. En esta identificación de miembro, se indica cuándo comienza su membresía y el nombre de su PCP. Comuníquese con nosotros al **1-866-827-2710**, TTY **711** si ocurre lo siguiente:

- No le enviamos una identificación de miembro.
- El nombre que figura en la identificación de miembro no es correcto.
- El nombre de su PCP o alguna otra información incluida en la identificación no son correctos.

Si tiene preguntas o problemas para recibir los servicios, estamos a su disposición para ayudarlo. Estamos disponibles para recibir su llamada durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El número de nuestra línea gratuita es **1-866-827-2710**; los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Para ver este manual en línea, obtener información sobre nuestros programas y servicios o buscar un proveedor, visite nuestro sitio web **[aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland)**.

Esperamos poder brindarle sus beneficios de atención médica.

Atentamente,



Angelo D. Edge  
Director ejecutivo



# Índice

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Descripción general de HealthChoice</b>   | 9  |
| A. ¿Qué es Medicaid?  | 9  |
| B. ¿Qué es HealthChoice?  | 9  |
| C. ¿Cómo renovar la cobertura de Medicaid?  | 9  |
| D. Inscripción en HealthChoice/MCO  | 10 |
| E. Proceso de inscripción en HealthChoice   | 11 |
| F. Elegibilidad/Cancelación de inscripción en HealthChoice  | 11 |
| G. Cómo actualizar su estado e información personal   | 12 |
| <b>2. Información importante</b>  | 13 |
| A. Información de contacto de HealthChoice y de los programas estatales   | 13 |
| B. Información de contacto de los Departamentos de salud locales  | 14 |
| <b>3. Derechos y responsabilidades</b>  | 15 |
| A. Como miembro de HealthChoice, tiene derecho a lo siguiente:  | 15 |
| B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:  | 15 |
| C. Declaración de no discriminación   | 15 |
| D. Aviso sobre prácticas de privacidad  | 17 |
| <b>4. Beneficios y servicios</b>  | 18 |
| A. Beneficios de HealthChoice   | 18 |
| B. Servicios de autorremisión   | 23 |
| C. Beneficios no ofrecidos por las MCO pero ofrecidos por el estado   | 25 |
| D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO pero NO ofrecidos por el estado  | 26 |
| E. Beneficios excluidos y servicios no cubiertos por las MCO ni por el estado   | 26 |
| F. Cambio de ubicaciones de beneficios y servicios  | 27 |
| <b>5. Información sobre proveedores</b>   | 28 |
| A. Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y la atención especializada                        | 28 |
| B. Seleccionar o cambiar proveedores  | 28 |
| C. Cancelación de un proveedor  | 28 |
| <b>6. Cómo obtener atención</b>   | 29 |
| A. Cómo concertar o cancelar una cita   | 29 |
| B. Remisión a un especialista o atención especializada  | 29 |
| C. Atención de urgencia, en la sala de emergencias y fuera del horario de atención                                    | 29 |
| D. Cobertura fuera del área de servicio   | 30 |
| E. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids - Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) | 30 |
| F. Atención de bienestar para adultos   | 31 |
| G. Administración de casos  | 33 |
| H. Atención para mujeres durante el embarazo y los dos meses posteriores al parto                                     | 33 |
| I. Planificación familiar (control de la natalidad)   | 33 |
| J. Atención dental  | 33 |
| K. Atención de la vista   | 34 |
| L. Educación de salud/extensión   | 34 |
| M. Servicios de salud conductual  | 34 |
| <b>7. Servicios especiales</b>  | 35 |
| A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales  | 35 |
| B. Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM)   | 37 |

|  |    |
|--|----|
| <b>8. Administración de uso</b>  | 38 |
| A. Necesidad médica  | 38 |
| B. Autorización/aprobación 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   | 40 |
| F. Lista de medicamentos preferidos  | 40 |
| G. Nueva tecnología y telesalud  | 40 |
| <b>9. Facturación</b>  | 41 |
| A. Explicación de beneficios   | 41 |
| B. Qué debe hacer si recibe una factura  | 41 |
| <b>10. Reclamos, quejas y apelaciones</b>  | 42 |
| A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamos                                  | 42 |
| B. Apelaciones   | 42 |
| C. Cómo interponer un reclamo, una queja o una apelación                                   | 43 |
| D. Proceso de reclamos/apelaciones del estado  | 43 |
| E. Resoluciones de apelación revertidas  | 44 |
| F. Presentación de sugerencias para cambios en políticas y procedimientos                  | 45 |
| <b>11. Cambiar de MCO</b>  | 46 |
| A. Reglas de los 90 días   | 46 |
| B. Una vez cada 12 meses   | 46 |
| C. Cuándo hay un motivo aprobado para cambiar de MCO                                       | 46 |
| D. Cómo cambiar de MCO   | 46 |
| <b>12. Denuncias de fraude, uso indebido y abuso</b>                                       | 47 |
| A. Tipos de fraude, uso indebido y abuso   | 47 |
| B. Cómo denunciar fraude, uso indebido y abuso   | 47 |
| <b>13. ANEXO A: Información de contacto de las Organizaciones de atención administrada</b> | 48 |
| <b>14. ANEXO B: Aviso sobre prácticas de privacidad</b>                                    | 49 |
| <b>15. ANEXO C: Servicios adicionales ofrecidos por Aetna Better Health® of Maryland</b>   | 51 |
| <b>16. ANEXO D: programas prenatales/posparto</b>  | 52 |
| <b>17. ANEXO E: Programas educativos sobre salud</b>                                       | 53 |
| <b>18. ANEXO F: Procedimiento interno de reclamos/apelaciones de MCO</b>                   | 54 |
| <b>19. ANEXO G: Información adicional de Aetna Better Health® of Maryland</b>              | 58 |
| <b>20. ANEXO H: Instrucciones anticipadas</b>  | 60 |

# Declaración de no discriminación

Es política de Aetna Better Health of Maryland no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Aetna Better Health of Maryland ha adoptado un procedimiento interno de quejas que brinda una solución rápida y equitativa a los reclamos relacionados con cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (42 U.S.C. 18116) y sus reglamentaciones de implementación en la Parte 92 del Título 45 del Código Federal de Regulaciones (CFR), emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentaciones de implementación pueden analizarse en la oficina del Coordinador de Derechos Civiles, 4500 East Cotton Center Boulevard, Phoenix, AZ 85040; teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**; correo electrónico: [MedicaidCRCoordinator@aetna.com](mailto:MedicaidCRCoordinator@aetna.com); quien ha sido designado para coordinar los esfuerzos de Aetna Better Health para cumplir con la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja según lo dispone este procedimiento. Es contra la ley que Aetna Better Health of Maryland tome represalias en contra de cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

## Procedimiento:

- Las quejas deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 (en el plazo de 60 días) luego de la fecha en que la persona que presente la queja haya tomado conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que lo presente. El reclamo debe describir el problema o la supuesta acción discriminatoria y la compensación o alivio pretendidos.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) llevará a cabo una investigación del reclamo. Si bien esta investigación es informal, será exhaustiva y les dará a todas las personas involucradas la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. El Coordinador de la Sección 1557 conservará los archivos y registros de Aetna Better Health of Maryland que estén relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, el Coordinador de la Sección 1557 seguirá los pasos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros relacionados con quejas y los compartirá solo con aquellos que necesiten tal información.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito en relación con la queja, basada en la consideración de la evidencia, en un plazo de no más de 30 días luego de su presentación, incluido un aviso dirigido a quien haya presentado el reclamo en el cual se le informe sobre su derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impiden que una persona busque otras soluciones administrativas o legales, incluida la presentación de un reclamo por discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo de discriminación de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la



Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estos reclamos deben presentarse en el plazo de 180 días luego de la fecha de la supuesta acción discriminatoria.

Aetna Better Health of Maryland se encargará de tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con un dominio limitado del inglés reciban ayudas y servicios auxiliares y servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si es necesario para que participen de este proceso de presentación de quejas. Estas medidas pueden incluir, de manera no taxativa, brindar servicios de intérpretes calificados, proporcionar cintas de casete del material para personas con visión escasa, o garantizar una ubicación sin obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 estará a cargo de dichas medidas.

## Declaración de accesibilidad de idiomas

*Los servicios de intérpretes se encuentran disponibles de manera gratuita.*

### English/Inglés

Attention: If you speak English, language assistance service, free of charge, are available to you. Call **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

### አማርኛ/Amharic

ልብ ይበሉ፡ አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-800-385-4104** (መስማት ለተሳናቸው፡ **711**)።

### العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-385-4104** (رقم الهاتف النصي: **711**).

### Bàsɔ̀ WùSù/Bassa

Dè dɛ nià kɛ dyɛ̀dɛ̀ gbo: í j l kɛ̀ m dyi Bàsɔ̀ wùdù-po-ny/Àj nɛ̀ nɛ̀ wuɖu kà kò dò po-poÀk m gbo kpáã. Dá **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

### 中文/Chinese

注意：如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

### فارسی/Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره **1-800-385-4104** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

### Français/French

Attention : Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-800-385-4104** (TTY: **711**).



## ગુજરાતી/Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

કોલ કરો **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## 한국어/Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-385-4104**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

## Português/Portuguese

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-800-385-4104** (TTY: **711**). Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

## Русский/Russian

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## Tagalog

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## اردو/Urdu).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال  
**1-866-827-2710** (TTY: **711**). کر

## Tiếng Việt/Vietnamese

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị.  
Gọi số **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọwọ́ lórí èdè, lófèṣẹ́, wà fún ọ. Pe **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

## **Servicios de interpretación y ayudas auxiliares**

Se encuentran disponibles servicios de intérpretes gratuitos para todos los miembros de HealthChoice, independientemente de su lengua materna. Los servicios de interpretación también brindan asistencia a personas sordas, con problemas auditivos o del habla.

Para solicitar un intérprete, llame al Departamento de Servicios para miembros de la organización de atención administrada (MCO). Las personas sordas o que tengan dificultades auditivas o del habla pueden usar el Servicio de retransmisión de Maryland (711). Las MCO deben proporcionarle ayuda auxiliar en forma gratuita a pedido. La ayuda auxiliar incluye dispositivos de ayuda auditiva, material escrito y dispositivos/equipos modificados.

Si necesita los servicios de un intérprete para una cita con un proveedor, comuníquese con el consultorio de su proveedor. Es mejor comunicarlo antes de la cita, a fin de garantizar que haya suficiente tiempo para coordinar el servicio de interpretación y evitar una demora en sus servicios de atención médica. En algunas situaciones, la MCO puede ayudar a facilitar los servicios de interpretación para las citas con proveedores. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

# 1. Descripción general de HealthChoice

## A. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid, también conocido como Medical Assistance, es un programa de seguros de salud (cobertura de gastos en los que se incurre por servicios médicos) administrado por cada estado, junto con el gobierno federal. El Programa Médico para Niños de Maryland (MCHP), una rama de Medicaid, proporciona seguro médico a los niños de hasta 19 años de edad.

Medicaid ofrece cobertura para:

- Familias de bajos ingresos
- Mujeres embarazadas de bajos ingresos
- Niños de bajos ingresos. Es posible que las familias con ingresos más altos deban pagar una prima (tarifa mensual)
- Adultos de bajos ingresos y
- Personas con discapacidades de bajos ingresos

## B. ¿Qué es HealthChoice?

HealthChoice es el Programa de Atención Administrada de Medicaid de Maryland. El programa HealthChoice proporciona atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una organización de atención administrada (MCO). Los miembros pueden elegir su MCO (también conocido como un plan) y su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un auxiliar médico o un profesional en enfermería. El PCP supervisará y coordinará su atención médica. Algunos beneficiarios de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Recibirán sus beneficios de atención médica a través del sistema de pago por servicio de Medicaid.

Las MCO son organizaciones de atención médica que proporcionan beneficios de atención médica a los beneficiarios de Medicaid en Maryland. A continuación, se detallan algunos de los beneficios de atención médica generales (consulte las páginas 18 a 23 para acceder a una lista completa de los beneficios de HealthChoice):

- Servicios médicos: servicios prestados por una persona con licencia para proporcionar atención médica para pacientes internados/externos
- Servicios hospitalarios: servicios prestados en centros con licencia para proporcionar beneficios a pacientes internados/externos
- Servicios de farmacia: servicios para proporcionar medicamentos con receta y suministros médicos

Las MCO tienen contratos con un grupo de profesionales de atención médica certificados/con licencia (proveedores) para proporcionar servicios cubiertos a sus inscritos, lo que se conoce como red. Las MCO son responsables de proporcionar o coordinar la variedad completa de servicios de atención médica cubiertos por el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que su MCO no tiene la obligación de cubrir pero que el estado cubrirá.

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

## C. ¿Cómo renovar la cobertura de Medicaid?

Para mantener HealthChoice, debe tener Medicaid. La mayoría de las personas deben volver a solicitar los beneficios una vez por año. Recibirá un aviso cuando sea momento de renovarlos. Es posible que el estado automáticamente renueve a algunas personas. Recibirá un aviso en donde se le indicará qué necesita. Si pierde Medicaid, el estado automáticamente lo quitará de HealthChoice. Existen varias maneras de renovar Medicaid:

- **Maryland Health Connection**
  - Personas elegibles para solicitar/renovar los beneficios a través de Maryland Health Connection:
    - Adultos menores de 65 años;
    - Padres/familiares cuidadores;
    - Mujeres embarazadas; y
    - Niños y niñas que estaban en custodia adoptiva.
  - En línea: **[www.marylandhealthconnection.gov](http://www.marylandhealthconnection.gov)**
  - Teléfono: **1-855-642-8572** (TTY: **1-855-642-8573**)
- **myDHR**
  - Personas elegibles para solicitar/renovar los beneficios a través de myDHR:
    - Personas en edad avanzada, ciegas o con discapacidades (ABD);
    - Niños que actualmente están en custodia adoptiva o en procesos de justicia juvenil;

## 1. Descripción general de HealthChoice *(Continuación)*

---

- Quienes reciben ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI); y
- Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) o beneficiarios de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB).
- En línea: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>
- **Departamento de Servicios Sociales (DSS) o Departamento de salud local (LHD)**
  - Todas las personas pueden presentar la solicitud.
  - Para comunicarse con el DSS, llame al **1-800-332-6347**.
  - Para comunicarse con un LHD, consulte la página 14.

### D. Inscripción en HealthChoice/MCO

Si recibe este Manual para miembros de 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 automáticamente le asignará una MCO en su área. Desde que elige o se le asigna automáticamente, demora entre 10 y 15 días que se haga efectiva su inscripción en HealthChoice. Hasta entonces, puede usar la tarjeta blanca y roja de Medicaid del estado.

Debe usar la tarjeta de identificación de la MCO cuando reciba los servicios. Si la MCO le asignó un número diferente, su identificación de Medicaid también será su tarjeta de identificación de miembro de la MCO. Tanto el número de teléfono

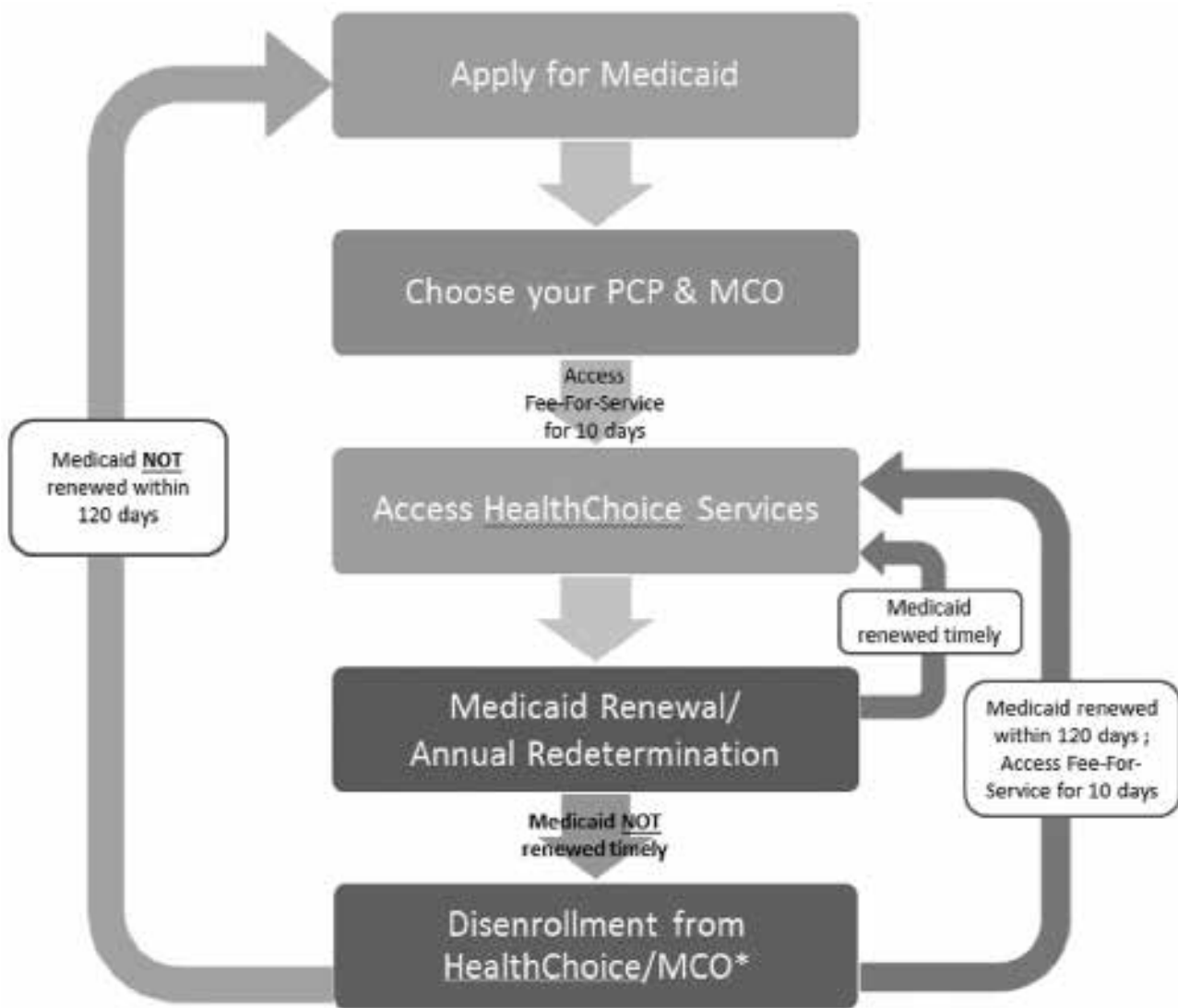
del Departamento de Servicios para Miembros de la MCO como la línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) figuran en su tarjeta. Si tiene alguna pregunta, siempre llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO primero. Si no recibió su tarjeta de identificación de miembro de MCO o está extraviada, llame al Departamento de Servicios para miembros de MCO (consulte el Anexo A).

La comunicación es clave para garantizar que se cubran sus necesidades de atención médica. Ayude a la MCO a brindarle un mejor servicio. Si se inscribió por teléfono o en línea, se le solicitó que completara el formulario de Información de necesidades de servicios médicos. Esta información ayuda a la MCO a determinar qué tipos de servicios puede necesitar y con qué rapidez los necesita. Si el formulario no está completo, intentaremos comunicarnos con usted para conocer sus necesidades.

La MCO lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita. Si mantuvo su PCP pero han transcurrido tres meses desde la última cita, llame para consultar cuándo le corresponde la consulta de bienestar. Si eligió un nuevo PCP, concierte una cita ahora. Es importante que conozca a su PCP. El PCP lo ayudará a coordinar los servicios y la atención. El PCP lo ayudará a coordinar los servicios y la atención. La MCO lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita.

## 1. Descripción general de HealthChoice (Continuación)

### E. Proceso de inscripción en HealthChoice



\*El estado cancelará su inscripción en HealthChoice y su MCO si NO renueva Medicaid en forma oportuna.

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

Permanecerá inscrito en el programa HealthChoice y en la MCO, a menos que no realice la renovación o ya no sea elegible para Medicaid. Si se cancela su Medicaid, el estado automáticamente cancelará su inscripción en la MCO.

Incluso si reúne los requisitos para Medicaid, existen otras situaciones que harán que el estado cancele la cobertura de su MCO. Esto se produce en las siguientes situaciones:

- Cumple 65 años (independientemente de que se haya inscrito en Medicare)

- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad
- Está en un centro de atención de enfermería por más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en el centro de atención de enfermería
- Reúne los requisitos para atención a largo plazo
- Ingresa en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales
- Es encarcelado (un juez lo condenó a cárcel o prisión)
- Se muda a otro estado.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid pero recupera la cobertura antes de los 120 días, el estado lo volverá

## 1. Descripción general de HealthChoice *(Continuación)*

---

a inscribir en la misma MCO. No obstante, deberán transcurrir 10 días para que la reinscripción en la MCO entre en vigencia. Hasta entonces, puede usar la tarjeta blanca y roja de Medicaid si el proveedor la acepta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su seguro; de lo contrario, usted será responsable de la factura. También recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas a cargo del gobierno estatal. No son como el programa federal Medicare para personas mayores y discapacitadas. HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la MCO o la MCO coordina su atención. Incluso cuando una compañía de seguros nacional opere una MCO de Maryland, esta solo deberá cubrir los servicios de emergencia cuando se encuentre fuera del estado.

- Cambia su dirección postal.
- Si su dirección postal es diferente a su dirección de residencia, también debemos conocer esta última.
- Se muda. Recuerde que debe ser residente de Maryland.
- Debe cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número del Seguro Social.
- Aumentan sus ingresos.
- Tiene un hijo, adopta un hijo o da un hijo en adopción o custodia adoptiva.
- Se le suma o resta una persona dependiente a efectos de impuestos.
- Obtiene o deja de tener otro seguro médico.
- Cambia su condición de discapacidad.
- Tiene un accidente o resulta lesionado y otro seguro u otra persona pueden ser responsables.
- Se casa o se divorcia.

### **G. Cómo actualizar su estado e información personal**

Debe notificar al estado (donde solicitó Medicaid, por ejemplo, Maryland Health Connection, Departamento local de Servicios Sociales o myDHR, Departamento de salud local) respecto de cualquier cambio en su estado o si es necesario hacer correcciones. También debe mantener a su MCO al tanto de dónde vive y cómo comunicarse con usted. Debe notificar al estado en los siguientes casos:

## 2. Información importante

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

| Información útil  | Número de teléfono  | Sitio web   |
|---|---|---|
| Inscripción en <b>HealthChoice</b>  | <b>1-855-642-8572</b><br>TDD (para las personas con problemas auditivos)<br><b>1-800-977-7389</b>   | <a href="http://www.marylandhealthconnection.gov">www.marylandhealthconnection.gov</a>  |
| Preguntas generales acerca de <b>HealthChoice</b>   | <b>410-767-5800</b> (local)<br><b>1-800-492-5231</b><br>(otras partes del estado)<br>TDD (para las personas con problemas auditivos)<br><b>1-800-735-2258</b> | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx</a>   |
| Línea de ayuda de <b>HealthChoice</b> : para problemas y reclamos sobre el acceso, el proceso de inscripción y la calidad de la atención. | <b>1-800-284-4510</b>   |   |
| Mujeres embarazadas y planificación familiar  | <b>1-800-456-8900</b>   | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx</a>   |
| Healthy Kids, EPSDT   | <b>410-767-1903</b>   | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/pages/Home.aspx</a>   |
| Programa dental Healthy Smiles  | <b>1-855-934-9812</b>   | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx</a> |
| Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM): por preguntas sobre remisiones, elegibilidad, quejas, servicios           | <b>1-800-565-8190</b>   | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx</a>                             |
| Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias: por remisiones, información sobre proveedores, quejas, autorización previa          | <b>1-800-888-1965</b>   | <a href="http://bha.health.maryland.gov/Pages/HELP.aspx">http://bha.health.maryland.gov/Pages/HELP.aspx</a>   |
| Centro de asistencia a consumidores de Maryland Health Connection   | <b>1-855-642-8572</b><br>TDD (para las personas con problemas auditivos)<br><b>1-855-642-8573</b>   | <a href="http://www.marylandhealthconnection.gov">www.marylandhealthconnection.gov</a>  |



## 2. Información importante (Continuación)

### B. Información de contacto de los Departamentos de salud locales

| Condado              | Número de teléfono principal | Número de teléfono de transporte | Número de teléfono de la Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU) | Sitio web  |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|---|--|
| Allegany             | 301-759-5000                 | 301-759-5123                     | 301-759-5094  | <a href="http://www.alleganyhealthdept.com/">www.alleganyhealthdept.com/</a>   |
| Anne Arundel         | 410-222-7095                 | 410-222-7152                     | 410-222-7541  | <a href="http://www.aahealth.org/">www.aahealth.org/</a>   |
| Ciudad de Baltimore  | 410-396-3835                 | 410-396-6422                     | 410-649-0521  | <a href="http://health.baltimorecity.gov/">http://health.baltimorecity.gov/</a>  |
| Condado de Baltimore | 410-887-2243                 | 410-887-2828                     | 410-887-4381  | <a href="http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health">www.baltimorecountymd.gov/agencies/health</a>                   |
| Calvert              | 410-535-5400                 | 410-414-2489                     | 410-535-5400 ext. 360   | <a href="http://www.calverthealth.org/">www.calverthealth.org/</a>   |
| Caroline             | 410-479-8000                 | 410-479-8014                     | 410-479-8023  | <a href="http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty">http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty</a>                              |
| Carroll              | 410-876-2152                 | 410-876-4813                     | 410-876-4940  | <a href="http://cchd.maryland.gov/">http://cchd.maryland.gov/</a>  |
| Cecil                | 410-996-5550                 | 410-996-5171                     | 410-996-5145  | <a href="http://www.cecilcountyhealth.org">www.cecilcountyhealth.org</a>   |
| Charles              | 301-609-6900                 | 301-609-7917                     | 301-609-6803  | <a href="http://www.charlescountyhealth.org/">www.charlescountyhealth.org/</a>   |
| Dorchester           | 410-228-3223                 | 410-901-2426                     | 410-228-3223  | <a href="http://www.dorchesterhealth.org/">www.dorchesterhealth.org/</a>   |
| Frederick            | 301-600-1029                 | 301-600-1725                     | 301-600-3341  | <a href="http://health.frederickcountymd.gov/">http://health.frederickcountymd.gov/</a>                                    |
| Garrett              | 301-334-7777                 | 301-334-9431                     | 301-334-7695  | <a href="http://garretthealth.org/">http://garretthealth.org/</a>  |
| Harford              | 410-838-1500                 | 410-638-1671                     | 410-942-7999  | <a href="http://harfordcountyhealth.com/">http://harfordcountyhealth.com/</a>  |
| Howard               | 410-313-6300                 | 1-877-312-6571                   | 410-313-7567  | <a href="http://www.howardcountymd.gov/Departments/Health">www.howardcountymd.gov/Departments/Health</a>                   |
| Kent                 | 410-778-1350                 | 410-778-7025                     | 410-778-7035  | <a href="http://kenthd.org/">http://kenthd.org/</a>  |
| Montgomery           | 311 o<br>240-777-0311        | 240-777-5899                     | 240-777-1648  | <a href="http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/">www.montgomerycountymd.gov/hhs/</a>                                       |
| Prince George's      | 301-883-7879                 | 301-856-9555                     | 301-856-9550  | <a href="http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services">www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services</a> |
| Queen Anne's         | 410-758-0720                 | 443-262-4462                     | 443-262-4481  | <a href="http://www.qahealth.org/">www.qahealth.org/</a>   |
| St. Mary's           | 301-475-4330                 | 301-475-4296                     | 301-475-6772  | <a href="http://www.smchd.org/">www.smchd.org/</a>   |
| Somerset             | 443-523-1700                 | 443-523-1722                     | 443-523-1766  | <a href="http://somensethealth.org/">http://somensethealth.org/</a>  |
| Talbot               | 410-819-5600                 | 410-819-5609                     | 410-819-5654  | <a href="http://talbothealth.org">http://talbothealth.org</a>  |
| Washington           | 240-313-3200                 | 240-313-3264                     | 240-313-3290  | <a href="http://dhmh.maryland.gov/washhealth">http://dhmh.maryland.gov/washhealth</a>                                      |
| Wicomico             | 410-749-1244                 | 410-548-5142, opción 1           | 410-543-6942  | <a href="http://www.wicomicohealth.org/">www.wicomicohealth.org/</a>   |
| Worcester            | 410-632-1100                 | 410-632-0092                     | 410-632-9230  | <a href="http://www.worcesterhealth.org/">www.worcesterhealth.org/</a>   |

### 3. Derechos y responsabilidades

#### A. Como miembro de HealthChoice, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención y servicios médicos culturalmente competentes y sin discriminación.
- Ser tratado con respeto en cuanto a su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluida información sobre opciones y alternativas de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, y de manera que usted pueda comprender.
- Participar de las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Libertad de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan, según lo permita la ley.
- Solicitar copias de todos los documentos, registros y otra información que se haya usado en una determinación adversa de beneficios de manera gratuita.
- Ejercer sus derechos y a que el ejercicio de esos derechos no afecte de manera adversa la forma en que lo traten las organizaciones de atención administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland.
- Presentar apelaciones y quejas ante una Organización de atención administrada.
- Presentar apelaciones, quejas y audiencias imparciales del estado ante el estado.
- Solicitar que los beneficios actuales continúen durante una apelación o audiencia imparcial del estado. No obstante, es posible que deba pagar la continuación de los beneficios si se mantiene la decisión en la apelación o audiencia. Recibir una segunda opinión por parte de otro médico dentro de la misma MCO, o de un proveedor fuera de la red si el proveedor no está disponible dentro de la MCO, en caso de que no esté de acuerdo con la opinión de su médico respecto de los servicios que necesita. En tal caso, comuníquese con su MCO para solicitar ayuda.
- Recibir otra información sobre cómo su Organización de atención administrada se maneja, incluida la estructura y operación de la MCO, así como los planes de incentivos

de médicos. Para solicitar esta información, puede llamar a su Organización de atención administrada.

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre la Política de responsabilidad y derechos de los miembros de la organización.

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

- **Comunicar a su proveedor y la MCO si tiene otra cobertura de seguro médico.**
- Tratar al personal de HealthChoice, de la MCO y al personal y proveedores de atención médica con respeto y dignidad.
- Llegar a las citas a horario y avisar a los proveedores tan pronto sea posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar la tarjeta de membresía cuando se presente a cada cita. Nunca permita que otra persona use su tarjeta de MCO o Medicaid. Denuncie la pérdida o el robo de sus tarjetas de identificación ante la MCO.
- Llamar a su MCO si tiene un problema o un reclamo.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de atención en el que estén de acuerdo.
- Preguntar sobre su atención y comunicar a su proveedor si hay algo que no comprende.
- Actualizar cualquier cambio en su situación ante el estado.
- Proporcionar a la MCO y a sus proveedores información médica precisa, a fin de brindar la atención adecuada.
- Utilizar el departamento de emergencias solo para emergencias.
- Avisarle a su PCP lo antes posible luego de recibir atención de emergencia.
- Comunicar a sus cuidadores sobre cualquier cambio en sus instrucciones anticipadas.

#### C. Declaración de no discriminación

Es política de todas las MCO de HealthChoice no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado procedimientos internos de quejas que brindan

### 3. Derechos y responsabilidades (Continuación)

una solución rápida y equitativa a los reclamos relacionados con cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (Sección 18116 del Título 42 del Código federal de los Estados Unidos [USC]) y sus reglamentaciones de implementación en la Parte 92 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentaciones de implementación pueden examinarse en la oficina del coordinador antidiscriminación de cada MCO, que haya sido designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO, a fin de cumplir con la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja según lo dispone este procedimiento. Es contra la ley que una MCO tome represalias en contra de cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 en el plazo de 60 días luego de la fecha en que la persona que presente la queja haya tomado conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que lo presente. El reclamo debe describir el problema o la supuesta acción discriminatoria y la compensación o alivio pretendidos.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) llevará a cabo una investigación del reclamo. Si bien esta investigación es informal, será exhaustiva y les dará a todas las personas involucradas la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. Los Coordinadores de la Sección 1557 conservarán los archivos y registros que estén relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, los Coordinadores de la Sección 1557 seguirán los pasos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros

relacionados con quejas y los compartirán solo con aquellos que necesiten tal información.

- Los Coordinadores de la Sección 1557 emitirán una decisión por escrito en relación con la queja, basada en la consideración de la evidencia, en un plazo de no más de 30 días luego de su presentación, incluido un aviso dirigido a quien haya presentado el reclamo en el cual se le informe sobre su derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impiden que una persona busque otras soluciones administrativas o legales, incluida la presentación de un reclamo por discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo de discriminación de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, línea gratuita: **1-800-368-1019**, TDD: **1-800-537-7697**.

Los formularios de reclamos están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estos reclamos deben presentarse en el plazo de 180 días luego de la fecha de la supuesta acción discriminatoria.

Las MCO se encargarán de tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con un dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares y servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si es necesario para que participen de este proceso de presentación de quejas. Estas medidas pueden incluir, de manera no taxativa, brindar servicios de intérpretes calificados, proporcionar cintas de casete del material para personas con visión escasa, o garantizar una ubicación sin obstáculos para los procedimientos. Los Coordinadores de la Sección 1557 estarán a cargo de dichas medidas.

### 3. Derechos y responsabilidades *(Continuación)*

---

#### D. Aviso sobre prácticas de privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) requiere que las MCO y los proveedores comuniquen sus prácticas de privacidad a sus miembros. El Aviso sobre prácticas de privacidad informa a los miembros sobre sus derechos a la privacidad, así como sobre el acceso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). Algunos ejemplos de PHI incluyen registros médicos, reclamaciones/facturaciones médicas y registros de planes de salud. Si considera que sus derechos de privacidad han sido vulnerados, puede presentar un reclamo ante su proveedor, MCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Para presentar un reclamo, consulte la información de contacto a continuación:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor.
- MCO: llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
  - En línea en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
  - Por correo electrónico a: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
  - Por escrito a:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**Consulte el Anexo B para conocer el Aviso de prácticas de privacidad de la MCO.**

## 4. Beneficios y servicios

### A. Beneficios de HealthChoice

En esta tabla se detallan los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise la tabla detenidamente, ya que algunos beneficios tienen límites; es posible que deba tener cierta edad o determinado tipo de problema. A excepción de los copagos de farmacia (la tarifa que el miembro paga por un servicio de atención médica), nunca se le debe cobrar ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten mejor a sus necesidades de atención médica. Recibirá la mayor parte de estos beneficios de proveedores que participan de la red de la MCO (proveedores

participantes) o es posible que necesite una remisión para acceder a ellos. Hay algunos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no participan en su MCO (proveedores no participantes) y que no requieren remisión. Estos servicios son conocidos como servicios con autorremisión.

**Las MCO pueden eliminar el copago de farmacias y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes dentales y exámenes de la vista más frecuentes para adultos (consulte el Anexo C).** Estos se conocen como beneficios opcionales y pueden cambiar cada año. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

| BENEFICIO  | QUÉ ES  | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO  | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO |
|--|---|---|----------------------------------|
| <b>Servicios de atención primaria</b>  | Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para cubrir sus necesidades de salud generales y suelen ser proporcionados por su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un enfermero de prácticas avanzadas o un auxiliar médico. | Todos los miembros  |                                  |
| <b>Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) para niños</b> | Controles de bienestar infantil regulares, inmunizaciones (vacunas), exámenes de desarrollo y asesoramiento sobre el bienestar. Estos servicios proporcionan lo que sea necesario para cuidar de niños enfermos y mantener la salud de los niños sanos.                   | Menores de 21 años  |                                  |
| <b>Servicios relacionados con el embarazo</b>  | Atención médica durante y después del embarazo, incluidas las hospitalizaciones y, cuando sea necesario, visitas al hogar después del parto.  | Mujeres que están embarazadas y durante dos meses después del nacimiento. |                                  |

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

| BENEFICIO   | QUÉ ES   | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO  | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO  |
|---|--|---|---|
| <b>Planificación familiar</b>   | Consultas a la oficina de planificación familiar, análisis de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluidos los preservativos de látex y los anticonceptivos de emergencia en una farmacia sin receta del médico) y esterilizaciones permanentes.  | Todos los miembros  |   |
| <b>Servicios primarios de salud mental</b>                            | Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental brindados por su PCP u otro proveedor dentro de la MCO. Si necesita más que los servicios de salud mental básicos, su PCP lo remitirá al Sistema de salud conductual público o usted puede llamar al <b>1-800-888-1965</b> para obtener servicios especializados de salud mental.  | Todos los miembros  | Usted no recibe servicios de salud mental especializados de la MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo remitirá al Sistema de salud conductual público o usted puede llamar al: <b>1-800-888-1965.</b> |
| <b>Cobertura de medicamentos con receta (Servicios farmacéuticos)</b> | La cobertura de medicamentos con receta incluye medicamentos con receta (el medicamento solo se entrega con una receta de una persona autorizada a dar recetas), insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirina recubierta para la artritis, píldoras de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin una orden del médico. | Todos los miembros<br><br>No hay copagos para menores de 21 años, mujeres embarazadas ni para anticoncepción. |   |
| <b>Servicios especializados</b>                                       | Servicios de atención médica brindados por médicos especialmente capacitados, enfermeros de prácticas avanzadas o auxiliares médicos. Es posible que necesite una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista.   | Todos los miembros  |   |

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

| BENEFICIO                                     | QUÉ ES  | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO   | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO   |
|---|---|--|--|
| <b>Servicios de laboratorio y diagnóstico</b> | Análisis de laboratorio y radiografías para ayudar a encontrar la causa de una enfermedad.  | Todos los miembros   |  |
| <b>Atención médica a domicilio</b>            | Servicios de atención médica recibidos en el hogar que incluyen enfermería y atención de un auxiliar de atención médica.  | Aquellos que necesitan atención de enfermería especializada (atención brindada por o bajo supervisión de un enfermero registrado) en su hogar, por lo general después de estar en un hospital.   | Sin servicios de atención personal (ayuda con la vida diaria)  |
| <b>Administración de casos</b>                | Se le puede asignar un administrador de casos para ayudarlo a planificar y recibir servicios de atención médica. El administrador de casos también lleva un registro de los servicios que necesita y de lo que se brindó. Debe comunicarse con el administrador de casos para recibir una administración de casos efectiva. | <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Niños con necesidades de atención médica especiales;</li> <li>(2) Mujeres embarazadas y en período de posparto;</li> <li>(3) Personas con VIH/ SIDA;</li> <li>(4) Personas sin hogar;</li> <li>(5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo;</li> <li>(6) Niños en cuidado supervisado por el estado</li> <li>(7) Administración de casos brindada por una MCO para otros miembros según sea necesario</li> </ul> |  |
| <b>Atención de la diabetes</b>                | Servicios especiales, equipos y suministros médicos para miembros con diabetes.   | Miembros con diagnóstico de diabetes.  |  |
| <b>Podiatría</b>                              | Atención de los pies cuando sea médicamente necesario.  | Todos los miembros   | Atención de los pies de rutina, a menos que sea menor de 21 años de edad o padezca diabetes o una enfermedad vascular que afecte sus extremidades inferiores |



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

| BENEFICIO  | QUÉ ES  | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO  | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO   |
|--|---|---|--|
| <b>Atención de la vista</b>                            | <p><b>Exámenes de la vista</b><br/>Menores de 21:<br/>un examen por año.<br/>21 años o mayor:<br/>un examen cada dos años</p> <p><b>Anteojos</b><br/>Solo menores de 21<br/>Lentes de contacto si<br/>existe alguna razón médica<br/>que justifique por qué no<br/>funcionarían los anteojos</p>              | <p><b>Exámenes:</b> todos los miembros.</p> <p><b>Anteojos y lentes de contacto:</b> miembros menores de 21 años.</p> | <p>Más de un par de anteojos por año, a menos que se los pierda, se los roben, se rompan o se necesite una nueva receta.</p> |
| <b>Oxígeno y equipos respiratorios</b>                 | <p>Tratamiento para tratar problemas de respiración</p>   | <p>Todos los miembros</p>   |  |
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> | <p>Servicios y atención recibidos para admisión programada y no programada de pacientes internados en el hospital (hospitalización)</p>   | <p>Todos los miembros con autorización o por emergencia.</p>  |  |
| <b>Atención en hospital para pacientes externos</b>    | <p>Servicios y atención recibida en un centro hospitalario para pacientes externos que no necesitan admisión para pacientes internados en el hospital. Los servicios pueden incluir servicios de diagnóstico y laboratorio, consultas con el médico y procedimientos autorizados para pacientes externos.</p> | <p>Todos los miembros</p>   | <p>Las MCO no están obligadas a cubrir los servicios de observación del hospital pasadas las 24 horas.</p>                   |
| <b>Atención de emergencia</b>                          | <p>Servicios y atención recibidos en un centro hospitalario de emergencias para tratar y estabilizar una afección médica de emergencia.</p>   | <p>Todos los miembros</p>   |  |
| <b>Atención de urgencia</b>                            | <p>Servicios y atención recibida de un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una afección médica de urgencia.</p>  | <p>Todos los miembros</p>   |  |
| <b>Servicios de hospicio</b>                           | <p>Servicios en el hogar o para pacientes internados con el fin de satisfacer las necesidades físicas, fisiológicas, espirituales y sociales de personas con una enfermedad terminal.</p>   | <p>Todos los miembros</p>   |  |

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

| BENEFICIO  | QUÉ ES   | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO  | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO   |
|--|--|---|--|
| <b>Centro de atención de enfermería /Hospital para pacientes con enfermedades crónicas</b> | Atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación hasta 90 días  | Todos los miembros  |  |
| <b>Servicios/dispositivos de rehabilitación</b>  | Servicios/dispositivos para pacientes externos que ayudan al miembro en su funcionamiento para la vida diaria. Los servicios incluyen lo siguiente: Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.   | Miembros de 21 años o más.<br><br>Miembros menores de 21 años que son elegibles a través de EPSDT (ver sección 6 E) |  |
| <b>Servicios/dispositivos de habilitación</b>  | Servicios/dispositivos que ayudan al miembro en su funcionamiento para la vida diaria. Los servicios incluyen lo siguiente: Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  | Miembros elegibles; los beneficios pueden ser limitados.  |  |
| <b>Audiología</b>  | Evaluación y tratamiento de la pérdida de audición   | Todos los miembros  | Los miembros mayores de 21 años deben cumplir con ciertos criterios para recibir dispositivos auditivos. |
| <b>Sangre y derivados de la sangre</b>   | Sangre usada durante una operación, etc.   | Todos los miembros  |  |
| <b>Diálisis</b>  | Tratamiento para enfermedad renal.   | Todos los miembros  |  |
| <b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros médicos descartables (DMS)</b>            | Los DME (se pueden usar reiteradamente) son objetos como muletas, andadores y sillas de rueda. Los DMS (no se pueden usar reiteradamente) son equipos y suministros que no tienen uso práctico en ausencia de la enfermedad, lesión, discapacidad o afección médica. Los DMS son artículos como suministros de tiras reactivas, vendajes para heridas y suministros para incontinencia | Todos los miembros  |  |
| <b>Trasplantes</b>   | Trasplantes médicamente necesarios.  | Todos los miembros  | No incluye trasplantes experimentales  |

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

| BENEFICIO                                | QUÉ ES  | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO   | QUÉ NO RECIBE CON ESTE BENEFICIO  |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <b>Ensayos clínicos</b>                  | Los costos de los miembros en estudios para probar la efectividad de nuevos tratamientos o medicamentos   | Miembros con afecciones con poco riesgo para la vida, en casos autorizados |                                   |
| <b>Cirugía plástica y reconstructiva</b> | Cirugía para corregir una deformidad ocasionada por una enfermedad, un traumatismo, anomalías congénitas o de desarrollo o para recuperar funciones corporales. | Todos los miembros   | Cirugía estética para verse mejor |

### B. Servicios de autorremisión

Usted deberá acudir a su PCP para la mayor parte de su atención médica, o su PCP lo enviará a un especialista que trabaje con la misma MCO. Para algunos tipos de servicios puede elegir un proveedor local que no participe con su MCO. La MCO aún pagará al proveedor no participante por sus servicios siempre que el proveedor acepte verlo y acepte el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta forma se denominan "servicios de autorremisión". La MCO también pagará por cualquier análisis de laboratorio y medicamento recibido en el mismo lugar en el que recibió la consulta de autorremisión. Los siguientes servicios son servicios de autorremisión.

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazo, bajo ciertas condiciones, y centros de maternidad
- Control del médico al bebé recién nacido
- Centros de salud en las escuelas
- Evaluación para colocación en custodia adoptiva
- Determinados especialistas para niños
- Evaluación diagnóstica para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal

#### Servicios de emergencia

Una emergencia es considerada como una afección médica que es repentina, grave y pone en riesgo su salud si no se recibe atención inmediata. No es necesaria una autorización previa o una remisión de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica brindados en un centro hospitalario de emergencias como resultado de una afección médica de emergencia. Luego de que se lo trate o estabilice

por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que la afección médica de emergencia no vuelva. Estos se llaman servicios de posestabilización.

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

Si decide hacerlo, puede acudir a un proveedor que no sea parte de su MCO para servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y consultas médicas necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar pero NO es un servicio de autorremisión. Si quiere una esterilización voluntaria, necesitará autorización previa de su PCP y debe usar un proveedor participante de la red de la MCO.

#### Servicios relacionados con el embarazo

Si estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visto a un proveedor no participante, por al menos un control prenatal completo, usted puede elegir seguir viendo al proveedor no participante durante todo su embarazo, parto y dos meses después del nacimiento del bebé para seguimiento, siempre que el proveedor no participante acepte continuar atendiéndola.

#### Centros de maternidad

Servicios realizados en un centro de maternidad, incluido un centro fuera del estado ubicado en un estado contiguo (un estado que limite con Maryland).

#### Primer control del bebé antes de dejar el hospital

Es mejor elegir el proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de la MCO que seleccionó

## 4. Beneficios y servicios *(Continuación)*

u otro proveedor dentro de la red de la MCO no atiende al recién nacido para un control antes de que el bebé esté listo para irse del hospital a su hogar, la MCO le pagará al proveedor de guardia para que realice el control en el hospital.

### **Servicios de Centros de salud en las escuelas**

Para niños inscritos en escuelas que tengan un centro de salud hay una cantidad de servicios que pueden recibir del centro de salud escolar. De cualquier manera, su hijo será asignado a un PCP

- Las consultas y el tratamiento para enfermedades físicas agudas o urgentes, incluidos los medicamentos necesarios
- Seguimiento de consultas de EPSDT cuando sea necesario
- Servicios de planificación familiar por autorremisión

### **Control para niños que ingresan en custodia estatal**

Los niños que ingresen en custodia adoptiva o adopción consanguínea necesitan tener un control cada 30 días. El padre adoptivo puede elegir un proveedor conveniente para autorremitirse para esta consulta.

### **Determinados proveedores para niños con necesidades de atención médica especiales**

Los niños con necesidades de atención médica especiales pueden autorremitirse a los proveedores fuera de la red de la MCO (proveedor no participante) bajo ciertas condiciones. La autorremisión para niños con necesidades especiales tiene el fin de asegurar la continuidad de la atención y asegurarse de que los planes de atención adecuados estén funcionando. La autorremisión para niños con necesidades de atención médica especiales dependerá de si la afección que es la razón por la que el niño tiene necesidades de atención médica especiales se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con la afección médica del niño con necesidades especiales fuera de la red solo si los se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- Nuevo miembro: un niño que, al momento de la inscripción inicial, estaba recibiendo estos servicios como parte de un plan vigente de atención puede continuar recibiendo estos servicios especializados siempre que el proveedor no participante y preexistente entregue el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de los 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción del niño. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- Miembro establecido: un niño que ya está inscrito en una MCO cuando se le diagnostica la necesidad de atención médica especial y que necesita un plan de atención que incluya tipos específicos de servicios puede solicitar un proveedor no participante específico. La MCO debe conceder el pedido, a menos que la MCO tenga un proveedor local participante especializado con la misma formación y experiencia profesional que esté razonablemente disponible y proporcione los mismos servicios.

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

Si padece VIH/SIDA puede recibir una consulta del servicio de diagnóstico y evaluación (DES) al año. El DES consistirá en una evaluación médica y psicosocial. Usted debe seleccionar el proveedor de DES de una lista de sitios aprobados, pero el proveedor no tiene que ser participante de su MCO. El MCO es responsable de asistirlo con este servicio. El estado, y no su MCO, pagará los análisis de sangre relacionados con el VIH/SIDA.

### **Diálisis renal**

Si tiene una enfermedad renal que requiere que se limpie su sangre con regularidad, entonces puede seleccionar su proveedor de diálisis renal. Tendrá la opción de elegir entre un proveedor de diálisis renal que participe en su MCO o un proveedor que no participe en su MCO. Las personas que necesitan este servicio pueden ser elegibles para el Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM).

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

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

### C. Beneficios no ofrecidos por las MCO pero ofrecidos por el estado

Los beneficios en la siguiente tabla no están cubiertos por las MCO. Si necesita estos servicios,

puede obtenerlos a través del estado usando su tarjeta roja y blanca de Medicaid o de atención dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **(1-800-284-4510)**.

| Beneficio   | Descripción   |
|---|---|
| <b>Servicios dentales para niños menores de 21 años, jóvenes de hasta 26 años que estuvieron en custodia adoptiva y mujeres embarazadas</b> | Se ofrece servicio dental general incluido tratamiento regular y de emergencia. Los servicios dentales son brindados por el programa dental Healthy Smiles de Maryland administrado por Scion. Si es elegible para el programa de servicios dentales, recibirá información y una tarjeta dental de Scion. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre los beneficios dentales, llame al programa dental Healthy Smiles de Maryland al <b>1-855-934-9812</b> .   |
| <b>Fisioterapia, terapias ocupacionales, del habla para menores de 21 años de edad</b>  | El estado paga por estos servicios si son médicamente necesarios. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la línea directa del estado al <b>1-800-492-5231</b> .   |
| <b>Dispositivos aumentadores del habla</b>  | Equipos que ayudan a las personas con deficiencia en el habla a comunicarse.  |
| <b>Salud conductual</b>   | El Sistema de salud conductual público brinda servicios para el trastorno por abuso de sustancias y servicios especializados de salud mental. Puede comunicarse con ellos llamando al <b>1-800-888-1965</b> .   |
| <b>Centro de atención intermedia (ICF)- Servicios para retraso mental (MR)</b>  | Es un tratamiento en un centro de atención para gente que tiene una discapacidad intelectual y necesita este nivel de atención.   |
| <b>Servicios de atención personal especializada</b>   | Es una ayuda especializada con actividades para la vida diaria.   |
| <b>Servicios de atención médica diurna</b>  | Esto ayuda a mejorar las habilidades para la vida diaria en un centro certificado por el estado o por el departamento de salud local que incluye servicios médicos y sociales.  |
| <b>Centro de atención de enfermería y servicios de atención a largo plazo</b>   | La MCO no cubre la atención en un hogar de convalecencia, un hospital de rehabilitación crónica o un hospital para pacientes con enfermedades crónicas luego de los primeros 90 días. Si pierde su cobertura de Medicaid mientras está en un centro de atención de enfermería no se lo volverá a inscribir en la MCO. Si esto sucede usted necesitará solicitar Medicaid bajo normas de cobertura de atención a largo plazo. Si todavía cumple con los requisitos del estado después de que se cancele su inscripción de la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días, el estado será responsable. |
| <b>VIH/SIDA</b>   | Algunos servicios de diagnóstico para VIH/SIDA son pagados por el estado (examen de carga viral, pruebas genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de resistencia de VIH/SIDA). La mayoría de los medicamentos para VIH/SIDA también son pagados por el estado.  |

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

| Beneficio                      | Descripción   |
|--------------------------------|---|
| <b>Servicios de aborto</b>     | <p>Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos está cubierto por el estado solo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que la paciente tenga problemas de salud físicos o mentales graves, o que muera si da a luz;</li> <li>• Ella está embarazada producto de una violación o incesto y denunció el crimen, o</li> <li>• El bebé tendrá problemas graves de salud.</li> </ul> <p>Las mujeres elegibles para HealthChoice solo porque estén embarazadas no son elegibles para los servicios de aborto.</p>  |
| <b>Servicios de transporte</b> | <p><b>Transporte médico de emergencia:</b> Servicios médicos durante el transporte de un miembro a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al 911. Este servicio es brindado por las compañías locales de bomberos. Si tiene una afección médica de emergencia, llame al 911.</p> <p><b>Transporte médico que no sea de emergencia:</b> Las MCO no están obligadas a brindar transporte para visitas médicas que no sean de emergencia. La excepción es cuando se lo envía a un condado lejano para recibir el tratamiento que podría obtener en un condado cercano.</p> <p>Determinadas MCO pueden proporcionar algunos servicios de transporte como vales para autobús, servicios de camionetas y taxis para asistir a citas médicas. Llame a su MCO para averiguar si brindan algún servicio de transporte.</p> <p>Los departamentos de salud local (LHD) brindan transporte médico que no sea de emergencia para personas que reúnan los requisitos. Los transportes brindados son solo para servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través de LHD está destinado a personas que no tienen otros medios para llegar a sus citas. Si seleccionó una MCO que no esté ofrecida dentro del área de servicio, tanto el LDH como la MCO no están obligadas a brindarle servicios de transporte médico que no sean de emergencia.</p> <p>Para obtener asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.</p> |

#### D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO pero NO ofrecidos por el estado

Al comienzo de cada año, las MCO deben confirmar al estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también son llamados beneficios opcionales. Esto significa que la MCO no está obligada a brindar esos servicios y que el estado no los cubre. Si se produce algún cambio en los servicios adicionales de la MCO, se le notificará por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia o deja de ofrecer servicios adicionales, esta no es una razón aprobada para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar en cada MCO. La MCO puede o no brindar transporte para obtener servicios opcionales. Para conocer los servicios opcionales

y las limitaciones de su MCO, consulte el Anexo C o llame al Departamento de Servicios para miembros de MCO.

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

A continuación se presentan los beneficios y servicios que las MCO y el estado no tienen obligación de cubrir (servicios excluidos). El estado exige que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Algunos de estos servicios, como el servicio dental para adultos, pueden estar cubiertos por una MCO. Vea el Anexo C o llame al Departamento de Servicios para miembros de MCO para conocer los beneficios y servicios adicionales.

## 4. Beneficios y servicios *(Continuación)*

### Beneficios y servicios que NO están cubiertos:

- Servicios dentales para adultos. (Excepto para mujeres embarazadas y jóvenes de hasta 26 años que estaban en custodia adoptiva)
- Servicios de ortodoncia para personas de 21 años y mayores o niños que no tengan problemas graves que les impidan hablar o comer
- Medicamentos sin receta. (Excepto aspirina recubierta para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años).
- Atención de los pies de rutina para adultos de 21 años y mayores que no tengan diabetes ni problemas vasculares.
- Zapatos especiales (ortopédicos) y soportes para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Vacunas para viajes fuera de la parte continental de los Estados Unidos o atención médica fuera de los Estados Unidos.
- Programas de dieta y ejercicio para ayudarlo a perder peso.
- Cirugía estética para que se vea mejor, pero que no necesita por razones médicas.
- Servicios de tratamiento de fertilidad, incluidos los servicios para revertir la esterilización voluntaria.
- Habitación privada de hospital para personas sin una razón médica como por ejemplo una enfermedad contagiosa.
- Atención de enfermería privada para personas de 21 años o mayores.
- Autopsias.
- Todo lo que sea experimental, a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado.
- Cualquier cosa de la que usted no tenga necesidad médica.

## F. Cambio de ubicaciones de beneficios y servicios

### Cambios de beneficios

Puede haber ocasiones en que los beneficios y servicios de HealthChoice puedan ser denegados, reducidos o finalizados debido a que no son necesarios médicamente o en casos en los que eran médicamente necesarios, pero ya no lo son. Esto se denomina "determinación adversa de beneficios". Si esta situación ocurre, usted recibirá una carta en el correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, se le dará la oportunidad de presentar un reclamo.

### Pérdida de beneficios

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad de Medicaid. No presentar la documentación necesaria de redeterminación de Medicaid o no cumplir con los criterios de elegibilidad de Medicaid son causas para cancelar la inscripción de HealthChoice. Si deja de ser elegible para Medicaid, el estado cancelará su inscripción en la MCO y perderá sus beneficios de HealthChoice. Si recupera su elegibilidad dentro de los 120 días, será automáticamente inscrito en la misma MCO.

### Cambio de las ubicaciones de atención médica

Cuando haya un cambio en una ubicación de algún proveedor de atención médica, se le notificará por escrito. Si el proveedor es un PCP, y el cambio de ubicación queda muy lejos de su hogar, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros de la MCO para cambiar a un PCP en su área.



## 5. Información sobre proveedores

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

Su PCP es el principal coordinador de su atención y lo asiste para manejar sus necesidades y servicios de atención médica. Visite a su PCP para controles de rutina, asesoramiento médico, inmunizaciones y remisiones para especialistas cuando sea necesario. Un PCP puede ser un médico, un profesional en enfermería o un auxiliar médico y, por lo general trabaja en el campo de la medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría.

Cuando necesite un servicio que su PCP no brinde, usted será remitido a un especialista.

Un especialista es un médico, un profesional en enfermería o un auxiliar médico que tiene formación adicional para enfocarse en brindar servicios en un área específica de atención. La atención que recibe de un especialista se llama atención especializada. Para recibir atención especializada, es posible que deba obtener una remisión de su PCP. Hay algunos servicios de atención especializada que no requieren una remisión; estas se conocen como servicios de autorremisión. Las mujeres miembro, si su PCP no es una especialista de salud de la mujer, tienen el derecho a consultar a una especialista en salud de la mujer dentro de su red de MCO sin remisión.

### B. Seleccionar o cambiar proveedores

Cuando se inscribe por primera vez en una MCO, debe seleccionar un PCP que sea parte de la red de la MCO. Si no tiene un PCP o necesita ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Si no elige un PCP, la MCO elegirá uno por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede cambiar su PCP en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Ellos lo asistirán para cambiar su PCP y le informarán cuándo puede comenzar a consultar a su nuevo PCP.

Si hay otros miembros de su familia que son miembros de HealthChoice, ellos también necesitarán elegir un PCP. Los miembros de HealthChoice que sean de una misma familia pueden elegir el mismo PCP o cada miembro puede elegir un PCP distinto. Se recomienda que los miembros de HealthChoice menores de 21 años de edad seleccionen un proveedor de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Los proveedores de EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. El Departamento de Servicios para miembros de la MCO podrá informarle qué proveedores están certificados en EPSDT.

Para ver una lista de los proveedores participantes dentro de una MCO, hay directorios de proveedores disponibles en el sitio web de las MCO. Si desea que le enviemos una copia en papel del directorio de proveedores, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

### C. Cancelación de un proveedor

Puede haber ocasiones en las que un PCP o proveedor ya no esté contratado o no trabaje más con una MCO. Se le notificará por escrito y/o recibirá una llamada telefónica desde la MCO.

- Si la MCO cancela su PCP, se le pedirá que elija un nuevo PCP y se le dará la oportunidad para cambiar de MCO si ese PCP participa con una MCO diferente.
- Si su PCP finaliza el contrato con su MCO, se le pedirá que elija un nuevo PCP dentro de su MCO.
- Si no elige un nuevo PCP, su MCO actual elegirá un PCP por usted. Luego de que se elija un PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de MCO en el correo con la información de PCP actualizada.

## 6. Cómo obtener atención

### A. Cómo concertar o cancelar una cita

Para concertar una cita con su PCP u otro proveedor, llame a su consultorio. El nombre y el número de su PCP figuran en la parte delantera de la tarjeta de identificación que la MCO le proporcionó.

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO y le brindarán el nombre y número de su PCP o de otros proveedores. Para asegurarse de que el personal del consultorio de su proveedor tenga los registros listos y que haya disponibilidad en la agenda del proveedor, concierte una cita antes de acudir al consultorio. Cuando concierte una cita:

- Informe al personal quién es;
- Informe al personal el motivo por el que llama; e
- Informe al personal si considera que necesita atención inmediata.

Brindar esta información puede ayudar a determinar qué tan rápido necesita que lo vean.

El día de la cita, llegue a horario. Llegar a horario le permite al proveedor dedicarle más tiempo y evita

largas esperas. Para todas las citas, tenga a mano lo siguiente:

- Su tarjeta de Medicaid
- Su tarjeta de identificación de MCO
- Una identificación con fotografía




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

### B. Remisión a un especialista o atención especializada

Su PCP está a cargo de coordinar su atención. Si su PCP considera que necesita atención especializada, lo remitirá a un especialista. Según su MCO, es posible que necesite una remisión de su PCP antes de concertar una cita con un especialista. Llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO para conocer los requisitos de las remisiones.

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

**Sepa adónde tiene que ir:** es importante que elija el lugar correcto en el momento adecuado para sus necesidades médicas. A continuación se encuentra una lista que lo ayudará a elegir el lugar correcto, según sus necesidades médicas.

|   |    |   |
|--|---|--|
| Doctor's Office  | Urgent Care Center  | Emergency Room   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles</li> <li>• Pruebas de detección</li> <li>• Si algo le genera inquietud</li> <li>• Tos/resfrío</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Dolor persistente</li> <li>• Pérdida de peso inexplicable</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad/lesión leve</li> <li>• Gripe/fiebre</li> <li>• Vómitos/diarrea</li> <li>• Dolor de garganta, de oídos o infección en los ojos</li> <li>• Esguinces/torceduras</li> <li>• Posibles fracturas de huesos</li> <li>• Lesiones deportivas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la consciencia</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda</li> <li>• Dolor/presión en el pecho</li> <li>• Sangrado grave</li> <li>• Intoxicación</li> <li>• Quemaduras graves</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Fracturas de huesos graves</li> <li>• Agresión sexual</li> </ul> |

## 6. **Cómo obtener atención** *(Continuación)*

### **Atención fuera del horario de atención**

Si necesita atención que no sea de emergencia luego del horario de atención normal, llame al consultorio de su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería de la MCO las 24 horas. Ambos números figuran en la tarjeta de identificación de la MCO. Su médico o el servicio de respuesta podrán responder sus preguntas, brindarle instrucciones y coordinar los servicios necesarios. La línea de asesoramiento de enfermería está siempre disponible para responder sus preguntas. Lo guiarán hacia el lugar correcto para que reciba la mejor atención y no se le facture innecesariamente.

### **Atención de urgencia**

Si tiene una enfermedad o lesión que podría convertirse en una emergencia en el plazo de 48 horas si no se la trata, acuda a un Centro de atención de urgencia. Asegúrese de ir a un Centro de atención de urgencia de la red. No se requiere autorización previa, pero asegúrese de que participe de la MCO o es posible que reciba una factura por los servicios. Si no está seguro si debe acudir a un Centro de atención de urgencia, llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento de enfermería de la MCO las 24 horas. Ambos números figuran en su tarjeta de la MCO.

### **Atención en la sala de emergencias**

Una afección médica de emergencia es aquella que requiere atención médica inmediata para evitar el deterioro o disfunción graves de la salud. Si padece una afección médica de emergencia y necesita atención en la sala de emergencias (servicios prestados por un centro hospitalario de emergencia), llame al 911 o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Podrá autorremitirse a cualquier departamento de emergencias; no se requiere autorización previa.

### **Si no está seguro si debe acudir al departamento de emergencias, llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento de enfermería de la MCO las 24 horas.**

Luego de que lo traten por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que dicha afección no reaparezca. Estos se llaman servicios de posestabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si usted necesita estos servicios. Si desea información adicional sobre cómo se toma esta decisión, comuníquese con su MCO.

Si su PCP y MCO no están al tanto de la consulta a la sala de emergencia, llámelos tan pronto sea

posible luego de recibir los servicios de emergencia, de modo que puedan coordinar la atención de seguimiento que pueda necesitar.

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

No todas las MCO funcionan en todas las áreas del estado. Si necesita atención que no sea de emergencia cuando se encuentra fuera del área de servicio de la MCO, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Ambos números figuran en su tarjeta de la MCO. Si se muda y su nuevo lugar de residencia está fuera del condado de Maryland y no está cubierto por su MCO, puede cambiar de MCO llamando a Maryland Health Connection al **1-855-642-8572**. Si decide permanecer con su MCO, es posible que deba suministrarse el transporte hacia un proveedor de la red en otro condado.

HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la MCO o su atención ha sido coordinada por la MCO. Recuerde que cuando viaje fuera del estado de Maryland, la MCO solo tiene la obligación de cubrir los servicios de emergencia y posestabilización.

### **E. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids - Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)**

Es importante que los bebés, niños y adolescentes de hasta 21 años de edad reciban los controles regulares. El programa Healthy Kids/EPSDT ayuda a identificar, tratar y evitar problemas de salud antes de que se tornen complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de la vista y auditivos médicamente necesarios. Muchos de los servicios EPSDT estarán cubiertos por la MCO, pero algunos servicios como los dentales, de salud conductual y los tratamientos estarán cubiertos mediante pago por servicio de Medicaid (consulte la página 25).

Healthy Kids es el componente de bienestar infantil de EPSDT. El estado certificará a los PCP de su hijo para garantizar que conozcan los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, estén preparados para realizar los exámenes de detección requeridos y cuenten

## 6. Cómo obtener atención *(Continuación)*

con las vacunas obligatorias de modo que su hijo reciba las inmunizaciones en los momentos oportunos. Le recomendamos que seleccione un PCP para su hijo certificado por EPSDT. Si elige un proveedor no certificado por EPSDT, la MCO se lo comunicará. Puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO si tiene preguntas o necesita asistencia para cambiar el PCP de su hijo.

La tabla que figura a continuación detalla las edades en que los niños necesitan las visitas de bienestar. Si el PCP de su hijo recomienda más visitas, también estarán cubiertas. Durante las visitas de bienestar de su hijo, el PCP examinará su salud y todos los aspectos

de su desarrollo. También realizará exámenes de detección para identificar problemas. Algunos exámenes de detección de problemas de salud se realizan a través de análisis de sangre, mientras que otros se llevan a cabo a través de preguntas. Es posible que se requieran exámenes de detección adicionales, según la edad y el riesgo. El PCP también ofrecerá consejos y le dirá qué esperar. Asegúrese de acudir a las citas para exámenes de niño sano. No se olvide de las inmunizaciones y asegúrese de que se le realice a su hijo un análisis para detectar plomo en la sangre. El plomo en la sangre causa problemas graves, por lo que el análisis es obligatorio en todos los niños, independientemente del riesgo. Esto se aplica incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

| <b>Edad</b>         | <b>Examen de niño sano<br/>Evaluación<br/>del desarrollo<br/>Educación de salud</b> | <b>Inmunizaciones<br/>infantiles<br/>(*se recomienda la<br/>vacuna contra la gripe<br/>todos los años,<br/>a partir de los<br/>6 meses de edad)</b> | <b>Análisis de plomo<br/>en sangre<br/>(*adicional si<br/>hay riesgo)</b> |
|---------------------|---|---|---|
| Nacimiento          | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| A los 3-5 días      | <b>X</b>  |   |   |
| 1 mes               | <b>X</b>  |   |   |
| 2 meses             | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| 4 meses             | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| 6 meses             | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| 9 meses             | <b>X</b>  |   |   |
| 12 meses (1 año)    | <b>X</b>  | <b>X</b>  | <b>X</b>  |
| 15 meses            | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| 18 meses (1.5 años) | <b>X</b>  | <b>X</b>  |   |
| 24 meses (2 años)   | <b>X</b>  |   | <b>X</b>  |
| 30 meses (2.5 años) | <b>X</b>  |   |   |
| 36 meses (3 años)   | <b>X</b>  |   |   |
| 4 a 20 años         | <b>X (anual)</b>  | <b>X</b><br>(4 a 6, 9 a 12 y 16 años)   |   |

### F. Atención de bienestar para adultos

Las visitas de bienestar con su médico son importantes. Su PCP lo examinará, le proporcionará o recomendará exámenes de detección, según su edad y necesidades, revisará sus antecedentes médicos y medicamentos actuales. Su PCP coordinará los servicios que necesita para mantenerse saludable.

Durante su visita, comunique a su PCP si hubo algún cambio desde la última visita, si tiene alguna pregunta y cómo le está yendo con su plan de atención. Cuando hable con su PCP, siempre brinde la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental, de modo que pueda recibir la atención que mejor cubra sus necesidades.

## 6. Cómo obtener atención *(Continuación)*

| <b>Recomendaciones de atención preventiva para adultos</b>         |  |
|--|--|
| <b>Servicio</b>  | <b>Frecuencia - Población</b>  |
| Control de la presión arterial                                     | Anualmente   |
| Colesterol   | Cada 5 años, a partir de los 35 años para hombres y de los 45 años para mujeres; a partir de los 20 años si existe un mayor riesgo   |
| Diabetes   | Adultos de entre 40 y 70 años con sobrepeso u obesidad   |
| Prueba de detección de cáncer de colon                             | Entre los 50 y 75 años, la frecuencia depende de la prueba utilizada: muestra de heces: todos los años a cada 3 años; sigmoidoscopia flexible: cada 5 años; colonografía por tomografía computarizada: cada 5 años; colonoscopia: cada 10 años.  |
| Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual          | VIH: una vez para todos los adultos, independientemente del riesgo, pruebas adicionales según el riesgo.<br><br>Hepatitis C (VHC): una vez para cualquier persona nacida entre 1945 y 1965, otros casos según el riesgo.<br><br>Hepatitis B: adultos con mayor riesgo.<br><br>Clamidia/gonorrea: una vez por año para mujeres de entre 16 Y 24 años si son sexualmente activas, y en función del riesgo para mayores de 25 años.<br><br>Sífilis: adultos con mayor riesgo. |
| Vacuna contra la gripe   | Anualmente   |
| Vacuna TdaP (tétanos, difteria, tos ferina acelular)               | Una vez de adulto (si no se aplicó entre los 11 y 12 años), durante el embarazo  |
| Vacuna Td (tétano)   | Cada 10 años, dosis adicionales si se determina un riesgo  |
| Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster)                        | Una vez para todos los adultos a partir de los 60 años   |
| Vacuna antineumocócica (PPSV23)                                    | Una vez para todas las personas (entre los 2 y los 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, tabaquismo, alcoholismo u otros factores de riesgo (hable con su médico para determinar su riesgo).  |
| Prueba de detección de cáncer de mama (a través de una mamografía) | Cada 2 años para mujeres entre 50 y 75 años, según el riesgo entre los 40 y 50 años.   |
| Prueba de detección de cáncer de pulmón                            | Una vez por año para adultos entre 55 y 80 años con antecedentes de tabaquismo de, al menos, 30 paquetes por año que fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, pruebas de detección realizadas con tomografía computada de dosis baja (LDCT).   |
| Prueba de detección de cáncer de cuello de útero                   | Cada 3 años para mujeres entre 21 y 29 años, cada 5 años para mujeres entre 30 y 65 años.  |
| Consumo/abuso de sustancias: alcohol, tabaco, otros                | Adultos de 18 años y mayores. Una vez por año o con mayor frecuencia, según el riesgo.   |

\*Todas las recomendaciones dependen del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Excluye las recomendaciones para pacientes a partir de los 65 años de edad, ya que no son elegibles para HealthChoice.

## 6. **Cómo obtener atención** *(Continuación)*

### **G. Administración de casos**

Si en algún momento necesita atención médica crónica o tiene un episodio de atención que afecte su estado de salud, la MCO le asignará un administrador de casos que lo ayudará a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeros o trabajadores sociales con licencia capacitados para trabajar con sus proveedores, a fin de garantizar que se cubran sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador de casos es importante para que pueda ayudarlo a desarrollar e implementar un plan de atención centrado en la persona. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o pueden hacerlo en persona.

### **H. Atención para mujeres durante el embarazo y los dos meses posteriores al parto**

Cuando está embarazada o sospecha estarlo, es muy importante que llame a la MCO. La ayudarán a recibir atención prenatal (atención que reciben las mujeres durante el embarazo). La atención prenatal consiste en controles regulares con un obstetra o enfermera partera certificada para controlar su salud y la del feto.

Si está embarazada, la MCO la ayudará a programar una cita de atención prenatal en el plazo de 10 días a partir de su solicitud. Si ya comenzó con la atención prenatal antes de inscribirse en la MCO, puede continuar con el mismo proveedor de atención prenatal durante el embarazo, el parto y los dos meses posteriores al nacimiento de su bebé.

La MCO también la pondrá en contacto con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarla a recibir los servicios, la educación y el apoyo necesarios. Si tiene otros problemas de salud o estuvo embarazada antes y tuvo problemas de salud, la MCO le ofrecerá ayuda adicional.

El estado automáticamente inscribirá al recién nacido en su MCO. Si reunió los requisitos para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará dos meses después del parto.

Si tiene preguntas, llame a la Línea de ayuda para mujeres embarazadas (**1-800-456-8900**) o al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Para obtener información adicional, consulte la sección Servicios especiales para mujeres embarazadas (7.1) y el Anexo D.

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

Los servicios de planificación familiar proporcionan a las personas la información y los medios para evitar embarazos no deseados y mantener la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin una remisión. La MCO pagará a un proveedor no participante por los servicios siempre y cuando el proveedor esté de acuerdo en atenderla y acepte el pago de la MCO. Además, las MCO no pueden cobrar copagos por los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros:

- Control de la natalidad
- Pruebas de embarazo
- Esterilización voluntaria (dentro de la red, con autorización previa)

Llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO o a la Línea de ayuda del estado (**1-800-456-8900**) para obtener información adicional sobre los servicios de planificación familiar y autorremisión.

### **J. Atención dental**

El estado y la MCO no tienen la obligación de ofrecer atención dental para adultos como beneficio de HealthChoice a miembros de 21 años o más, o a miembros que no estén embarazadas.

Si tiene menos de 21 años, está embarazada o estaba en custodia adoptiva y tiene menos de 26 años, es elegible para recibir atención dental a través del programa Healthy Smiles Dental de Maryland (**1-855-934-9812**).

- Si tiene 21 años o más y no está embarazada, se le puede brindar atención dental limitada a través de la MCO. Consulte el Anexo C.
- Llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor dental.

## 6. **Cómo obtener atención** *(Continuación)*

### **K. Atención de la vista**

- Si tiene menos de 21 años, es elegible para:
  - Exámenes de la vista;
  - Anteojos una vez por año; o
  - Lentes de contacto si por razones médicas son preferibles a los anteojos.
- Si tiene 21 años o más, es elegible para:
  - Exámenes de la vista cada dos años.
  - Consulte el Anexo C para conocer los beneficios de la vista para adultos adicionales ofrecidos por su MCO.
- Llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista.

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

Tiene acceso a programas de educación de salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación de salud proporcionan información y recursos para ayudarlo a participar en su atención médica. Los programas se ofrecen en diversos formatos y cubren diferentes temas de salud. Consulte el Anexo E o llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO para saber qué programas de educación de salud están disponibles, cuándo se ofrecen y cómo puede mantenerse informado al respecto.

Las MCO también ofrecen servicios de extensión a los miembros que se haya determinado que pueden tener obstáculos para acceder a su atención médica. El plan de extensión de las MCO apunta a las personas a las que es difícil llegar o que no cumplen con un plan de atención. Si la MCO no puede comunicarse con usted o usted no ha acudido a las citas, es posible que sea remitido a la Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU) de su departamento de salud local.

Las ACCU no están empleadas por las MCO. El estado contrata a las ACCU para que lo ayuden a comprender cómo funcionan los programas Medicaid y HealthChoice. Si la ACCU del departamento de salud de su localidad se comunica con usted, le comunicarán el motivo de la llamada. Si no se pueden comunicar con usted, es posible que vayan a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudarlo a mantenerse conectado con la atención y los servicios médicos adecuados.

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

Si tiene un problema de salud mental o por abuso de sustancias, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para miembros de su MCO. Su PCP puede tratarlo o puede derivarlo al Sistema de salud conductual público. El Sistema de salud conductual público cubre una variedad de servicios de salud conductual. Puede acceder a estos servicios sin remisión de su PCP llamando al Sistema de salud conductual público (**1-800-888-1965**). Esta línea de ayuda gratuita está abierta durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para atender su llamada y ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros:

- Administración de casos
- Servicios móviles en casos de emergencias/crisis
- Servicios psiquiátricos para pacientes internados
- Centros de salud mental para pacientes externos
- Centros de tratamiento residenciales

Si el Sistema de salud conductual público determina que usted no necesita un especialista para administrar sus necesidades de salud conductual, se informará a su PCP (con su permiso) de modo que pueda recibir la atención de seguimiento necesaria.



## 7. Servicios especiales

### A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

El estado ha determinado que ciertos grupos necesitan apoyo especial de parte de la MCO. Estos grupos se denominan “poblaciones con necesidades especiales” e incluyen los siguientes:

- Mujeres embarazadas y mujeres que acaban de dar a luz
- Niños con necesidades de atención médica especiales
- Niños en cuidado supervisado por el estado
- Adultos o niños con una discapacidad física o del desarrollo
- Adultos y niños con VIH/SIDA
- Adultos y niños sin hogar

La MCO tiene un proceso para informarle si se encuentra dentro de la población con necesidades especiales. Si tiene alguna pregunta sobre sus necesidades especiales, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

#### Servicios que toda población con necesidades especiales recibe

Si usted o un familiar pertenecen a una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, son elegibles para recibir los servicios que se detallan a continuación. Deberá trabajar y comunicarse con la MCO para que pueda ayudarlo a obtener la cantidad y el tipo adecuados de atención:

- **Un administrador de casos:** un administrador de casos será un enfermero o trabajador social u otro profesional que pueda ser asignado a su caso apenas se inscriba en una MCO. Esta persona los ayudará a usted y a su PCP a desarrollar un plan centrado en el paciente que aborde el tratamiento y los servicios que necesita. El administrador de casos hará lo siguiente:
  - Ayudará a desarrollar el plan de atención.
  - Garantizará que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o según sea necesario.
  - Llevará un seguimiento de los servicios de atención médica.
  - Ayudará a quienes le brindan tratamiento a trabajar juntos.
- **Especialistas:** tener necesidades especiales requiere que consulte a proveedores que tengan la mayor cantidad de experiencia en su afección. Su PCP y su administrador de casos trabajarán

juntos para asegurarse de remitirlo a los especialistas adecuados. Esto incluye especialistas de suministros y equipos que pueda necesitar.

- **Seguimiento cuando no acuda a las visitas:** si su PCP o especialista notan que usted falta a las citas, nos los comunicarán y alguien intentará comunicarse con usted por correo, teléfono o lo visitará en su hogar para recordarle que llame para concertar otra cita. Si aun así falta a las citas, es posible que alguien del departamento de salud local cercano lo visite.
- **Coordinador de necesidades especiales:** las MCO deben contar con un coordinador de necesidades especiales entre sus empleados. El coordinador de necesidades especiales le informará sobre su afección y le recomendará lugares en su área en donde puede obtener apoyo por parte de personas que conozcan sus necesidades.

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

#### 1. Mujeres embarazadas y mujeres que acaban de dar a luz:

- **Citas:** la MCO la ayudará a programar una cita de atención prenatal en el plazo de 10 días a partir de su solicitud.
- **Evaluación de riesgo prenatal:** las mujeres embarazadas tendrán una evaluación de riesgo prenatal. En su primera visita de atención prenatal, el proveedor completará una evaluación de riesgos. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y con la MCO. La MCO ofrecerá una variedad de servicios para ayudarla a cuidar de su salud y asegurarse de que su bebé nazca sano. El departamento de salud local también puede comunicarse con usted, y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Tendrán información sobre recursos locales.
- **Vínculo con un proveedor pediátrico:** la MCO la ayudará a elegir un proveedor de atención pediátrica. Puede ser un pediatra, un médico de familia o un profesional de enfermería.

## 7. Servicios especiales (Continuación)

- **Duración de la hospitalización:** la duración de la hospitalización luego del parto es de 48 horas en el caso de un parto vaginal sin complicaciones o de 96 horas en el caso de un parto por cesárea sin complicaciones. Si elige ser dada de alta antes, se le ofrecerá una visita al hogar dentro de las 24 horas posteriores al alta. Si debe permanecer en el hospital después del nacimiento del bebé por motivos médicos, puede solicitar que el recién nacido permanezca en el hospital junto con usted; se cubren hasta cuatro (4) días de hospitalización adicionales para el recién nacido.
  - **Seguimiento:** la MCO programará una visita de seguimiento para el recién nacido dos semanas después del alta si no se realizó una visita al hogar, o dentro de los 30 días posteriores al alta, si hubo una visita al hogar.
  - **Dental:** una buena salud bucal es importante para tener un embarazo saludable. Todas las mujeres embarazadas son elegibles para recibir servicios dentales a través del programa dental Healthy Smiles del estado de Maryland. Llame a Healthy Smiles al (1-888-696-9596) si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales. Luego del parto, las mujeres miembro de 21 años de edad o más ya no serán elegibles para los beneficios dentales a través de Healthy Smiles. La MCO puede ofrecer beneficios dentales para adultos. Consulte el Anexo C.
  - **Servicios para trastornos por abuso de sustancias:** si solicita tratamiento para un trastorno por abuso de sustancias, se lo remitirá al Sistema de salud conductual público en el plazo de 24 horas de su solicitud.
  - **Pruebas y asesoramiento contra el VIH:** a las mujeres embarazadas se les ofrecerá una prueba de VIH y recibirán información sobre la infección por VIH y sus efectos en el feto.
  - **Asesoramiento sobre nutrición:** a las mujeres embarazadas se les ofrecerá información nutricional para aprender a comer de manera saludable.
  - **Asesoramiento para dejar de fumar:** las mujeres embarazadas recibirán información y apoyo sobre maneras de dejar de fumar.
  - **Citas de detección de EPSDT:** las adolescentes embarazadas (hasta 21 años) deben recibir todos los servicios de detección de EPSDT, además de la atención prenatal.
  - **Consulte el Anexo D para conocer los servicios adicionales que la MCO ofrece a las mujeres embarazadas.**
2. **Niños con necesidades de atención médica especiales**
    - **Trabajo con las escuelas:** la MCO trabajará en estrecha relación con las escuelas que brindan educación y programas de servicios familiares a los niños con necesidades especiales.
    - **Acceso a determinados proveedores no participantes:** los niños con necesidades de atención médica especiales pueden autorremitirse a proveedores externos a la red de la MCO bajo ciertas circunstancias. La autorremisión para niños con necesidades especiales tiene el fin de asegurar la continuidad de la atención y asegurarse de que los planes de atención adecuados estén funcionando. La autorremisión para niños con necesidades de atención médica especiales dependerá de si la afección que es la razón por la que el niño tiene necesidades de atención médica especiales se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales fuera de la red, si se cumplen ciertas condiciones específicas.
  3. **Niños en cuidado supervisado por el estado**
    - **Cuidado supervisado por el estado:** custodia adoptiva o adopción consanguínea. La MCO se asegurará de que los niños bajo cuidado supervisado del estado (custodia adoptiva o adopción consanguínea) obtengan los servicios que necesitan de los proveedores mediante una persona en la MCO responsable de organizar todos los servicios. Si un niño bajo cuidado supervisado del estado se muda fuera del área y necesita otra MCO, el estado y la MCO actual trabajarán juntos para encontrar rápidamente nuevos proveedores cerca del lugar al que el niño se ha mudado, o si lo necesita, el niño puede cambiar a otra MCO.
    - **Detección de abuso o negligencia:** todo niño que se crea que fue abusado física, mental o sexualmente será remitido

## 7. Servicios especiales (Continuación)

a un especialista que es capaz de determinar si hubo abuso. En el caso de un posible abuso sexual, la MCO se asegurará de que el niño sea examinado por alguien que sepa cómo encontrar y preservar evidencia importante.

### 4. Adultos y niños con una discapacidad física y del desarrollo

- **Materiales preparados de forma que usted pueda comprender:** la MCO cuenta con materiales revisados por gente con experiencia en las necesidades de las personas con discapacidades. Esto significa que la información será presentada usando los métodos adecuados para que las personas con discapacidades puedan comprender, ya sea por escrito o en audio.
- **Servicios de la DDA:** los miembros que actualmente reciben servicios a través de la Administración de Discapacidades de Desarrollo (DDA) o bajo una exención de la DDA pueden continuar recibiendo esos servicios.
- **Equipos médicos y tecnología de asistencia:** los proveedores de las MCO tienen la experiencia y formación en adultos y niños para brindarles servicios de equipos médicos y tecnología de asistencia.
- **Administración de casos:** los administradores de casos tienen experiencia en el trabajo con personas con discapacidad.

### 5. Adultos y niños con VIH/SIDA

- **Administración de casos de VIH/SIDA:** la MCO cuenta con administradores de casos especiales capacitados para tratar con asuntos relacionados con VIH/SIDA y para vincular a las personas con los servicios que necesitan.
- **Consultas de examinación de Servicios de evaluación diagnóstica (DES) una vez por año:** una consulta de servicio de evaluación diagnóstica (DES) para cada miembro diagnosticado con VIH/SIDA que la MCO tiene la responsabilidad de facilitar en nombre del miembro.
- **Servicios para trastornos por abuso de sustancias:** las personas con VIH/SIDA que necesiten tratamiento para un trastorno por abuso de sustancias serán remitidas al Sistema de salud conductual público dentro de las 24 horas de la solicitud.

### 6. Adultos y niños sin hogar

La MCO intentará identificar a las personas sin hogar y vincularlas con un administrador de casos y con los servicios de atención médica adecuados. Para las MCO puede ser difícil identificar el momento en que los miembros se quedan sin hogar. Si se encuentra en esta situación, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de MCO.

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

El Programa de administración de casos inusuales y costosos, abreviado REM, es un programa brindado por el estado para niños y adultos que tienen problemas médicos muy costosos y muy poco frecuentes. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid más otros servicios especializados necesarios para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y la MCO tendrán una lista de diagnósticos REM y le informarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar entrar en el programa REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene alguno de los diagnósticos que pueden calificar para el programa REM.

Su PCP o MCO le informarán si usted o algunos de sus hijos deben considerar entrar en el programa REM. Será informado por teléfono, correo o con una visita de un administrador de casos de REM. Si no quiere transferirse al programa REM, usted puede permanecer en la MCO. Una vez que un miembro está en el REM, ya no podrá estar inscrito en una MCO. Este cambio sucederá automáticamente.

Una vez que esté inscrito en REM, será asignado a un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted para realizar su transición de atención de la MCO. Lo ayudarán a seleccionar el proveedor adecuado. Si es posible, lo ayudarán a organizar una consulta al mismo PCP y especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y estaba recibiendo atención médica de una clínica especializada u otro centro antes de entrar a REM, usted puede elegir continuar recibiendo esos servicios. Llame al programa REM (**1-800-565-8190**) si tiene preguntas adicionales.

## 8. Administración de uso

### A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir 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/servicios de HealthChoice deben ser médicamente necesarios para que usted pueda recibirlos.**

Para que un beneficio o servicio se considere médicamente necesario, debe cumplir con lo siguiente:

- Estar directamente relacionado con el diagnóstico, el tratamiento preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o de mejora de una enfermedad, lesión, discapacidad o afección de salud;
- Ser consistente con los estándares actuales aceptados de buena práctica médica;
- Ser el servicio más rentable que pueda brindarse sin sacrificar la efectividad o el acceso a la atención; y
- No ser principalmente para la conveniencia del miembro, de la familia del miembro o del proveedor.

### B. Autorización/aprobación previa

Habrán momentos en que los servicios y medicamentos necesitarán autorización previa (también llamada aprobación previa) antes de que pueda recibir ese servicio o medicamento específico. La autorización previa es el proceso en el que un profesional de la salud calificado revisa y determina si un servicio es médicamente necesario.

Si la autorización previa es aprobada, usted puede recibir el servicio o medicamento. Será notificado por escrito de la decisión dentro de los 14 días calendario o los 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión.

Si la autorización previa es denegada o reducida en cantidad, duración o alcance, entonces ese servicio o medicamento no estará cubierto por el MCO. Será notificado de la decisión por escrito dentro de los 14 días calendario o los 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión. Tendrá el derecho a presentar una apelación por la autorización previa denegada. (Consultar la sección Reclamos, quejas y apelaciones en la página 10).

Puede haber casos en los que se solicite una autorización acelerada para evitar potenciales

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

**Nota:** *el estado está trabajando en el proceso de cambiar los plazos y procesos que todos los MCO deben seguir al considerar las solicitudes de autorización/aprobación previa. La información en esta sección entrará en vigencia para los servicios recibidos a partir del 1/1/18. Consulte el Anexo F para ver la política actual para las MCO.*

### C. Aviso de continuidad de la atención

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

- Nuevo en HealthChoice; o
- Proveniente de otra MCO; o
- Proveniente del plan de beneficios médicos de otra compañía.

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

#### Autorización previa para servicios de atención médica

- Si anteriormente estaba cubierto bajo el plan de otra compañía, una autorización previa para los servicios que usted recibió en su plan anterior puede ser usada para cumplir con el requisito de autorización previa para esos servicios si estos estuvieran cubiertos en su nuevo plan con nosotros.
- Para poder utilizar la autorización previa anterior en este nuevo plan, usted necesitará contactarse con el Departamento de Servicios para miembros de su MCO actual para avisarles que usted tiene una autorización previa para

## 8. Administración de uso (Continuación)

los servicios y proporcionarnos una copia de la autorización previa. Su padre, tutor, representante o proveedor de atención médica también pueden contactarnos de su parte por la autorización previa.

- Hay un límite de tiempo para que usted pueda contar con esta autorización previa. Para todas las afecciones, excepto el embarazo, el tiempo límite es de 90 días o hasta que el plan de tratamiento esté completo, lo que suceda primero. El límite de 90 días se cuenta desde la fecha en que comienza su cobertura del nuevo plan. Para embarazos, el límite de tiempo se extiende durante todo el embarazo y llega hasta la primera visita a un profesional médico luego de que el bebé nazca.
- Límite de uso de la autorización previa: Su derecho especial para usar una autorización previa no incluye:
  - Servicios dentales
  - Servicios de salud mental
  - Servicios para trastornos por 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, contáctese con su compañía anterior y solicite una copia. Según lo que estipula la ley de Maryland, su compañía anterior debe proporcionarle una copia de la autorización previa dentro de los 10 días de su solicitud.

### Derecho a usar proveedores no participantes

- Si ha estado recibiendo servicios de un proveedor de atención médica que era un proveedor participante en su compañía anterior, y ese proveedor es un proveedor no participante en su nuevo plan de salud con nosotros, es posible que usted pueda continuar viendo a su proveedor como si el proveedor fuera un proveedor participante. Debe contactarse con su MCO actual para solicitar el derecho a continuar viendo al proveedor no participante como si fuera un proveedor participante para nosotros. Su padre, tutor, representante o proveedor de atención médica también pueden contactarse con nosotros de su parte para solicitar el derecho a continuar viendo al proveedor no participante.
- Este derecho aplica solo si un proveedor no participante lo está tratando mediante servicios cubiertos para uno o más de los siguientes tipos de afecciones:

1. Afecciones agudas;
  2. Afecciones crónicas graves;
  3. Embarazo; o
  4. Cualquier otra afección que nosotros y el proveedor fuera de la red acordemos. Los ejemplos de las afecciones mencionadas arriba incluyen fracturas de hueso, reemplazos de articulaciones, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.
- Hay un límite de tiempo para que usted pueda continuar viendo al proveedor fuera de la red. Para todas las afecciones, excepto el embarazo, el tiempo límite es de 90 días o hasta que el plan de tratamiento esté completo, lo que suceda primero. El límite de 90 días se cuenta desde la fecha en que comienza su cobertura del nuevo plan. Para embarazos, el límite de tiempo se extiende durante todo el embarazo y llega hasta la primera visita a un proveedor de atención médica luego de que el bebé nazca.

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

Se rompe el brazo mientras está cubierto por el plan de salud de la Compañía A y consulta a un proveedor de la red de la Compañía A para arreglar su brazo. Cambió de plan de salud y ahora está cubierto bajo el plan de la Compañía B. Su proveedor es un proveedor no participante de la Compañía B. Ahora usted necesita que le quiten el yeso y quiere ver al proveedor original que le colocó el yeso.

En este ejemplo, usted o su representante deben contactarse con la Compañía B para que la Compañía B pueda pagar su reclamación como si usted todavía recibiera atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no aceptará la tarifa de pago de la Compañía B, el proveedor puede decidir no brindarle servicios a usted.

- Límite en el uso de proveedores no participantes: Su derecho especial para usar un proveedor no participante no incluye:
  - Servicios dentales;
  - Servicios de salud mental;
  - Servicios para trastornos por abuso de sustancias; o
  - Beneficios o servicios brindados a través del programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland.



## 8. Administración de uso (Continuación)

### Derechos a apelar:

- Si su MCO actual le niega su derecho a usar una autorización previa de su compañía anterior o su derecho a continuar viendo a su proveedor que era participante con su compañía anterior, usted puede apelar esta denegación contactándose con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO.
- Si su MCO actual rechaza su apelación, usted puede presentar un reclamo al programa de Medicaid de Maryland llamando a la línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.
- Si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO o a la línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.

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

Debe notificar a la MCO si ha recibido atención médica luego de un accidente o lesión. El estado les exige a las MCO que pidan un reembolso a otras compañías de seguro. Si usted tiene otro seguro médico asegúrese de informarle a la MCO y decírselo a su proveedor. Ellos necesitarán el nombre de su otra póliza de seguro, el nombre del titular de la póliza y el número de miembro. El estado realiza un control de compañías de seguro para identificar personas que tengan tanto Medicaid/HealthChoice como otro seguro.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro médico complementario. Su otro seguro médico siempre será su seguro primario, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar a su otro seguro primero. Es probable que su seguro primario pague más que la cantidad permitida de las MCO y, por lo tanto, el proveedor no podrá cobrarle dinero adicional a usted o a la MCO. Hable con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO para saber más sobre sus opciones. Ya que es probable que otras aseguradoras tengan copagos y deducibles, en la mayoría de los casos las MCO le exigirán que use proveedores participantes.

### E. Servicios fuera de la red

Puede haber ocasiones en que necesitará un servicio cubierto que la red de la MCO no puede brindar. Si esto ocurre, usted puede recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de

las MCO (un proveedor no participante). Necesitará autorización previa de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si su autorización previa es rechazada, usted tiene derecho a presentar una apelación.

### F. Lista de medicamentos preferidos

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista usará la lista de medicamentos preferidos de las MCO (también llamada formulario) para recetar sus medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos de la que usted y su proveedor puede elegir, que reúne medicamentos seguros, efectivos y económicos. Si quiere saber qué medicamentos están en la lista de medicamentos preferidos de las MCO comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO o ingrese a su sitio web. Hay algunos medicamentos en la lista de medicamentos preferidos y algunos medicamentos que no están en la lista que necesitarán autorización previa antes de que la MCO los cubra. Si la MCO rechaza la autorización previa para el medicamento, usted tendrá el derecho de presentar una apelación.

Puede encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en el sitio web de las MCO o puede solicitar una copia en papel llamando al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

### G. Nueva tecnología y telesalud

Mientras aparecen nuevas y avanzadas tecnologías de atención médica, las MCO tienen procesos en curso para revisar y determinar si estas innovaciones estarán cubiertas. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de la nueva tecnología médica, los tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer las políticas y procedimientos de las MCO sobre la revisión de nuevas tecnologías para la atención médica, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de las MCO.

Las MCO deben brindar servicios de telesalud cuando sea médicamente necesario. Los servicios de telesalud usan tecnología de video y audio para mejorar el acceso a la atención médica. Brindar servicios de telesalud puede mejorar:

- La formación y comprensión de un diagnóstico;
- Las recomendaciones de tratamiento; y
- La planificación del tratamiento.

## 9. Facturación

### A. Avisos de Explicación de beneficios o Denegación de pago

De vez en cuando, puede recibir un aviso de la MCO sobre que la reclamación de su proveedor se ha pagado o denegado.

Los avisos de Explicación de beneficios (EOB) o Denegación de pago no son una factura. Los avisos pueden mencionar el tipo de servicio, la fecha de servicio, la cantidad facturada y el monto pagado por la MCO en su nombre. El objetivo de este aviso es resumir qué cargos del proveedor son servicios o beneficios cubiertos. Si cree que hay un error, como encontrar un servicio que nunca recibió, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

Si está copiado en un aviso que indica que a su proveedor no se le pagó, usted no es responsable por el pago. Su proveedor no debe cobrarle a usted. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

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

- No pague por un servicio que no es su responsabilidad porque es posible que no se le reembolse el dinero. Solo los proveedores pueden recibir el pago de Medicaid o de las MCO. Si recibe una factura médica por un beneficio cubierto:
  - Primero: contáctese con el proveedor que envió la factura.
  - Si le dicen que no tenía cobertura en la fecha que recibió la atención o que la MCO no pagó, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.
  - La MCO determinará si ha habido un error o qué necesita hacer para resolver el problema.
  - Si la MCO no resuelve el problema contáctese con la línea de ayuda de HealthChoice **(1-800-284-4510)**.
- Los proveedores deben verificar la elegibilidad. Los proveedores deben facturar a la MCO. (Si el servicio está cubierto por el estado y no por la MCO, el Sistema de verificación de elegibilidad (EVS) les indicará a ellos dónde enviar la factura).
- Con algunas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no tienen permitido facturar a los miembros. Los copagos pequeños de farmacia y los copagos por los servicios opcionales como el servicio dental para adultos y los anteojos para adultos son ejemplos de servicios por lo que puede recibir una factura.

# 10. Reclamos, quejas y apelaciones

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

### Determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios se produce cuando una MCO:

- Rechaza o limita un servicio solicitado según el tipo o nivel del servicio, cumplimiento con la necesidad médica, la adecuación, el lugar y la efectividad;
- Reduce, suspende o finaliza un servicio previamente autorizado;
- Rechaza el pago parcial o completo de un servicio;
- No toma una decisión de autorización o no proporciona servicios manera oportuna;
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna;
- No permite que los miembros que viven en un área rural con una sola MCO obtengan servicios fuera de la red; o
- Rechaza la solicitud de un miembro para discutir sobre una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.

Una vez que la MCO toma una determinación adversa de beneficios, usted será notificado por escrito al menos 10 días antes de que la determinación adversa de beneficios entre en vigencia. Tendrá el derecho de presentar una apelación y puede solicitar una copia gratis de toda la información que la MCO usó cuando tomó su determinación.

### Reclamos

Si no está de acuerdo con la MCO o el proveedor sobre una determinación adversa de beneficios, puede presentar lo que se denomina "reclamo". Los ejemplos de reclamos incluyen reducir o interrumpir un servicio que estaba recibiendo, que se rechace un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos, o que se rechace una autorización previa para un procedimiento.

### Quejas

Si su reclamo es sobre algo que no es una determinación adversa de beneficios, esto se llama "queja". Los ejemplos de quejas incluyen la calidad de la atención, no tener permitido el ejercicio de sus derechos, no poder encontrar un médico, tener problemas para conseguir una cita o no ser tratado de manera justa por alguien que trabaje en la MCO o en el consultorio de su médico. Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de reclamo interno de las MCO.

## B. Apelaciones

Si su reclamo es sobre un servicio que usted o un proveedor creen que necesita pero que la MCO no cubrirá, puede pedir a la MCO que revise su solicitud nuevamente. Esta solicitud de una revisión se llama "apelación".

Si quiere presentar una apelación, tiene que hacerlo dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibió la carta en la que se informó que la MCO no cubriría el servicio que quería.

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

Cuando presente una apelación, asegúrese de notificarle a la MCO sobre cualquier información nueva que tenga que pueda ayudarlos a tomar una decisión. Dentro de los cinco días hábiles siguientes, la MCO enviará una carta en la que le avisará que recibieron su apelación. Mientras su apelación esté siendo revisada, usted aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que crea que ayudará a la MCO a tomar una decisión.

Cuando revisen su apelación, los revisores de la MCO:

- Serán distintos de los profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- No serán subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Tendrán el conocimiento y la experiencia clínicos adecuados para realizar la revisión;
- Revisarán toda la información entregada por el miembro o representante sin importar si esta información fue entregada para la decisión anterior; y
- Tomarán una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario.

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

Si su médico o MCO considera que su apelación debe ser revisada rápidamente debido a la gravedad de su afección, usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas.



## 10. Reclamos, quejas y apelaciones *(Continuación)*

Si su apelación no necesita ser revisada rápidamente, la MCO intentará llamarlo y enviarle una carta que informe que su apelación será revisada dentro de 30 días.

Si su apelación es sobre un servicio que ya fue autorizado, el período de tiempo no expiró y lo estaba recibiendo, usted podrá seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Necesitará contactarse con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO y solicitar seguir recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Necesitará contactarse con el Departamento de Servicios para miembros dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la MCO le envió el aviso de determinación o antes del día previsto 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 su apelación.

Una vez que la revisión esté completa, usted recibirá una carta que le informará la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio rechazado, la carta le indicará cómo pedir una Audiencia imparcial del estado.

Si presenta una queja y:

- Es sobre un problema médico de urgencia que está teniendo, se lo resolverá dentro de las 24 horas.
- Es sobre un problema médico pero no es urgente, se lo resolverá dentro de los 5 días.
- No es sobre un problema médico, se lo resolverá dentro de los 30 días.

Consulte el Anexo F para ver la política actual para las MCO.

### C. Cómo interponer un reclamo, una queja o una apelación

Para presentar un reclamo o una queja, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Si necesita ayudas auxiliares o servicios de interpretación, comuníquese al representante de servicios para miembros (los miembros con problemas auditivos puede usar el Servicio de retransmisión de Maryland, **711**). Los representantes del servicio de atención al cliente de las MCO pueden ayudarlo a presentar un reclamo, una queja o una apelación.

### Puede presentar una apelación de manera oral, pero deberá confirmar la solicitud de apelación por escrito, excepto que se trate de una solicitud de resolución acelerada.

Para presentar una apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario simple que deberá completar, firmar y enviar por correo. La MCO también puede ayudarlo a completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de brindar a la MCO su testimonio y argumentos del hecho antes de la resolución de la apelación.

*Consulte el Anexo F para ver el procedimiento de reclamo interno de las MCO. Si necesita una copia del procedimiento de reclamos interno oficial de las MCO, llame al Departamento de Servicios para miembros.*

### D. Proceso de reclamos/apelaciones del estado

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

- Si tiene una pregunta o un reclamo sobre su atención médica y la MCO no resuelve el asunto a su favor, puede solicitar ayuda al estado. La Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cuando llame a la Línea de ayuda, puede preguntar o explicar su problema a un miembro del personal de la Línea de ayuda, que hará lo siguiente:
  - Responderá sus preguntas;
  - Trabjará con la MCO para resolver su problema; o
  - Envió su reclamo a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos, quien puede:
    - Solicitar a la MCO que proporcione información sobre su caso en el plazo de 5 días;
    - Trabajar con su proveedor y la MCO para ayudarlo a obtener lo que necesita;
    - Ayudarlo a recibir más servicios comunitarios, si fuera necesario; o
    - Proporcionar asesoramiento sobre el proceso de apelaciones de las MCO y cuándo puede solicitar una audiencia imparcial del estado.

#### Cómo solicitar al estado que revise una decisión de la MCO

Si apeló la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el estado revise su decisión. A esto se lo denomina "apelación".

## 10. Reclamos, quejas y apelaciones *(Continuación)*

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) y comunicar al representante que le gustaría apelar la decisión de la MCO. Su apelación se enviará a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos. La Unidad de resolución de reclamos intentará resolver el problema en el plazo de 10 días hábiles. Si no se puede resolver en el plazo de 10 días hábiles, se le enviará un aviso con las opciones.

Cuando la Unidad de resolución de reclamos haya terminado con su apelación, se le notificará sobre los resultados.

- Si el estado considera que la MCO debe proporcionar el servicio solicitado, puede exigir a la MCO que se lo brinde; o
- Si el estado considera que la MCO no tiene la obligación de brindarle el servicio, se le comunicará a usted que el estado concuerda con la MCO.
- Si no está de acuerdo con la decisión del estado, que recibirá por escrito, tendrá otra oportunidad de solicitar una audiencia imparcial del estado.

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

Tiene derecho a apelar tres tipos de decisiones tomadas por el estado. Cuando el estado:

- concuerda con la MCO en que no deberíamos cubrir un servicio solicitado;
- concuerda con la MCO en que un servicio que usted actualmente recibe se debe cancelar o reducir; o
- rechaza su solicitud para inscribirse en el Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM).

### **Cómo continuar con los servicios durante la apelación**

En ocasiones, es posible que pueda seguir recibiendo un servicio mientras el estado revisa la apelación. Esto puede suceder si su apelación es acerca de un servicio que ya estaba autorizado, el plazo de autorización no ha vencido y usted ya estaba recibiendo el servicio. Llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) para obtener más información. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

### **Audiencias imparciales**

Para apelar una de las decisiones del estado, debe solicitar que este presente un aviso de apelación ante la Oficina de audiencias administrativas en su nombre. La solicitud de una audiencia imparcial del estado debe presentarse en un plazo no mayor a 120 días a partir de la fecha del aviso de resolución de la MCO.

La Oficina de audiencias administrativas fijará una fecha para la audiencia, según el tipo de decisión que se apela. La Oficina de audiencias administrativas tomará su decisión sobre el caso en el plazo de 30 días a partir de la fecha de la audiencia.

### **La Junta de revisión/apelación judicial**

- Si la Oficina de audiencias administrativas decide en su contra, puede apelar ante la Junta de revisión del estado. Recibirá información sobre cómo apelar ante la Junta de revisión junto con la decisión de la Oficina de audiencias administrativas.
- Si la Junta de revisión decide en su contra, puede apelar ante el tribunal de circuito.

## **E. Resoluciones de apelación revertidas**

Si la MCO revierte una denegación, cancelación, reducción o demora de los servicios que no se prestaron durante el proceso de apelación, la MCO deberá proporcionar los servicios a más tardar 72 horas después de la fecha en la que recibe el aviso de apelación revertida.

Si la MCO revierte una denegación, cancelación, reducción o demora en los servicios que un miembro recibía durante el proceso de apelación, la MCO deberá pagar los servicios recibidos durante dicho proceso.

Si necesita apelar un servicio cubierto por el estado, siga las indicaciones proporcionadas en la carta de determinación adversa.

## 10. Reclamos, quejas y apelaciones *(Continuación)*

---

### F. Presentación de sugerencias para cambios en políticas y procedimientos

Si tiene ideas de cómo mejorar un proceso o desea plantear un tema ante las MCO, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. A las MCO les interesa tener noticias tuyas y conocer su opinión sobre las formas de mejorar su experiencia en relación con la atención médica.

Cada MCO debe tener un Consejo asesor de consumidores. El papel del consejo asesor de consumidores es proporcionar los comentarios

de los miembros a la MCO. El consejo asesor de consumidores está conformado por miembros, familiares de los miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros que se reúnen durante todo el año de manera regular. Si desea más información sobre el consejo asesor de consumidores, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

Es posible que la MCO se comunique con usted respecto de los servicios que recibe. En tal caso, proporcione información precisa, ya que esto ayuda a determinar el acceso y la calidad de atención proporcionada a los miembros de HealthChoice.

# 11. Cambiar de MCO

## A. Reglas de los 90 días

La primera vez que se inscribe en el **Programa HealthChoice** tiene la oportunidad de solicitar un cambio de MCO. Debe presentar esta solicitud dentro de los **primeros 90 días**. Puede realizar este cambio una única vez, incluso cuando usted haya seleccionado la MCO en primer lugar.

Si está fuera de la MCO por más de 120 días y el estado le asigna la MCO automáticamente, puede solicitar cambiar de MCO. Debe presentar esta solicitud en el plazo de **90 días**.

## B. Una vez cada 12 meses

Puede cambiar de MCO si ha estado con la mismo MCO durante 12 meses o más.

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

Puede cambiar de MCO e inscribirse en otra MCO cercana por cualquiera de los siguientes motivos, en cualquier momento:

- Si se muda a otro condado donde su MCO actual no ofrece atención.
- Si pierde su vivienda y se entera de que hay otra MCO más cerca de donde vive o del refugio, lo que le facilitaría acudir a las citas.
- Si usted o algún familiar tienen un médico en otra MCO y el miembro adulto desea que todos los miembros de la familia estén juntos en la misma MCO. (Esto no se aplica a los recién nacidos. Los recién nacidos deben permanecer en la MCO en la que se encontraba la madre al momento del parto durante los primeros 90 días).

- Si tiene en su hogar un niño en custodia adoptiva y usted o un familiar reciben atención por parte de un médico en una MCO diferente de la del niño en custodia adoptiva, el niño puede cambiarse la MCO familiar.
- Si la MCO cancela el contrato con su PCP por motivos diferentes de los detallados a continuación, entonces el estado le notificará al respecto.
  - Su MCO ha sido adquirida por otra MCO;
  - El proveedor y la MCO no pueden ponerse de acuerdo en cuanto a determinados motivos financieros del contrato; o
  - Calidad de la atención.

## D. Cómo cambiar de MCO

Comuníquese con Maryland Health Connection al **1-855-642-8572**. Tenga en cuenta que:

- Las MCO no pueden autorizar cambios. Solo el estado puede cambiar su MCO.
- Si lo internan en un hospital o centro de enfermería es posible que no le permitan cambiar de MCO.
- Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero se la vuelven a aprobar en el plazo de 120 días, quedará automáticamente inscrito en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

## 12. Denuncias de fraude, uso indebido y abuso

### A. Tipos de fraude, uso indebido y abuso

El fraude a Medicaid es una tergiversación o engaño intencionales realizados por una persona consciente de que esta acción podría dar como resultado algún beneficio no autorizado para sí mismo o terceros. El uso indebido es el uso excesivo o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de generar costos innecesarios al programa de Medicaid. Se deben denunciar de inmediato los casos de fraude, uso indebido y abuso, que pueden darse en todos los niveles del sistema de atención médica. Algunos ejemplos de fraude, uso indebido y abuso incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ejemplos en caso de miembros
  - Proporcionar información falsa sobre los ingresos o bienes para reunir los requisitos para Medicaid.
  - Vivir en otro estado en forma permanente mientras se reciben los beneficios de Medicaid de Maryland.
  - Prestar su tarjeta de identificación de miembro o usar la tarjeta de identificación de otros miembros para obtener los servicios médicos.
  - Vender o modificar un medicamento con receta.
- Ejemplos en caso de proveedores
  - Proporcionar servicios que no son médicamente necesarios.
  - Facturar servicios que no se brindaron.
  - Facturar varias veces el mismo servicio.
  - Alterar los registros médicos para cubrir una actividad fraudulenta.

### B. Cómo denunciar fraude, uso indebido y abuso

Si sospecha o sabe de una situación de fraude, uso indebido o abuso, denúncielo de inmediato. Denunciar una situación de fraude, uso indebido y abuso no afectará el modo en que la MCO lo trate. Tiene la opción de presentar la denuncia de manera anónima. Proporcione tanta información como sea posible; esto será de ayuda para quienes investigan la denuncia. Existen muchas maneras en las que puede denunciar fraude, uso indebido y abuso. Consulte las siguientes opciones:

- Llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO o escriba una carta a la MCO.
- Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de salud de Maryland:
  - **1-866-770-7175**
  - **[http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report\\_Fraud.aspx](http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx)**
- Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
  - **1-800-447-8477**
  - **<https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>**

## 13. ANEXO A: Información de contacto de las Organizaciones de atención administrada

| Organización de atención administrada<br>Aetna Better Health® of Maryland                              |   |
|--|---|
| Departamento de Servicios para miembros  | <b>1-866-827-2710</b><br>TTY: 711   |
| Línea de asesoramiento de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana                    | <b>1-866-827-2710</b><br>TTY: 711   |
| Línea de Servicios de idiomas Departamento de Servicios para miembros                                  | <b>1-866-827-2710</b><br>TTY: 711   |
| Servicios de farmacia  | <b>1-866-827-2710</b><br>TTY: 711   |
| Llame al Departamento de Servicios para miembros   | <b>1-866-827-2710</b><br>TTY: 711   |
| Medicamentos con receta por correo<br>CVS (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)              | <b>1-855-271-6603</b><br>TTY: 711   |
| Superior Vision<br>(servicios de atención de la vista; de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) | <b>1-800-879-6901</b><br>TTY: 711   |
| Sitio web  | <b><a href="http://aetnabetterhealth.com/maryland">aetnabetterhealth.com/maryland</a></b>   |
| Portal de miembros en línea  | <b><a href="http://aetnabetterhealth.com/maryland">aetnabetterhealth.com/maryland</a></b>   |
| Coordinador antidiscriminación   | Civil Rights Coordinator<br>4500 East Cotton Center Boulevard<br>Phoenix, AZ 85040<br><b>1-888-234-7358, TTY 711</b>  |
| Dirección para reclamos, quejas, apelaciones   | Aetna Better Health® of Maryland<br>Attn: Appeal and Grievance Department<br>509 Progress Drive, Suite 117<br>Linthicum, MD 21090<br>Fax: <b>1-844-312-4257</b> |
| Dirección para Denuncias de fraude y abuso   | Aetna Better Health® of Maryland<br>Attn: Fraud and Abuse<br>509 Progress Drive, Suite 117<br>Linthicum, MD 21090<br><b>1-855-877-9735</b>                      |

# 14. ANEXO B: Aviso sobre prácticas de privacidad

## **Aetna Better Health® of Maryland** **Aviso sobre prácticas de privacidad**

**Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.**

### **A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”**

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica que recibió
- Montos que pagó por la atención

### **Cómo utilizamos y compartimos su información de salud**

**Para ayudar a cuidarlo:** podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, que pueden ser controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

**Familiares y amigos:** podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que nosotros necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

**Si es menor de dieciocho años de edad y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos permitidos por la ley estatal.**

**Para el pago:** es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan por su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamo que incluya su información de salud. También podemos utilizar su información de salud para controlar la atención que le brinda su médico y podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

**Operaciones de atención médica:** podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Puede informarle sobre programas o lugares que pueden ayudarlo con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, nosotros necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

### **Cómo compartimos su información con otras empresas**

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. A esto lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, es posible que el transporte esté cubierto en el plan. Entonces, es posible que compartamos la información con los responsables del transporte para ayudarlo a llegar al consultorio del médico. Informaremos si usted está en una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

### **Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud**

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil, amenazas a la salud pública.
- Investigación: a los investigadores, luego de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: a las personas que nos brindan servicios. Estas prometen mantener la seguridad de su información.
- Reglamentaciones para la industria: a las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: al personal del cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales.
- Acciones legales: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

## 14. ANEXO B: Aviso sobre prácticas de privacidad (Continuación)

### Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia
- Para la venta de su información de salud
- Por otros motivos requeridos por la ley

Puede escribirnos para cancelar en cualquier momento. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de salud.

### Cuáles son sus derechos

Usted tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos y compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud del modo en que se describe en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de ese modo. Eso incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llame al número gratuito **1-866-827-2710** para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

### Aetna Better Health® of Maryland

Attention: Complaints and Appeals  
509 Progress Drive, Suite 117  
Linthicum, MD 21090

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para obtener la dirección al **1-866-827-2710**. Si usted no está satisfecho y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, usted no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

### Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud sin importar el formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos las entradas a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear las entradas no autorizadas.
- Técnicos: el acceso a su información de salud es "basado en roles". Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

### Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que establece este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web **[aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland)**.



## 15. ANEXO C: Servicios adicionales ofrecidos por Aetna Better Health® of Maryland

| BENEFICIO                         | QUÉ ES   | QUIÉN PUEDE RECIBIR ESTE BENEFICIO  | LIMITACIONES  |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Servicios dentales para adultos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal: 2 veces al año</li> <li>• Limpieza dental: 2 veces al año</li> <li>• Radiografías de mordida: 1 vez al año</li> <li>• Flúor (tópico o esmalte): 2 veces al año</li> <li>• Extracciones de dientes: hasta 4 veces al año</li> <li>• Empastes: hasta 6 empastes menores o 12 empastes superficiales cada año</li> <li>• También puede recibir tratamiento paliativo cuando lo necesite. Este se brinda en emergencias para aliviar el dolor o solucionar un problema. Puede incluir: Emparejar un borde filoso de un diente roto (colocar medicamento en un corte menor)</li> </ul> | Adultos de 21 años y más            | Beneficio máximo de \$750 por año (sin incluir atención básica como exámenes y limpiezas) |
| Copagos de farmacia               | <b>Sin copagos</b>   | Todos los miembros: adultos y niños |   |
| Atención de la vista para adultos | <b>Examen de la vista cada año:</b> anteojos o lentes de contacto cada año   | Adultos                             | Límite de \$25 para anteojos o lentes de contacto   |

## 16. ANEXO D: programas prenatales/posparto

Aetna Better Health® of Maryland ofrecerá el programa Promise para mujeres embarazadas, bebés con necesidades especiales (incluido el síndrome de abstinencia neonatal [SAN]) y asistencia para acceder a proveedores de planificación familiar, especialistas en salud de la mujer, servicios de obstetricia y atención perinatal comunitarios, incluidos los servicios de atención posparto y proveedores especializados para bebés.

Nuestro programa de atención de maternidad tiene como objetivo garantizar la salud de las mujeres durante el embarazo y reducir el riesgo de nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. La ayuda a aprender a cuidarse y a cuidar a su bebé. Obtendrá apoyo y ayuda durante su embarazo. Aetna Better Health identificará a las miembros embarazadas temprano para comenzar con la atención prenatal, identificará los factores de riesgos, como tabaquismo u otras afecciones médicas, y les asignará un administrador de atención. Nuestros administradores de casos les aconsejan a las mujeres embarazadas que son miembros que realicen consultas prenatales y posnatales de manera temprana y regular. Los miembros, proveedores y cuidadores, u otro círculo de apoyo de las embarazadas que son miembros, pueden remitirlas al servicio de administración de la atención; simplemente llamando al Departamento de Servicios para miembros.

A los bebés con necesidades especiales se les asignará un administrador de atención, que trabajará con el PCP, los padres y los cuidadores del miembro para mantener su salud en el hogar y, a la vez, evaluar

y apoyar a los padres y cuidadores de dichos bebés, que también pueden tener problemas médicos o sociales complejos. Las mujeres miembros pueden registrarse en Text4baby™, un servicio de mensajería gratuito que le envía consejos de salud y recordatorios durante su embarazo y después de que nazca su bebé.

### **El Programa Promise es un beneficio para usted antes y después de que nazca su bebé.**

- Usted ganará una tarjeta de regalo de \$10 cuando complete, al menos, 7 consultas prenatales.
- Ganará una segunda tarjeta de regalo de \$10 cuando complete su consulta de posparto. Esta consulta debe realizarse dentro de 21 a 56 días después que nazca su bebé.
- Puede ganar una tarjeta de regalo adicional de \$5 por asistir a cada una de las siguientes clases:
  - Una clase de preparación para el parto
  - Una clase de crianza
  - Una clase de primeros auxilios, seguridad o RCP (reanimación cardiopulmonar)

A veces, los bebés nacen antes de tiempo, incluso con la atención prenatal. Si esto sucede, aún queremos recompensarla por cuidarse y cuidar de su bebé:

- Si completa una clase de RCP y asiste a todas las capacitaciones en el hospital antes del alta del bebé, obtendrá una tarjeta de regalo de \$5
- Si asiste a una clase de crianza, puede ganar una tarjeta de regalo de \$5

# 17. ANEXO E: Programas educativos sobre salud

## Programa de control de enfermedades

Aetna Better Health trabaja con miembros para abordar asuntos relacionados con su asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad de las arterias coronarias (EAC), depresión, embarazo u otras afecciones según las necesidades del miembro. Las actividades educativas de Aetna Better Health están basadas en pautas clínicas nacionales e incluyen: evaluaciones de salud física y mental, intervenciones basadas en evidencia, colaboración con proveedores, hogares de salud y entidades de administración de casos externos, materiales educativos y remisiones para recursos adicionales.

Las intervenciones de administración de afecciones incluyen educación impresa y por teléfono sobre autocontrol, conductas de salud, remisión por examen médico adecuado, asistencia con técnicas para poder seguir mejor el régimen del medicamento y planes de tratamiento. Además, como los problemas de salud conductual y abuso de sustancias suelen presentarse simultáneamente, cada miembro identificado con problemas en alguna de esas áreas (ya sea por autoinforme, remisión, evaluación inicial o datos de reclamaciones) es evaluado por ambos temas para que se puedan organizar los recursos y los servicios adecuados. Estas evaluaciones están basadas en pautas clínicas nacionales para la atención y el autocontrol de enfermedades crónicas específicas.

- Asma (módulos pediátricos y para adultos)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad coronaria (EC)

Las cartas individualizadas y en concordancia con la cultura de cada miembro se envían cuando se les diagnostica una afección crónica. Estas cartas informan al miembro cómo se convirtieron en elegibles para el programa, incluido cómo usar los servicios y obtener más información, y cómo cancelar su participación si así lo decidieran.

El sitio web de Aetna Better Health® of Maryland, [aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland), es un recurso para miembros y proveedores sobre programas e intervenciones de administración de afecciones crónicas. Los proveedores pueden solicitar la inscripción de miembros en administración de atención integrada usando un formulario que se encuentra en el sitio web. Los proveedores se capacitan sobre el programa de los Trabajadores de salud comunitaria a través de múltiples fuentes como las presentaciones personales, la hoja de consejos de preguntas frecuentes o contactándose con el equipo

del Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710**, TTY **711**.

## Club Dr. Ted E Bear (miembros de 5 a 18 años)

El Club Dr. Ted E. Bear pagará el costo por una membresía anual Scout para miembros de 5 a 18 años. Esto se aplica tanto a los Boy Scouts (niños exploradores) como a las Girl Scouts (niñas exploradoras). Como bonificación, los miembros del Club que pertenecen a Boy Scouts obtienen la revista *Boys' Life*. Los miembros de las Girl Scouts pueden obtener *Una guía de Girl Scouting* más un libro *Journey* o un uniforme básico después de 6 meses de unirse. **O** también pagaremos la membresía anual para una organización juvenil local (valor anual de \$60).

### • Programa de control del peso

- Ofrecemos un programa de control del peso. Los miembros reciben regalos por unirse al programa. Cada miembro trabaja con un administrador de casos para establecer objetivos en función de las necesidades de peso y estatura del niño. Los miembros pueden ganar tarjetas de regalo de \$15 a \$30, a medida que cumplen los objetivos de pérdida de peso.

### • Programa para dejar de fumar

- A los adolescentes les ofrecemos un programa para ayudarlos a dejar de fumar. Esto incluye a los miembros que consumen cigarrillos y tabaco sin humo, usan narguiles y cigarrillos electrónicos, e incluso los que fuman el humo de segunda mano. Los adolescentes trabajan con un administrador de casos para crear un plan para dejar de fumar. Tirarán todos los productos de tabaco y recibirán una tarjeta de regalo de \$10. Si permanecen sin consumir tabaco durante 30 días, recibirán otra tarjeta de regalo de \$10.
- Para niños en edad escolar con asma, ofrecemos un **segundo inhalador**: uno para el hogar y otro para la escuela.

## Programa de asma

Los miembros con asma pueden inscribirse en el programa de control del asma.

### Una vez que se inscriben en el programa:

- Los miembros con asma pueden obtener una tarjeta de regalo de \$10 por controlar el asma mediante un plan de acción para el asma y reducir las visitas a la sala de emergencias.
- Usted puede obtener una tarjeta de regalo de \$10 por el seguimiento con una consulta al PCP después de una visita a la sala de emergencias.
- También ofrecemos una tarjeta de regalo de \$10 por realizar una evaluación ambiental en el hogar para los miembros con asma.

# 18. ANEXO F: Procedimiento interno de reclamos/ apelaciones de MCO

## Cómo presentar una apelación - Miembro

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios tomada por Aetna Better Health con la que usted no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si Aetna Better Health deniega lo siguiente:

- Una solicitud de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento que considera que debería poder obtener, o
- Una solicitud de pago de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento que Aetna Better Health denegó.

También puede apelar si Aetna Better Health deja de proporcionar o pagar la totalidad o parte de servicios o medicamentos que considera que aún necesita.

### Representante autorizado

Puede autorizar a una persona en la que confía para que apele en su nombre. Esta persona se denomina su "representante autorizado". Debe informarle a Aetna Better Health el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710** o TTY **711**. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar en el que determine quién será su representante.

### Cómo presentar su apelación

Si no está satisfecho con una decisión que hayamos tomado sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días después de que conozca nuestra decisión para presentar una apelación. Puede hacer esto por su cuenta o pedirle a una persona en la que confía que presente la apelación por usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710** o TTY **711** si necesita ayuda para presentar una apelación o si necesita asistencia en otro idioma o necesita un formato alternativo. No lo trataremos de manera injusta por presentar una apelación.

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden solicitar que se revise la apelación conforme al proceso acelerado si considera que su estado de salud o su necesidad de recibir el servicio requieren una revisión acelerada. Su médico tendrá que explicar cómo una demora puede poner en peligro su salud física o conductual. Si se deniega su solicitud de apelación acelerada, se lo informaremos y su apelación será revisada conforme al proceso estándar.

Envíe la solicitud de apelación a la siguiente dirección:

**Aetna Better Health of Maryland**  
**Attn: Appeal and Grievance Department**  
509 Progress Drive, Suite 117  
Linthicum, MD 21090  
Fax: **1-844-312-4257**

Si solicita la apelación estándar por teléfono, debe también enviarla por escrito. Las apelaciones de proceso acelerado presentadas por teléfono no requieren que envíe una solicitud por escrito.

### Continuación de los beneficios

En algunos casos, puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación. Puede seguir recibiendo los servicios que están programados para que finalicen o se reduzcan si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días desde el aviso de la denegación de la solicitud o del cambio de la atención; o
- A la fecha en que está programado el cambio en los servicios.

Si su apelación se vuelve a denegar, quizás deba pagar el costo de cualquier beneficio que se haya continuado si los servicios fueron proporcionados únicamente debido a los requisitos descritos en esta Sección.

### Qué sucede después de que recibimos su apelación

Dentro de 5 días hábiles le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido la apelación y que estamos trabajando en ella.

Las apelaciones de asuntos clínicos serán tratadas por profesionales de salud calificados que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia

## 18. ANEXO F: Procedimiento interno de reclamos/apelaciones de MCO (Continuación)

clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden consultar el archivo de su caso, que incluye los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo para usted.

También puede proporcionar información que desee que se use para tomar la decisión sobre la apelación en persona o por escrito a:

**Aetna Better Health of Maryland**  
**Attn: Appeal and Grievance Department**  
509 Progress Drive, Suite 117  
Linthicum, MD 21090  
Fax: **1-844-312-4257**

También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710** o TTY **711** si no está seguro de qué información proporcionarnos.

### Plazos para apelaciones

#### **Apelaciones estándares**

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos sobre nuestra decisión dentro de los 30 días de recibida su solicitud de apelación. Le informaremos 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Se enviará un aviso escrito de nuestra decisión dentro de los 2 días calendario de tomada la decisión.

#### **Apelaciones aceleradas**

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelaciones aceleradas se tomarán dentro de las 72 horas de recibida su apelación. Le informaremos 2 días después de recibir su apelación si necesitamos más información. Le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y enviaremos un aviso escrito dentro de los 2 días de tomada la decisión.

#### **Si necesitamos más información**

Si no podemos tomar la decisión dentro de los plazos requeridos porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para pedirle la información que necesitamos. Si su solicitud es sobre una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso escrito más tarde.

- Le diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días posteriores al número de días que le dijimos originalmente.

Usted, su proveedor o una persona en la que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para darle a Aetna Better Health para ayudar a decidir sobre su caso. Para solicitar esta información, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710** o TTY **711** o escriba a:

**Aetna Better Health of Maryland**  
**Attn: Appeal and Grievance Department**  
509 Progress Drive, Suite 117  
Linthicum, MD 21090  
Fax: **1-844-312-4257**

Usted o su representante pueden presentar un reclamo ante Aetna Better Health si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación.

Usted o su representante también pueden presentar un reclamo sobre la forma en que Aetna Better Health está manejando su apelación con el Departamento de Salud de Maryland o con su defensor del pueblo.

Si no le informamos sobre nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar al estado a través del proceso de audiencia imparcial del estado. Una respuesta nuestra fuera de plazo se considera una razón válida para que usted presente otra apelación a través del proceso de audiencia imparcial del estado.

#### **Aviso escrito de decisión sobre la apelación**

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si la solicitud fue denegada o aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos sobre el motivo de la decisión y el nombre de contacto, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Le explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión.

#### **Su derecho a presentar un reclamo (queja)**

Aetna Better Health hará todo lo posible por responder a sus inquietudes lo más rápido posible

## 18. ANEXO F: Procedimiento interno de reclamos/apelaciones de MCO (Continuación)

y de la manera más adecuada. Según el tipo de inquietud que tenga, se lo considerará como un reclamo (también conocido como queja) o como una apelación.

### Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos es para inquietudes relacionadas con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos de Aetna Better Health.

#### Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

#### Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial o privada.

#### Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health lo trató mal.
- Aetna Better Health no responde a sus preguntas.
- No está satisfecho con la ayuda que recibe de su coordinador de atención.

#### Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- No se le proporcionaron las adaptaciones razonables solicitadas que necesita para participar de manera significativa en su atención.

#### Reclamos sobre el acceso a la comunicación

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete calificado para personas sordas o con problemas auditivos o un intérprete de otro idioma durante su cita.

#### Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o a personal del Departamento de Servicios para miembros u otro personal de Aetna Better Health.

#### Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

#### Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.
- Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

#### Existen diferentes tipos de reclamos

Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante Aetna Better Health, que es quien lo revisa. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada a Aetna Better Health y es esta organización la que lo revisa.

#### Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710 TTY 711**. También puede presentar su reclamo por escrito. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar un reclamo por escrito, por correo o por fax a esta dirección:

#### Aetna Better Health of Maryland

##### Attn: Appeal and Grievance Department

509 Progress Drive, Suite 117

Linthicum, MD 21090

Fax: **1-844-312-4257**

Para que podamos ayudarlo de la mejor manera, incluya detalles sobre quién o sobre qué trata el reclamo y cualquier información sobre su reclamo. Aetna Better Health revisará su reclamo y solicitará la información adicional que necesite. Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710** o TTY **711** si necesita ayuda para presentar un reclamo o si necesita asistencia en otro idioma o necesita un formato alternativo.

Si su reclamo es sobre una extensión que queremos quitar o si le rechazamos su solicitud para una apelación rápida, revisaremos su queja y le daremos una respuesta en 24 horas. Si su reclamo es sobre una necesidad médica de urgencia, le notificaremos la decisión dentro de 5 días hábiles posteriores a su llamada. Todos los otros tipos de reclamos pueden llevarnos más tiempo para investigar y responderle

## 18. ANEXO F: Procedimiento interno de reclamos/apelaciones de MCO (Continuación)

lo más rápido posible, pero no serán más de 30 días desde que recibamos su reclamo.

### Reclamos externos

#### ***Puede presentar un reclamo a través de la línea de ayuda de HealthChoice***

Puede hacer un reclamo sobre Aetna Better Health en la Línea de ayuda de HealthChoice. Contáctese con la línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510** o con el servicio de retransmisión de Maryland al **711**.

#### ***Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles***

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office of Civil Rights- Region III  
Department of Health and Human Services  
150 S Independence Mall West Suite 372  
Public Ledger Building  
Philadelphia, PA 19106  
Voz: **1-800-368-1019**  
Fax: 215-861-4431  
TDD: **1-800-537-7697**

#### ***Puede presentar un reclamo ante la Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado***

El defensor del pueblo de atención a largo plazo se desempeña como defensor de las personas mayores y las personas con discapacidades que reciben servicios de atención a largo plazo, y sus familias. El defensor del pueblo local proporciona información, defensoría y asistencia para resolver problemas y reclamos de atención. Los servicios son gratuitos.

El programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado ofrece asistencia para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo, ya sea que la atención sea proporcionada en un centro de atención de enfermería o en un centro de vida asistida, o a través de los servicios basados en la comunidad para ayudar a las personas que siguen viviendo en sus hogares. El defensor del pueblo de atención a largo plazo no trabaja para el centro, para el estado ni para Aetna Better Health. Esto lo ayuda a ser imparcial y objetivo en la resolución de los problemas y las inquietudes.

Departamento para las Personas de Edad Avanzada de Maryland  
301 West Preston Street  
Suite 1007  
Baltimore, Maryland 21201  
Voz: **1-800-243-3425**  
Fax: **410-333-7943**  
TDD: **711**

# 19. ANEXO G: Información adicional de Aetna Better Health® of Maryland

## Sitio web

Nuestro sitio web es [aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland). Tiene información para ayudarlo a obtener atención médica y, además, brinda ayuda para lo siguiente:

- Encontrar un PCP o especialista en su área
- Enviarnos preguntas por correo electrónico
- Conocer sobre sus beneficios y su información de salud
- Ver su manual para miembros

## Portal web seguro

Para aprovechar al máximo los beneficios de su plan de salud, regístrese en nuestro portal web para miembros personalizado y seguro en [aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland). El sitio le permite hacer lo siguiente:

- Acceder a los detalles del plan de salud, en cualquier momento y en cualquier lugar.
- Cambiar de médico
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro
- Actualizar su información de contacto
- Averiguar cómo y cuándo obtener remisiones o autorizaciones de servicios y sus costos

## Encuentre apoyo donde más lo necesite

En Aetna Better Health, ofrecemos beneficios para estar y mantenerse saludable. Encontrará información educativa, herramientas de autoayuda y programas de bienestar.

## Obtenga información de salud personalizada

Cuéntenos sobre su salud completando un historial personal de salud. Nosotros le informaremos cuáles son sus riesgos y en qué áreas puede mejorar. Luego, obtenga acceso a consejos sobre estilo de vida saludable y herramientas de autoayuda. Lo ayudarán a cumplir metas tales como dejar de fumar y controlar su peso. También tendrá la oportunidad de realizar un seguimiento de su progreso a medida que se acerque a sus objetivos.

## Obtenga más información sobre sus beneficios de farmacia

Obtenga detalles sobre los beneficios y servicios de farmacia. Esta información lo ayudará a tomar las mejores decisiones sobre su atención. Tendrá acceso a lo siguiente:

- Encontrar farmacias dentro de la red.
- Ayuda para solicitar un medicamento que no está cubierto por su plan
- Solicitar un resurtido de un medicamento con receta de pedido por correo que no haya vencido.

- Buscar interacciones con otros medicamentos, efectos secundarios y riesgos
- Determinar la responsabilidad financiera por un medicamento
- Averiguar si existen sustitutos genéricos disponibles

## Obtenga acceso instantáneo a los detalles de reclamaciones

Realizar un seguimiento de una reclamación es fácil a través de nuestro portal para miembros seguro. Encontrará detalles en su reclamación que incluyen lo siguiente:

- Etapa del proceso (estado de la reclamación)
- Monto aprobado
- Monto pagado
- Costo a cargo del miembro
- Fecha de pago

## Aplicación móvil

Con la aplicación de Aetna Better Health, puede acceder a pedido a las herramientas que necesite para mantenerse saludable. Busque un médico, solicite o vea su tarjeta de identificación de miembro del Plan o cambie su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento y desde cualquier lugar. Es fácil. Simplemente descargue la aplicación en su teléfono inteligente.

## Funciones de la aplicación móvil

- Buscar un proveedor
- Ver o solicitar su tarjeta de identificación de miembro del Plan
- Cambiar de médico
- Ver sus reclamaciones y recetas médicas
- Enviar mensajes al Departamento de Servicios para miembros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda
- Actualizar su número de teléfono, dirección y otros datos importantes del miembro

## Descargue la aplicación

Para obtener la aplicación móvil, puede descargarla de la tienda de aplicaciones de Apple o en Google Play Store. Busque "Aetna Better Health" para encontrar la aplicación. La descarga y el uso son gratuitos. Esta aplicación está disponible en determinados dispositivos y sistemas operativos (SO).

## Teléfonos móviles gratuitos

Los miembros de Aetna Better Health® of Maryland pueden ser elegibles para recibir un teléfono inteligente SIN COSTO. Ahora puede permanecer conectado con aquellos que se preocupan por usted. Llame a su médico, su familia y sus amigos. Puede ser



## 19. ANEXO G: Información adicional de Aetna Better Health® of Maryland (Continuación)

elegible para recibir un teléfono nuevo y/o un paquete de datos que incluye lo siguiente:

- Teléfono inteligente Android
- Minutos de voz
- Paquetes de datos
- Mensajería de texto ilimitada
- Llamadas ilimitadas a Aetna Better Health

Para obtener más información o saber si es elegible, visite [aetnabetterhealth.com/maryland](http://aetnabetterhealth.com/maryland) o llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710**, TTY **711**.

### Tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación (identificación de miembro) contiene la fecha en que comienzan sus beneficios de atención médica. Esta es la fecha en la que puede comenzar a recibir servicios como miembro de Aetna Better Health® of Maryland.

En la identificación de miembro se indica lo siguiente:

- Su nombre
- El número de identificación de miembro
- El nombre de su PCP o el nombre del grupo para su PCP y número de teléfono
- Información importante en el reverso sobre qué hacer en casos de emergencia

**Debe mostrar su identificación de miembro del Plan cuando acude a citas médicas, cuando recibe medicamentos con receta o para cualquier otro servicio de atención médica.**

Los miembros de Aetna Better Health® of Maryland recibirán una tarjeta de Medicaid y una tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health® of Maryland. La tarjeta de identificación de miembro de Medicaid puede usarse para servicios que el Plan no cubre. Siempre lleve su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health® of Maryland con usted en caso de que necesite esos servicios.

### Frente de la tarjeta:

Identificación de miembro

Nombre del PCP/ grupo y número de teléfono

Fecha de comienzo de la cobertura

**AETNA BETTER HEALTH® OF MARYLAND** **aetna**  
**HealthChoice**

**Name** Last Name, First Name  
**Member ID #** 00000000000 **DOB** 00/00/0000 **Sex** X

**PCP** Last Name, First Name  
**PCP Phone** 0-000-000-0000 **Effective Date** 00/00/0000

.....

**RxBIN:** 610084 **RxPCN:** ADV **RxGRP:** RX8817  
Pharmacist Use Only: **1-844-345-2797** **CVS caremark™**

[www.aetnabetterhealth.com/maryland](http://www.aetnabetterhealth.com/maryland)  
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEMDMED1

### Reverso de la tarjeta:

**Member Services 24/7: 1-866-827-2710 (TTY 711)**

24-Hour Nurse Line, Vision Services and Adult Dental Services available at **1-866-827-2710 (TTY 711)**.

HealthChoice Enrollee Help Line: **1-800-284-4510**

**Emergency care:** If you are having an emergency, call **911** or go to the closest hospital. You don't need preapproval for emergency transportation or emergency care in the hospital.

**Prior authorization** is required for all inpatient admissions and selected outpatient services. To notify of an admission, please call **1-866-827-2710**.

**Send medical claims to:**  
Aetna Better Health of Maryland  
P.O. Box 61538  
Phoenix, AZ 85082-1538

**To verify member eligibility:**  
1-866-827-2710  
**EDI Payor ID:**  
128MD

MDMED1

**Solo usted puede usar su identificación de miembro; no permita que la usen otras personas.**

Revise su identificación para asegurarse de que el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento sean correctos. Llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-827-2710**, TTY **711** si ocurre lo siguiente:

- Hay alguna información incorrecta.
- No recibió la identificación.
- Pierde su identificación o se la roban.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN MARYLAND:**

**PLANIFICACIÓN DE DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN  
MÉDICA EN EL FUTURO**



**Guía de las Leyes  
de Maryland sobre  
Decisiones de  
Atención Médica  
(Formularios  
incluidos)**

**ESTADO DE MARYLAND  
OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL**

***Brian E. Frosh***  
***Procurador General***



*Octubre de 2017*

Estimado habitante de Maryland:

Me complace enviarle un formulario de instrucciones anticipadas que puede utilizar para planificar sus decisiones sobre su atención médica en el futuro. El formulario es *opcional*, puede usarlo si lo desea, o puede utilizar otros, que tienen la misma validez legal. Si tiene consultas de índole legal sobre su situación personal, es preciso que le haga las preguntas a su abogado. Si decide dejar instrucciones anticipadas, asegúrese de hablar de esto con las personas cercanas a usted. La conversación es tan importante como el documento. Proporcione copias a miembros de su familia o amigos y a su médico. También asegúrese de que si es hospitalizado, se presente una copia en ese centro. *No devuelva los formularios completos a esta oficina.*

Una enfermedad que pone en peligro su vida es un asunto difícil de tratar. No obstante, si planifica ahora, sus elecciones serán respetadas y podrá aliviar al menos parte de la carga de sus seres queridos en el futuro. Deberá utilizar otro formulario adjunto para donar órganos o planificar las medidas que se tomarán después de su fallecimiento.

Aquí encontrará información importante relacionada con esto:

- Si desea obtener información sobre las Órdenes de No Reanimar (DNR), ingrese al sitio web <http://marylandmolst.org> o comuníquese directamente con el Sistema de Servicios Médicos del Instituto de Emergencias de Maryland al (410) 706-4367. Un formulario de Órdenes Médicas para Tratamientos para Mantener la Vida (MOLST) contiene órdenes médicas acerca de reanimación cardiopulmonar (RCP) y otras órdenes médicas con respecto a tratamientos para mantener la vida. Un médico enfermero pueden utilizar el formulario MOLST para indicarle al personal médico de emergencias (primeros intervinientes del servicio del 911) que brinden cuidados paliativos en lugar de reanimación. Puede encontrar el formulario MOLST en línea en <http://marylandmolst.org>. Una vez que ingrese en esa página, haga clic en "MOLST Form" (Formulario MOLST).
- El Departamento de Salud de Maryland pone a disposición instrucciones anticipadas específicas para preferencias sobre tratamientos de salud mental. Puede encontrar este formulario en línea en: <http://bha.health.maryland.gov/SitePages/Forms.aspx>. Una vez que ingrese en esa página, diríjase a "Forms" (Formularios) y haga clic en "Advance Directive for Mental Health Treatment" (Instrucciones Anticipadas para Tratamientos de Salud Mental).

Espero que esta información sea de mucha utilidad para usted. **Lamento que la abrumadora demanda nos limite a proporcionar un juego de formularios a cada solicitante.** No obstante, no dude en hacer las copias que necesite. Puede encontrar información adicional sobre instrucciones anticipadas en línea en: <http://www.oag.state.md.us/healthpol/advancedirectives.htm>.

## PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA MEDIANTE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Formulario opcional incluido

### Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si quieren recibir tratamiento médico. Este derecho a decidir (es decir, a aceptar o rechazar un tratamiento propuesto) se aplica a tratamientos que extienden la vida, como el uso de respiradores o sondas nasogástricas. Lamentablemente, un accidente o una enfermedad pueden quitarle a una persona la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica. Pero aun así, las decisiones deben tomarse. Si usted no puede hacerlo, alguien lo hará por usted. Estas decisiones deben reflejar sus propios valores y prioridades.

Una ley de Maryland denominada "Ley de Decisiones sobre la Atención Médica" establece que usted puede planificar su atención médica mediante "instrucciones anticipadas". Una instrucción anticipada puede usarse para designar a un agente de atención médica. Esta es una persona en quien usted confía para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre. Una instrucción anticipada también puede usarse para establecer sus preferencias sobre tratamientos que podrían usarse para mantenerlo con vida.

El estado ofrece un formulario para planificar esto, que se incluye junto con este folleto. El formulario en su totalidad se denomina "Instrucciones Anticipadas en Maryland: planificación de decisiones sobre su atención médica en el futuro". Está dividido en tres partes: Parte I: Elección del agente de atención médica; Parte II: Preferencias de tratamiento ("Testamento vital"); y Parte III: Firma y testigos. Este folleto explica cada parte.

Las instrucciones anticipadas tienen el fin de reflejar sus preferencias. Puede completar el formulario entero, o solo por partes y puede cambiar las palabras. No está obligado por ley a usar estos formularios. Puede usar diferentes formularios escritos como usted desea. Por ejemplo, un formulario muy popular, denominado *Cinco deseos*, está disponible

(por un costo muy bajo) gracias a la organización sin fines de lucro Aging With Dignity. Puede obtener información sobre ese documento en línea en [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) o escribir a: Aging with Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Este formulario opcional puede completarse sin necesidad de acudir a un abogado. Pero si hay algo que no entiende sobre la ley o sus derechos, le recomendamos que hable con un abogado. También puede pedirle a su médico que le explique los asuntos médicos, incluidos los posibles beneficios o riesgos de varias opciones. Debe informarle a su médico que deja instrucciones anticipadas y proporcionarle una copia, así como también a otras personas que pudieran participar de la toma de decisiones en su nombre en el futuro.

En la Parte III del formulario, necesita dos testigos de su firma. Casi cualquier adulto puede ser testigo. Si designa a un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no se beneficie desde el punto de vista financiero con su muerte ni que administre su patrimonio. No necesita que el formulario esté certificado por escribano.

Este folleto también contiene un formulario separado llamado "Tras mi muerte". Al igual que las instrucciones anticipadas, el uso de este formulario es opcional. Este formulario está dividido en cuatro partes: Parte I: Donación de órganos; Parte II: Donación de cuerpo; Parte III: Disposición del cuerpo y organización del funeral; y Parte IV: Firma y testigos.

Una vez que deje instrucciones anticipadas, estas permanecen vigentes a menos que usted las deje sin efecto. No vencen y ni su familia ni ninguna otra persona pueden modificarlas. De vez en cuando, debe revisar sus instrucciones. Pueden cambiar cosas en su vida o puede modificar sus actitudes. Cuenta con total libertad de modificar o dejar sin efecto una instrucción anticipada en cualquier momento,

siempre que aún tenga la capacidad de tomar decisiones. Infórmeles a su médico y a cualquier persona que tenga una copia de sus instrucciones anticipadas en caso de que las modifique o las deje sin efecto.

Si ya tiene instrucciones anticipadas, un testamento vital o un poder de representación duradero para la atención médica de Maryland, ese documento sigue siendo válido. Además, si usted dejó instrucciones anticipadas en otro estado, son válidas en Maryland. Recomendamos revisar estos documentos para ver si prefiere reemplazarlos por instrucciones anticipadas nuevas.

### **Parte I de las instrucciones anticipadas: Elección del agente de atención médica**

Puede nombrar a la persona que desee (excepto, en general, a una persona que trabaje en un centro de atención médica donde usted esté recibiendo atención) para que sea su agente de atención médica. **Para nombrar a un agente de atención médica, utilice la Parte I del formulario de instrucciones anticipadas.** (Algunas personas se refieren a este tipo de instrucciones anticipadas como “poder de representación duradero para la atención médica”). Su agente hablará por usted y tomará decisiones en función de lo que a usted le gustaría que se hiciera o de lo que sea mejor para usted. Usted decide cuánto poder de representación tendrá su agente para tomar decisiones de atención médica. También puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder: de inmediato o solo después de que un médico le diga que usted no puede decidir por usted mismo.

Puede elegir a un miembro de su familia como agente de atención médica, pero no es obligatorio hacerlo. Recuerde que su agente tendrá el poder de tomar decisiones importantes sobre tratamientos, incluso si otras personas cercanas a usted puedan instar a que se tome una decisión diferente. Elija a la persona mejor calificada para ser su agente de atención médica. Considere también elegir a uno o dos agentes de respaldo, en caso de que su primera opción no esté disponible cuando sea necesario. Asegúrese de informar a la persona elegida y de que entienda qué es lo más importante para usted. Cuando llegue el momento de tomar decisiones, su agente de atención médica debe seguir sus instrucciones escritas.

Tenemos un manual útil que puede proporcionarle a su agente de atención médica. Se llama *“Tomar decisiones de salud por otra persona: manual para Maryland”*. Usted o su agente pueden obtener una copia en línea ingresando a

la página de inicio del Procurador General:

<http://www.oag.state.md.us>, y luego haciendo clic en “Guidance for Health Care Proxies” (Pautas para Apoderados de Atención Médica). Puede solicitar una copia llamando al 410-576-7000.

El formulario incluido junto con este folleto *no* le otorga a nadie poder para manejar su dinero. No contamos con un formulario estándar para enviar. Consulte con su abogado acerca de planificación de asuntos financieros en casos de incapacidad.

### **Parte II de las instrucciones anticipadas: Preferencias de tratamiento ("Testamento vital")**

Tiene el derecho a usar una instrucción anticipada para decir qué desea sobre futuros intentos de tratamientos para mantenerlo con vida. Puede mencionar esto en la Parte II del formulario. Si usted nombra un agente de atención médica y toma decisiones sobre el tratamiento en una instrucción anticipada, es importante que mencione (en el párrafo G de la Parte II) si desea que su agente deba cumplir estrictamente cualquier decisión de tratamiento que usted tome.

La Parte II es un testamento vital. Le permite decidir sobre los procedimientos para mantenerlo con vida en tres situaciones: cuando la muerte por una afección terminal es inminente a pesar de la aplicación de procedimientos para mantenerlo con vida; un estado de inconsciencia permanente llamado estado vegetativo persistente; y una afección en etapa final, que es una afección avanzada, progresiva e incurable que ocasiona una dependencia física total. Un ejemplo de afección en etapa final podría ser la enfermedad de Alzheimer avanzada.

**PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE  
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN MARYLAND**

**1. ¿Debo usar un formulario en particular?**

No. Se proporciona un formulario opcional, pero puede cambiarlo o usar un formulario diferente. Cabe destacar que ningún proveedor de atención médica puede denegarle atención simplemente porque usted decidió no completar un formulario.

**2. ¿Quién puede ser elegido como agente de atención médica?**

Cualquier persona que tenga más de 18 años, a excepción, en general, del dueño, un operario o empleado de un centro de atención médica en el que el paciente esté recibiendo atención.

**3. ¿Quién puede ser testigo de instrucciones anticipadas?**

Se necesitan dos testigos. En general, cualquier adulto competente puede ser testigo, incluidos su médico u otros proveedores de atención médica (pero tenga en cuenta que algunos centros tienen políticas que no permiten que sus empleados actúen como testigos). Si nombra a un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo de sus instrucciones anticipadas. Además, **uno** de los dos testigos debe ser una persona (i) que no reciba dinero o propiedades de su patrimonio y (ii) que no sea la persona a la que designó para administrar su patrimonio tras su muerte.

**4. ¿Es necesario que los formularios estén certificados por un escribano?**

No, pero si viaja con frecuencia a otro estado, consulte con un abogado informado en la materia si ese estado exige certificación de un escribano.

**5. ¿Alguno de estos documentos trata sobre asuntos financieros?**

No. Si desea planificar cómo se pueden administrar los asuntos financieros en caso de que pierda su capacidad, consulte con su abogado.

**6. Al usar estos formularios para tomar una decisión, ¿cómo muestro las decisiones que tomé?**

Escriba sus **iniciales** junto al enunciado que diga lo que usted elige. **No** use tildes ni cruces. Si lo desea, puede tachar los enunciados que no dicen lo que usted elige.

**7. ¿Debo completar las Partes I y II del formulario de instrucciones anticipadas?**

Depende de lo que usted quiera hacer. Si lo único que desea es nombrar a un agente de atención médica, complete solo las Partes I y III y hable con la persona sobre las decisiones que deben tomar en su nombre respecto de ciertos asuntos. Si lo único que desea hacer es dar instrucciones de tratamiento, complete las Partes II y III. Si quiere hacer las dos cosas, complete las tres partes.

**8. ¿Estos formularios son válidos en otro estado?**

Esto depende de las leyes del otro estado. La mayoría de las leyes estatales reconocen las instrucciones anticipadas que se hacen en otro lugar.

**9. ¿Cómo puedo obtener formularios de para otro estado?**

Comuníquese con Caring Connections (NHPCO) al 1-800-658-8898 o en línea en: <http://www.caringinfo.org>.

**10. ¿A quién debo darle copias de mis instrucciones anticipadas?**

Proporcione copias a su médico, su agente de atención médica y agentes de respaldo, al hospital u hogar de convalecencia si se encuentra en uno, y a los familiares o amigos que deban conocer sus deseos. Considere la posibilidad de llevar una tarjeta en su billetera en la que se indique que usted tiene instrucciones anticipadas y a quien se debe contactar.

**11. ¿La ley federal sobre la privacidad de los registros médicos (HIPAA) requiere un vocabulario especial sobre mi agente de atención médica?**

No se exige un vocabulario especial, pero es prudente usarlo. Se incorpora en el formulario vocabulario sobre la HIPAA.

**12. ¿Mi agente de atención médica o mi familia pueden tomar decisiones sobre asuntos de tratamiento diferentes de las que yo escribí?**

Esto depende de la flexibilidad que usted desee. Algunas personas quieren darle a los familiares u a otros flexibilidad para aplicar el testamento vital. Otras personas quieren que se siga de manera estricta. Informe su elección en el párrafo G de la Parte II.



**13. ¿Las instrucciones anticipadas son lo mismo que un "Plan de atención del paciente", que el formulario de "Instrucciones sobre opciones actuales de tratamiento para mantener la vida", o que el formulario de Órdenes Médicas para Tratamientos para Mantener la Vida (MOLST)?**

No. Estos son formularios que se usan en centros de atención médica para documentar discusiones sobre asuntos actuales de tratamientos para mantener la vida. Estos formularios no tienen el fin de ser utilizados como las instrucciones anticipadas de ninguna persona. En cambio, son registros médicos que se usarán únicamente cuando un médico u otro profesional de atención médica presente y analice los asuntos. Un formulario MOLST contiene órdenes médicas sobre tratamientos para mantener la vida relacionadas con el estado de salud de un paciente.

**14. ¿Mi médico puede anular mi testamento vital?**

En general, no. Sin embargo, un médico no está obligado a proporcionar un tratamiento "médicamente inefectivo", aun cuando un testamento vital lo exija.

**15. Si dejo instrucciones anticipadas, ¿también necesito un formulario MOLST?**

Sí. El formulario MOLST contiene órdenes médicas que lo ayudan a asegurarse que todos los proveedores de atención médica estén al tanto de sus deseos. Si usted **no** quiere que el personal de servicios médicos de emergencia intente reanimarlo en caso de que sufra un paro cardíaco o respiratorio, debe contar con un formulario MOLST que contenga una orden de DNR firmada por su médico, personal de enfermería o un auxiliar médico. Una orden de EMS/DNR firmada aprobada por el Sistema de Servicios Médicos del Instituto de Emergencias de Maryland también es válida.

**16. ¿La orden de DNR tiene que estar en un formulario especial?**

Sí. El personal de servicios médicos de emergencia cuenta con muy poco tiempo para evaluar la situación y actuar de manera apropiada. Por lo tanto, no resulta práctico pedirles que interpreten documentos que pueden variar en forma y contenido. Para eso se desarrolló el formulario MOLST estandarizado. Haga que su médico o centro de atención médica visiten el sitio web de MOLST en <http://marylandmolst.org> o que se comuniquen con el Sistema de Servicios Médicos del Instituto de Emergencias de Maryland al (410) 706-4367 para obtener más información sobre el formulario MOLST.

**17. ¿Puedo completar un formulario para ser donante de órganos?**

Sí, use la Parte I del formulario "Tras mi muerte".

**18. ¿Qué puedo hacer si quiero donar mi cuerpo para educación o investigación médica?**

La Parte II del formulario "Tras mi muerte" es una declaración general de esos deseos. La Junta de Anatomía del Estado tiene un programa específico de donación, con un formulario de preinscripción. Llame a la Junta de Anatomía al 1-800-879-2728 para obtener ese formulario e información adicional.

**19. Si designo a un agente de atención médica y el agente de atención médica y el agente de respaldo mueren o por alguna causa no están disponibles, es posible que se consulte a un sustituto para que tome las mismas decisiones de tratamiento que hubiese tomado mi agente de atención médica. El sustituto que toma las decisiones, ¿está obligado a seguir las directivas de mis instrucciones anticipadas?**

Sí, el sustituto que toma las decisiones debe tomar las decisiones en función de sus deseos conocidos. Las instrucciones anticipadas que contengan directivas claras y que no sean ambiguas sobre sus opciones de tratamiento constituyen la mejor evidencia de sus deseos conocidos, y por lo tanto, deben ser respetadas por el sustituto.

El párrafo G de la Parte II le permite elegir una de dos opciones con respecto al grado de flexibilidad que desea otorgarle a la persona que tomará las decisiones finales de tratamiento en su nombre, ya sea si esa persona es su agente de atención médica o el sustituto que toma las decisiones. En la primera opción informará a quien tome las decisiones que sus preferencias estipuladas tienen el fin de guiar a la persona que tome las decisiones pero que puede apartarse de estas si cree que hacerlo sería lo mejor para usted. La segunda opción le exige a quien toma las decisiones que siga sus preferencias estipuladas de manera estricta, incluso si esta persona considera que ciertas alternativas pueden ser mejores.

REVISADO EN JUNIO DE 2016

SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, HABLE CON SU MÉDICO O SU ABOGADO. SI TIENE UNA PREGUNTA SOBRE LOS FORMULARIOS QUE NO ESTÁ RESPONDIDA EN ESTE FOLLETO, LLAME A LA DIVISIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS DE LA OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL AL (410) 767-6918 O ENVÍENOS UN CORREO ELECTRÓNICO A [ADFORMS@OAG.STATE.MD.US](mailto:ADFORMS@OAG.STATE.MD.US).

PUEDA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN NUESTRO SITIO WEB:

<http://www.oag.state.md.us/Healthpol/AdvanceDirectives.htm>

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN MARYLAND:  
PLANIFICACIÓN DE DECISIONES SOBRE  
SU ATENCIÓN MÉDICA EN EL FUTURO**

**Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

El uso de este formulario de instrucciones anticipadas para planificar la atención médica es completamente opcional. Otros formularios también son válidos en Maryland. Independientemente del formulario que use, hable con su familia y las personas cercanas a usted sobre sus deseos.

Este formulario cuenta con dos partes para que indique sus deseos y una tercera parte para las firmas pertinentes. La Parte I de este formulario le permite responder a esta pregunta: si usted no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones sobre su atención médica, ¿quién quiere que las tome en su nombre? La persona que usted elija es su agente de atención médica. **Asegúrese de hablar con su agente de atención médica (y los agentes de respaldo) sobre esta importante función.** La Parte II le permite escribir sus preferencias sobre los esfuerzos para extender su vida en tres situaciones: afección terminal, estado vegetativo persistente y afección en etapa final. Además de sus decisiones de planificación de la atención médica, puede elegir ser donante de órganos después de su fallecimiento si completa el formulario para eso también.

→ Puede completar las Partes I y II de este formulario o solo la Parte I, o solo la Parte II. Utilice el formulario para reflejar sus deseos, luego firme ante la presencia de dos testigos (Parte III). Si sus deseos cambian, haga nuevas instrucciones anticipadas.

Asegúrese de proporcionarles una copia del formulario completo a su agente de atención médica, su médico y a otras personas que puedan necesitarlo. Conserve una copia en su casa en un lugar al que pueda acceder alguien si la necesita. Revise lo que escribió de manera periódica.

**PARTE I: ELECCIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

**A. Elección del agente principal**

Elijo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_  
(teléfono fijo y celular)



## B. Elección de agentes de respaldo

(opcional, el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

1. Si mi agente principal no puede contactarse de manera oportuna o por cualquier motivo no se encuentra disponible o no quiere desempeñarse como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para que actúe en esta función:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

(teléfono fijo y celular)

2. Si mi agente principal y mi primer agente de respaldo no pueden contactarse de manera oportuna o por cualquier motivo no se encuentran disponibles o no quieren desempeñarse como mis agentes, entonces selecciono a la siguiente persona para que actúe en esta función:

**Nombre:**

\_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

(teléfono fijo y celular)

## C. Poderes y derechos del agente de atención médica

Quiero que mi agente tenga el poder total para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, incluido el poder de:

1. Admitir o no la realización de procedimientos y tratamientos médicos que mis médicos ofrecen, incluidos aquellos cuyo fin es mantenerme con vida, como respiradores y sondas nasogástricas;
2. Decidir quiénes deben ser mis médicos y otros proveedores de atención médica; y
3. Decidir dónde recibiré tratamiento, incluido si será en un hospital, un hogar de convalecencia, otro centro de atención médica o programa de hospicio.
4. También deseo que mi agente:
  - a. Viaje conmigo en una ambulancia si en algún momento necesito ser llevado de urgencia a un hospital; y
  - b- Pueda visitarme si estoy en un hospital o cualquier otro centro de atención médica.

*ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS NO HACEN RESPONSABLE  
A MI AGENTE DE NINGÚN COSTO DE MI ATENCIÓN.*

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones:  
(opcional, el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

---

---

---

---

---

---

---

**D. De qué manera mi agente puede decidir sobre asuntos específicos**

Confío en el criterio de mi agente. Mi agente debe buscar primero si hay algo estipulado en la Parte II de estas instrucciones anticipadas que ayude a decidir sobre ese asunto. Luego, mi agente debe considerar las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otras creencias y valores, mi personalidad y cómo actué ante asuntos médicos e importantes de otra índole en el pasado. Si lo que yo decidiría sigue sin estar claro, entonces mi agente tomará las decisiones en mi nombre según lo que mi agente considera mejor para mí. Al hacerlo, mi agente debe considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones presentadas por mis médicos.

**E. Personas a las que mi agente debe consultar**

(opcional, el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

Al tomar decisiones importantes en mi nombre, le recomiendo a mi agente consultar con las siguientes personas. Al completar esta sección, no pretendo limitar la cantidad de personas a las que mi agente puede consultar ni el poder de mi agente para tomar decisiones.

**Nombre(s)**

**Número(s) de teléfono:**

|       |       |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

**F. En caso de embarazo**

(opcional, para mujeres en edad reproductiva únicamente, el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

Estoy embarazada, mi agente debe seguir estas instrucciones específicas:

---

---

## G. Acceso a mi información de salud - Autorización de la Ley de privacidad federal (HIPAA)

1. Si, antes del momento en que la persona seleccionada como mi agente tenga el poder de actuar según lo establecido en este documento, mi médico quiere analizar con esa persona mi capacidad de tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, autorizo a mi médico a divulgar información de salud protegida relacionada con ese asunto.
2. Una vez que mi agente cuenta con el poder total para actuar según lo establecido en este documento, mi agente puede solicitar, recibir y revisar cualquier información oral o escrita con respecto a mi salud mental o física, que incluye, entre otros, registros médicos o del hospital y otra información de salud protegida y el consentimiento para divulgar esta información.
3. Para todos los fines relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal según lo establecido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Mi agente puede firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de divulgación u otros materiales relacionados con la HIPAA.

## H. Efectividad de esta Parte

(Lea los dos enunciados cuidadosamente. Luego, coloque sus iniciales solo en uno de ellos).

El poder de mi agente entra en vigencia:

1. Inmediatamente después de firmar este documento, sujeto a mi derecho de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica si lo deseo y puedo hacerlo.

 \_\_\_\_\_

>>O BIEN<<

2. Cuando yo no pueda tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (el médico tratante) decida que he perdido la capacidad temporalmente o porque mi médico tratante y un médico asesor estén de acuerdo en que he perdido la capacidad **de manera permanente**.

 \_\_\_\_\_

**Si lo único que desea es seleccionar a un agente de atención médica, saltee la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar y que sus instrucciones anticipadas queden atestiguadas. Si también quiere escribir sus preferencias de tratamiento, vaya a la Parte II. Considere además la posibilidad de ser donante de órganos, use el formulario individual para esto.**

**PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO ("TESTAMENTO VITAL")**

**A. Declaración de objetivos y valores**

(opcional: el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

Quiero decir algo sobre mis objetivos y valores, y especialmente lo que ha sido más importante para mí durante la última parte de mi vida:

---

---

---

---

**B. Preferencia en caso de afección terminal**

(Si quiere establecer su preferencia, coloque sus iniciales solamente en **una** opción. Si no quiere establecer su preferencia con respecto a esto, tache toda la sección).

**Si mis médicos certifican que mi muerte a causa de una afección terminal es inminente, incluso si se aplican procedimientos para mantener la vida:**

1. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No quiero recibir alimentos ni líquidos por sonda ni por ningún otro medio médico.

>>O BIEN<<

 \_\_\_\_\_

2. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No obstante, si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.

>>O BIEN<<

 \_\_\_\_\_

3. Intenten extender mi vida tanto tiempo como sea posible mediante todas las intervenciones disponibles que, según criterio médico razonable, podrían evitar o retrasar mi muerte. Si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.


 \_\_\_\_\_

**C. Preferencia en caso de estar en estado vegetativo persistente**

(Si quiere establecer su preferencia, coloque sus iniciales solamente en **una** opción. Si no quiere establecer su preferencia con respecto a esto, tache toda la sección).

**Si mis médicos certifican que me encuentro en estado vegetativo persistente, es decir, que no estoy consciente de mí ni de mi entorno o que no puedo interactuar con otros, y que no hay expectativas razonables de que alguna vez pueda volver a estar consciente:**

- A. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No quiero recibir alimentos ni líquidos por sonda ni por ningún otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**>>O BIEN<<**

2. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No obstante, si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**>>O BIEN<<**

3. Intenten extender mi vida tanto tiempo como sea posible mediante todas las intervenciones disponibles que, según criterio médico razonable, podrían evitar o retrasar mi muerte. Si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**D. Preferencia en caso de afección en etapa final**

(Si quiere establecer su preferencia, coloque sus iniciales solamente en **una** opción. Si no quiere establecer su preferencia con respecto a esto, tache toda la sección).

**Si mis médicos certifican que mi afección está en su etapa final, es decir que es incurable y que continuará su curso hasta que muera y que ya me ha causado pérdida de capacidad y dependencia física completa:**

1. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No quiero recibir alimentos ni líquidos por sonda ni por ningún otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**>>O BIEN<<**

2. Manténgame cómodo y permitan que se produzca la muerte natural. No quiero que se practiquen intervenciones médicas para tratar de extender mi vida. No obstante, si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**>>O BIEN<<**

3. Intenten extender mi vida tanto tiempo como sea posible mediante todas las intervenciones disponibles que, según criterio médico razonable, podrían evitar o retrasar mi muerte. Si no puedo alimentarme lo suficiente por boca, quiero recibir alimentos y líquidos por sonda u otro medio médico.

 \_\_\_\_\_

**E. Alivio del dolor**

Independientemente de mi afección, adminístrenme medicamentos o tratamientos para aliviar el dolor.

**F. En caso de embarazo**

(opcional, para mujeres en edad reproductiva únicamente, el formulario sigue siendo válido si se deja en blanco)

Si estoy embarazada, mi decisión con respecto a procedimientos que mantienen la vida debe modificarse de la siguiente manera:

---

---

---

---

**G. Vigencia de las preferencias declaradas**

(Lea los dos enunciados cuidadosamente. Luego, coloque sus iniciales solo en **uno** de ellos).

- 1. Me doy cuenta de que no puedo prever todo lo que puede suceder una vez que ya no pueda decidir por mí mismo. Mis preferencias declaradas tienen el objetivo de guiar a quien tome las decisiones en mi nombre y a mis proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles al aplicar estos enunciados si consideran que hacerlo será lo mejor para mí.

>>**O BIEN**<<

 \_\_\_\_\_

- 2. Me doy cuenta de que no puedo prever todo lo que puede suceder una vez que ya no pueda decidir por mí mismo. Aun así, quiero que la persona que tome las decisiones en mi nombre y mis proveedores de atención médica sigan mis preferencias declaradas exactamente como están escritas, incluso aunque piensen que alguna alternativa puede ser mejor.

 \_\_\_\_\_

**PARTE III: FIRMAS Y TESTIGOS**

Al firmar a continuación como Declarante, indico que soy competente tanto emocional como mentalmente para realizar estas instrucciones anticipadas y que comprendo su propósito y efecto. También entiendo que este documento reemplaza a cualquier instrucción anticipada que pueda haber realizado hasta ahora.

\_\_\_\_\_

(Firma del Declarante)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, según observaciones personales, parece ser competente tanto emocional como mentalmente para realizar estas instrucciones anticipadas.

\_\_\_\_\_

(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono:

\_\_\_\_\_

(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono:



**(Nota:** las personas designadas como agentes de atención médica en la Parte I no pueden ser testigos. Además, al menos uno de los testigos debe ser una persona que, a sabiendas, no heredará nada del Declarante ni obtendrá un beneficio económico de la muerte del Declarante. La ley de Maryland **no** exige que este documento esté certificado por un escribano).

**TRAS MI MUERTE**  
(Este documento es opcional. Complete solo lo que refleje sus deseos).

**Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

**PARTE I: DONACIÓN DE ÓRGANOS**

(Coloque sus iniciales en las opciones que elija. Tache aquellas que no elija).






Tras mi muerte, me gustaría donar:  \_\_\_\_\_  
Todos los órganos, tejidos y ojos que sean necesarios.  \_\_\_\_\_  
Solo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

---

---

---

*Autorizo el uso de mis órganos, tejidos y ojos:*

Para trasplantes  \_\_\_\_\_  
Para terapia  \_\_\_\_\_  
Para investigación  \_\_\_\_\_  
Para educación médica  \_\_\_\_\_  
Para cualquier fin autorizado por ley  \_\_\_\_\_

Comprendo que ningún órgano vital, tejido u ojo serán extraídos para trasplante antes de que me hayan declarado muerto. *Este documento no tiene como fin modificar ningún aspecto sobre mi atención médica mientras yo esté vivo.* Tras mi muerte, autorizo que se tomen todas las medidas de apoyo adecuadas para mantener la viabilidad del trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que la recuperación de los órganos, tejidos y ojos esté completa. Comprendo que no pagaré de mi patrimonio ningún costo relacionado con esta donación.

**PARTE II: DONACIÓN DE CUERPO**

Después de la donación de órganos indicada en la Parte I, deseo donar mi cuerpo para utilizarse en un programa de estudios médicos.

 \_\_\_\_\_



**PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y ORGANIZACIÓN DEL FUNERAL**

Deseo que la persona indicada a continuación tome decisiones acerca de la disposición de mi cuerpo y la organización de mi funeral: (Coloque las iniciales en la primera opción o complete la segunda opción).

El agente de atención médica que designé en mis instrucciones anticipadas.

**>>O BIEN<<**

Esta persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_  
(teléfono fijo y celular)

Si escribí mis deseos a continuación, deben respetarse. Si no lo hice, la persona que designé debe decidir en función de las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otras creencias y valores, mi personalidad y cómo actué ante la organización del funeral de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y la organización de mi funeral son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTE IV: FIRMAS Y TESTIGOS**

Al firmar más abajo, indico que soy competente tanto emocional como mentalmente para realizar esta donación y que comprendo el propósito y efecto de este documento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Donante) \_\_\_\_\_ (Fecha)

El Donante firmó o reconoció haber firmado el documento precedente en mi presencia y, según observaciones personales, parece ser competente tanto emocional como mentalmente para realizar esta donación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

## **TRAS MI MUERTE**

### **Parte II: Donación de cuerpo**

La Junta de Anatomía del Estado, una unidad del Departamento de Salud de Maryland, administra un programa de Donación de cuerpo en todo el estado. La donación de cuerpos les permite a las personas dedicar el uso de sus cuerpos tras el fallecimiento al progreso de la educación médica, la capacitación clínica y relacionada con la salud y los estudios de investigación en instituciones de estudios médicos de Maryland. La Junta de Anatomía requiere que las personas se preinscriban antes de su muerte como donantes de cuerpos en el programa estatal de Donación de cuerpos. No existen restricciones médicas ni calificaciones para ser donante de cuerpo. Al morir, la Junta asumirá la custodia y el control del cuerpo para su uso en estudios. Este constituye verdaderamente un legado para que otros tengan vidas más saludables. Para obtener información y formularios para la donación, debe comunicarse con la Junta al número gratuito 800.879.2728.

### *¿Recordó...*

- Completar la Parte I si quiere designar a un agente de atención médica?
- Nombrar a uno o dos agentes de respaldo para casos en los que su primera opción de agente de atención médica no esté disponible cuando sea necesario?
- Hablar con su agente y sus agentes de respaldo sobre sus valores y prioridades, y decidir si estas pautas son suficientes o si también quiere tomar decisiones de atención médica específicas en sus instrucciones anticipadas?
- En caso de querer tomar decisiones específicas, completar la Parte II, eligiendo cuidadosamente entre las opciones?
- Firmar y colocar la fecha en las instrucciones anticipadas en la Parte III, ante dos testigos que también deben firmar?
- Mirar el formulario “Tras mi muerte” para ver si quiere completar alguna parte de este?
- Asegurarse de que su agente de atención médica (si eligió uno), su familia y su médico conozcan su planificación anticipada de atención?
- Proporcionar una copia de sus instrucciones anticipadas a su agente de atención médica, sus familiares, su médico y su hospital u hogar de convalecencia en caso de que se encuentre en uno?







**aetna<sup>®</sup>**