



CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

Manual del afiliado del programa HealthChoice de Maryland

Estimado afiliado:

Gracias por elegir CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland (CareFirst CHPMD) como su plan de salud de la Organización de Atención Administrada (MCO) de HealthChoice.

Como parte de CareFirst CHPMD, continuará recibiendo atención de calidad a través de la red del plan y los beneficios para afiliados de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland. Seguimos brindándole apoyo para que obtenga la atención que usted merece.

Este Manual del Afiliado contiene información importante sobre sus beneficios de atención médica, como números de teléfono y servicios de proveedores, la manera de acceder a la atención médica y mucho más. Un representante de servicios para el afiliado puede explicarle este manual, responder cualquier pregunta que pueda tener o derivarlo a un intérprete para una traducción a un idioma que no sea el inglés.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en **carefirstchpmd.com**.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o de cómo obtener atención médica, llame a Servicios para el Afiliado al 410-779-9369 o al número gratuito 1-800-730-8530 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Esperamos que pueda recibir nuestra atención.

Atentamente,



Mike Rapach
CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, Director ejecutivo

Si necesita una copia de este manual en español, llámenos.

Accesibilidad lingüística

Servicios de interpretación disponibles de forma gratuita.

La ayuda está disponible en su idioma: 1-800-730-8530 (TTY: 711).

Estos servicios están disponibles de forma gratuita.

Español/Spanish

Hay ayuda disponible en su idioma: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Estos servicios están disponibles gratis.

አማርኛ/Amharic

አገዛዥ ለግንደቻ ማግኘት ይችላሉ፡-: 1-800-730-8530 (TTY: 711). ። እነዚህ አገልግሎቶች ያለከፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው።

العربية /Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم): 1-800-730-8530 (TTY: 711).

Bàsòò-wùdù-po-nyò /Bassa

Dè dè nià ke dyédé gbo: Ǿ jü ké m̄ [Bàsò ò -wùdù-po-nyò] jü ní, nii, à wuḍu kà kò dò po-poò bé in m̄ gbo kpáa. Dà 1-800-730-8530 (TTY: 711).

中文/Chinese

用您的语言为您提供帮助 :1-800-730-8530 (TTY: 711)。 这些服务都是免费的

فارسی /Farsi

خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید : (خط تماس افراد ناشنوا
این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند 1-800-730-8530 (TTY: 711).

Français/French

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : 1-800-730-8530 (TTY: 711). Ces services sont disponibles pour gratuitement.

ગુજરાતી/Gujarati

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: 1-800-730-8530 (TTY: 711). (દીટીવાય: સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

Gen èd ki disponib nan lang ou: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Sèvis sa yo disponib gratis.

Igbo

Enyemaka di na asusu gi: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Oṛu ndj a dj na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

한국어/Korean

사용하시는 언어로 지원해드립니다: 1-800-730-8530 (TTY: 711). 무료로 제공 됩니다

Português/Portuguese

A ajuda está disponível em seu idioma: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Estes serviços são oferecidos de graça.

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

اردو/Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال 1-800-730-8530 (TTY: 711) کر

Tiếng Việt/Vietnamese

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị 1-800-730-8530 (TTY: 711). Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

Yorùbá/Yoruba

Ìrànlọ́wọ̀ wà ní àrọ̀wọ̀tọ̀ ní èdè rẹ: 1-800-730-8530 (TTY: 711). Awon ise yi wa fun o free.

Servicios de interpretación y ayudas auxiliares

Los servicios de interpretación están disponibles para todos los afiliados a HealthChoice, independientemente de su lengua materna. Los servicios de interpretación también brindan asistencia a aquellas personas sordas, con problemas de audición o que tienen dificultades para hablar.

Para solicitar un intérprete, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO. Las personas sordas, con problemas de audición o que tienen dificultad para hablar pueden utilizar el Servicio de retransmisión de Maryland (711). Las MCO están obligadas a proporcionar ayuda auxiliar sin costo alguno para usted cuando la solicite. Las ayudas auxiliares incluyen dispositivos de ayuda auditiva, material escrito y equipos/dispositivos modificados.

Si necesita servicios de interpretación para una cita con un proveedor, comuníquese con el consultorio de su proveedor. Es mejor avisarles con anticipación sobre una cita para garantizar que haya tiempo suficiente para brindar el servicio de interpretación y evitar una demora en sus servicios de atención médica. En algunas situaciones, la MCO puede ayudar a facilitar servicios de interpretación para citas con proveedores. Llame a Servicios para el Afiliado de la MCO si tiene preguntas.

Table of Contents

1. Descripción general de HealthChoice	8
A. ¿Qué es Medicaid?.....	8
B. ¿Qué es HealthChoice?	8
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid.....	8
D. Inscripción en HealthChoice/MCO	9
E. Proceso de inscripción en HealthChoice	10
F. Elegibilidad/cancelación de inscripción en HealthChoice	11
G. Actualización de estado e información personal	11
2. Información importante	12
A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales	12
B. Información de contacto del Departamento de Salud local	13
3. Derechos y responsabilidades.....	15
A. Como afiliado a HealthChoice, usted tiene derecho a lo siguiente:.....	15
B. Como miembro de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de:	15
C. Declaración de no discriminación	16
D. Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad	17
4. Beneficios y Servicios	18
A. Beneficios de HealthChoice	18
B. Servicios de autoderivación	23
C. Beneficios que no ofrecen las MCO pero que ofrece el estado	25
D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO y NO por el estado	26
E. Beneficios y servicios excluidos que no están cubiertos por las MCO o el estado	26
F. Cambio de Beneficios y Ubicaciones de Servicios	27
5. Información sobre proveedores.....	28
A. ¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y una atención de especialista?	28
B. Seleccionar o cambiar proveedores.....	28
C. Cese de un Proveedor.....	28
6. Cómo acceder al cuidado	29
A. Cómo concertar o cancelar una cita	29
B. Derivación a un especialista o atención de especialista	29
C. Atención fuera de horario, atención de urgencia y atención en sala de emergencias ...	29
D. Cobertura fuera del área de servicios	30
E. Bienestar infantil: Niños sanos: servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT).....	30
F. Bienestar para adultos	32
G. Administración de Casos.....	33
H. Atención a las afiliadas durante el embarazo y un año después del parto	33
I. Planificación familiar (control de la natalidad)	33
J. Atención Dental.....	33
K. Atención de la visión	34
L. Educación para la salud y divulgación.....	34
M. Servicios de Salud Conductual.....	34
7. Servicios especiales	35
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales	35
B. Programa de administración de casos raros y costosos (REM).....	37

8. Administración del Uso 38

- A. Necesidad médica 38
- B. Autorización previa/Aprobación previa 38
- C. Aviso de continuidad de 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

9. Facturación 41

- A. Explicación de beneficios o avisos de denegación de pago 41
- B. Qué hacer si recibe una factura 41

10. Quejas, reclamos y apelaciones 42

- A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamos 42
- B. Apelaciones 42
- C. Cómo presentar una queja, un reclamo o una apelación 43
- D. El proceso de quejas y apelaciones del estado 43
- E. Resoluciones de apelación revocadas 44
- F. Hacer sugerencias para cambios en políticas y procedimientos 44

11. Cambiar su MCO 45

- A. Normas de 90 días 45
- B. Una cada 12 meses 45
- C. Cuando existe una razón aprobada para cambiar de MCO 45
- D. Cómo cambiar su MCO 45

12. Denuncia de fraudes, despilfarros y abusos 46

- A. Tipos de fraude, despilfarro y abuso 46
- B. Cómo denunciar fraudes, despilfarro y abusos 46

Anexo A—Contactos de la MCO 47

Anexo B—Aviso sobre prácticas de confidencialidad 48

- Usos y divulgaciones de información médica 48
- Otros posibles usos y divulgaciones de información protegida sobre salud 49
- Derechos individuales 51
- Recopilación de información financiera personal y usos y divulgaciones de información financiera 53
- Cambios en nuestra política de privacidad 54
- Preguntas y quejas 54
- Consentimiento y aviso sobre prácticas de confidencialidad 55
- Derecho a solicitar al plan el uso y divulgación de información protegida sobre salud 55
- Autorización para usar y divulgar mi información protegida sobre salud a las personas que he designado específicamente a continuación: 55
- Derecho a revocar este consentimiento y autorización 56

Anexo C—Servicios adicionales ofrecidos por la MCO 57

Anexo D—Programas prenatales y posparto 59

Anexo E—Programas de educación para la salud 60

Anexo F—Procedimiento interno de quejas y apelaciones de la MCO 61

Reclamos y apelaciones61

Información sobre la línea directa y los servicios para el afiliado de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland61

Procedimientos de reclamos internos de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland61

Apelaciones61

Reclamos..... 62

Anexo G— Información sobre su PCP (médico de atención primaria) y sus especialistas 65

Anexo H—Administración de casos y derivación para la administración de casos..... 66

Beneficios y ventajas del programa66

Derivación para la administración de casos.....66

Anexo I—Servicios para víctimas de violencia doméstica 67

Anexo J—Acceso al Departamento de Administración del Uso (UM)..... 68

Anexo K—Procedimiento de gestión farmacéutica. 69

Sustituto genérico.....69

Autorización previa.....69

Terapia escalonada.....69

Límites de cantidad69

Límites de edad.....70

Intercambio terapéutico70

Excepciones de medicación.....70

Anexo L— Directivas anticipadas 71

1. Descripción general de HealthChoice

A. ¿Qué es Medicaid?

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

- Familias de bajos ingresos
- Afiliadas embarazadas de bajos ingresos;
- Niños de bajos ingresos: es posible que las familias con ingresos más altos tengan que 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 brinda atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los afiliados a HealthChoice deben inscribirse en una Organización de Atención Administrada (MCO). Los afiliados pueden elegir su MCO (también conocida como plan) así como un médico de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un asistente médico o un enfermero especializado. 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 brindan beneficios de atención médica a los beneficiarios de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales de atención médica incluyen (consulte las páginas 18 a 27 para obtener una lista completa de los beneficios de HealthChoice):

- **Servicios médicos**—servicios proporcionados por una persona habilitada para brindar atención médica a pacientes internados o ambulatorios
- **Servicios hospitalarios**—servicios proporcionados por centros médicos habilitados para brindar beneficios a pacientes internados o ambulatorios
- **Servicios de farmacia**—servicios para proporcionar medicamentos recetados y suministros médicos

Las MCO contratan a un grupo de profesionales de atención médica (proveedores) habilitados o certificados para brindar servicios cubiertos a sus inscritos, lo que se denomina red. Las MCO son responsables de proporcionar u organizar la gama completa de servicios de atención médica cubiertos por el programa HealthChoice. Hay algunos beneficios que su MCO no está obligada a cubrir, pero el estado sí los cubrirá.

Los beneficios de HealthChoice están limitados a los residentes de Maryland y generalmente se limitan 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 servicios en un estado cercano si el proveedor está más cerca y está en la red de la MCO.

C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para mantener el programa HealthChoice, debe tener Medicaid. La mayoría de las personas necesita volver a solicitarlo cada año. Recibirá una notificación cuando llegue el momento de la renovación. El estado podrá renovar automáticamente a algunas personas. Recibirá un aviso indicándole lo que se requiere. Si pierde Medicaid, el estado lo eliminará automáticamente de HealthChoice. Hay varias formas de renovar Medicaid:

Maryland Health Connection

- Personas elegibles para presentar una solicitud/renovar a través de Maryland Health Connection:
 - Adultos menores de 65 años;
 - Padres/familiares cuidadores;
 - Afiliadas embarazadas; y
 - Niños y exniños en hogares de acogida.
- En línea: marylandhealthconnection.gov
- Llamar al: 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573)

myDHR

- Personas elegibles para presentar una solicitud/ renovar a través de myDHR:
 - Personas mayores, ciegas o incapacitadas (ABD);
 - Niños actualmente en acogida o en justicia de menores;
 - Recibir Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); y
 - Beneficiarios de Medicare calificados (QMB) o beneficiarios de Medicare de bajos ingresos especificados (SLMB).
- En línea: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>

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

- Todas las personas pueden presentar una solicitud
- Para conectarse con DSS llame al 800-332-6347
- Para conectarse con un LHD, consulte la página 13

D. Inscripción en HealthChoice/MCO

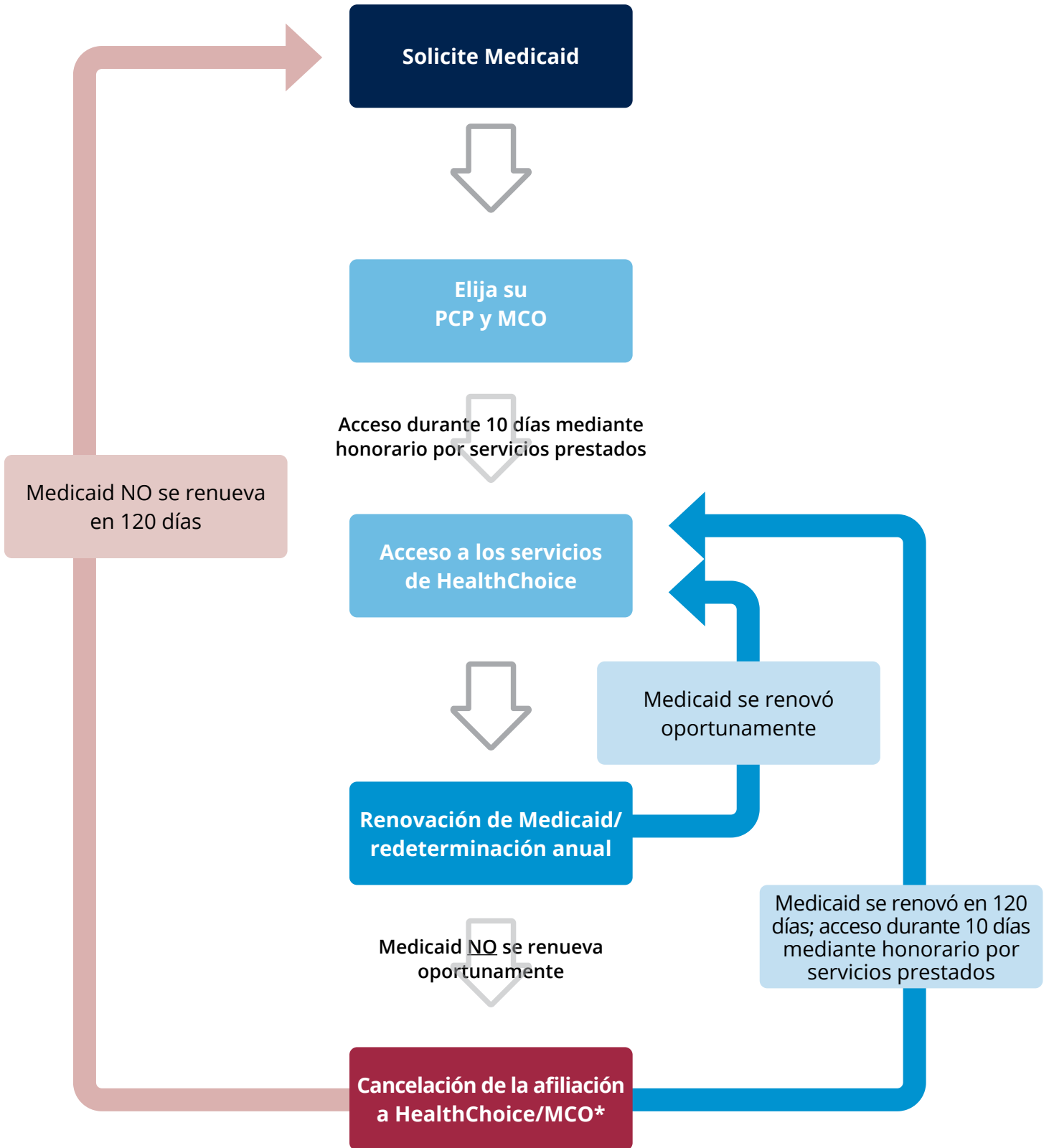
Si recibió este Manual del afiliado de MCO, se ha inscrito exitosamente en HealthChoice. El estado le envió un paquete de inscripción explicando cómo seleccionar una MCO. Si no eligió una MCO, el estado lo asignó automáticamente a una MCO de su área. Transcurren entre 10 y 15 días desde que eligió o se le asignó automáticamente hasta quedar inscrito en HealthChoice. Hasta entonces, usted podría utilizar la tarjeta roja y blanca de Medicaid del estado.

Ahora debe usar su tarjeta de identificación de MCO cuando reciba servicios. Si la MCO le asignó un número diferente, su identificación de Medicaid también será la tarjeta de identificación del afiliado de la MCO. El número de teléfono de Servicios para el Afiliado de la MCO y la línea de ayuda de Health Choice (800-284-4510) se encuentran en su tarjeta. Si tiene preguntas, siempre llame primero a Servicios para el Afiliado de la MCO. Si no recibió su tarjeta de identificación del afiliado de la MCO o la extravió, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO (consulte el Anexo A).

La comunicación es clave para garantizar que se satisfagan 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 sobre necesidades de servicios de salud. 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, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y saber cuáles son sus necesidades.

La MCO le ayudará a recibir la atención y los servicios necesarios. Si mantuvo su mismo médico de atención primaria, pero han pasado tres meses desde su última cita, llame para preguntar cuándo le corresponde una visita de bienestar. Si seleccionó un nuevo PCP, solicite una cita ahora. Es importante que usted conozca a su PCP. El PCP le ayudará a coordinar su atención y servicios. La MCO le ayudará a recibir la atención y los servicios necesarios.

E. Proceso de inscripción en HealthChoice



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

F. Elegibilidad/cancelación de inscripción en HealthChoice

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

Incluso si todavía califica para Medicaid, existen otras situaciones que harán que el estado cancele su cobertura MCO. Esto sucede cuando:

- Cumple 65 años, independientemente de si se inscribe en Medicare;
- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una incapacidad;
- Se encuentra en un centro de enfermería por más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras está en el centro de enfermería;
- Usted califica para recibir atención a largo plazo;
- Es ingresado en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales;
- Es encarcelado (un juez lo ha sentenciado a prisión o cárcel); o
- Se muda a otro estado.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid pero recupera la cobertura dentro de los 120 días, el estado lo volverá a inscribir en la misma MCO. Sin embargo, su nueva inscripción en la MCO tardará 10 días en hacerse efectiva. Hasta entonces, puede utilizar su tarjeta roja y blanca de Medicaid si su proveedor la acepta.

Asegúrese siempre de que el proveedor acepte su seguro, de lo contrario usted podría ser responsable de la factura. Además, recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas administrados por el Estado. No son como el programa federal Medicare para las personas mayores y las personas incapacitadas.

HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando son parte de la red de la MCO o su atención está organizada por la MCO. Incluso cuando una compañía de seguros nacional opera una MCO de Maryland, la MCO solo debe cubrir los servicios de emergencia cuando usted se encuentra fuera del estado.

G. Actualización de estado e información personal

Debe notificar al estado (donde solicitó Medicaid, por ejemplo Maryland Health Connection, Departamento de Servicios Sociales local o myDHR, Departamento de Salud local) de cualquier cambio en su estado o si se necesitan correcciones. También debe mantener a su MCO informada sobre dónde vive y cómo comunicarse con usted.

Notificar al Estado cuando:

- Cambie su dirección postal. Su dirección postal sea diferente a donde usted vive, también necesitamos saber el lugar donde vive.
- Se mude. Recuerde que debe ser un residente de Maryland.
- Necesita cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social
- Sus ingresos aumentan
- Se casa o se divorcia
- Tiene un bebé, adopta a un niño o entrega a un niño en adopción o en acogida temporal
- Gana o pierde un dependiente fiscal
- Gana o pierde otro seguro de salud
- Su estado de incapacidad cambie
- Esté involucrado en un accidente o sufra lesiones, y otro seguro o persona pueda ser responsable

2. Información importante

A. Información de contacto de HealthChoice y programas estatales

Información de ayuda	Número de teléfono	Sitio web
Inscripción en HealthChoice	855-642-8572 TDD (para personas con discapacidad auditiva)	https://www.marylandhealthconnection.gov/
Preguntas generales sobre HealthChoice	410-767-5800 (local) 800-492-5231 (resto del estado) TDD (para personas con discapacidad auditiva) 800 735 2258	https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx
Línea de ayuda de HealthChoice: para problemas y quejas por el acceso, el proceso de inscripción y la calidad de la atención	800-284-4510	
Afiliadas embarazadas y planificación familiar	800-456-8900	
Niños sanos, EPSDT	410-767-1903	https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx
Programa Dental Healthy Smiles	855-934-9812	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx
Programa de administración de casos raros y costosos (REM): para preguntas sobre derivaciones, elegibilidad, reclamos y servicios	800-565-8190	https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx
Trastornos de salud mental y consumo de sustancias: para derivaciones, información de proveedores, reclamos, autorización previa	800-888-1965	http://bha.health.maryland.gov/Pages/HELP.aspx
Centro de atención al consumidor de Maryland Health Connection	855-642-8572 TDD (para personas con discapacidad auditiva) 855-642-8573	www.marylandhealthconnection.gov

B. Información de contacto del Departamento de Salud local

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU)	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	http://www.alleganyhealthdept.com
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	http://www.aahealth.org
Ciudad de Baltimore	410-396-4398	410-396-7633	410-640-5000	http://health.baltimorecity.gov
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741	http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health
Calvert	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400 extensión 360	http://www.calverthealth.org
Caroline	410-479-8000	410-479-8014	410-479-8189	http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty
Carroll	410-876-2152	410-876-4813	410-876-4941	http://cchd.maryland.gov
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130	http://www.cecilcountyhealth.org
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760	http://www.charlescountyhealth.org
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-901-8167	http://www.dorchesterhealth.org
Frederick	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124	http://health.frederickcountymd.gov
Garrett	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771	http://garretthealth.org
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	http://harfordcountyhealth.com
Howard	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323	https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	http://kenthd.org/
Montgomery	311 o 240-777-0311	240-777-5899	240-777-1635	http://www.montgomerycountymd.gov/hhs
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services
Queen Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	www.qahealth.org

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU)	Sitio web
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	http://www.smchd.org/
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758	http://somersehealth.org/
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	http://talbothealth.org
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229	http://dhmh.maryland.gov/washhealth
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142 Opción n.º 1	410-543-6942	https://www.wicomicohealth.org/
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	http://www.worcesterhealth.org/

3. Derechos y responsabilidades

A. Como afiliado a HealthChoice, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención y servicios médicos que sean culturalmente competentes y libres de discriminación.
- Ser tratado con respeto a su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluida información sobre opciones y alternativas de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, de una manera que pueda entender.
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y pedir que se modifiquen o corrijan según esté permitido.
- Solicitar copias gratuitas de todos los documentos, registros y otra información que se utilizaron en una determinación adversa de beneficios.
- Ejercer sus derechos, y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la forma en que las Organizaciones de Atención Administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland lo tratan.
- Presentar apelaciones y reclamos ante una organización de atención administrada.
- Presentar apelaciones, reclamos y audiencias estatales justas ante el Estado.
- Solicitar que se continúen los beneficios actuales durante una apelación o una audiencia estatal justa; sin embargo, es posible que tenga que pagar por los beneficios continuados si la decisión se confirma en la apelación o audiencia. Recibir una segunda opinión de otro médico dentro de la misma MCO, o de un proveedor fuera de la red si el proveedor no está disponible dentro de la MCO, en caso de que usted no esté de acuerdo con la opinión de su médico sobre los servicios que necesita. Comunicarse con su MCO para obtener ayuda.

- Recibir otra información sobre cómo se administra su Organización de Atención Administrada, incluida la estructura y el funcionamiento de la MCO, así como los planes de incentivos para médicos. Puede solicitar esta información llamando a su Organización de Atención Administrada.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y las responsabilidades de los afiliados.
- Efectuar recomendaciones relacionadas con la política de los derechos y las responsabilidades de los afiliados de la organización; y

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

- Informar a su proveedor y a MCO si tiene otra cobertura de un seguro de salud.
- Tratar al personal de HealthChoice, al personal de MCO y a los proveedores y personal de atención médica con respeto y dignidad.
- Ser puntual a sus citas y notificar a los proveedores lo antes posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar la tarjeta de afiliación al momento de registrarse en cada cita. Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de Medicaid o MCO. Informar a la MCO de las tarjetas de identificación de afiliado perdidas o robadas.
- Llamar a su MCO si tiene algún problema o reclamo.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de atención que usted y su PCP acuerden.
- Hacer preguntas sobre su atención médica e informar a su proveedor si hay algo que no entiende.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con su proveedor para crear objetivos de tratamiento mutuamente acordados que usted seguirá.
- Actualizar el estado si se ha producido un cambio en su situación.
- Proporcionar a la MCO y a sus proveedores información de salud precisa para brindar la atención adecuada.

- Utilizar el servicio de urgencias solo para emergencias. Informar a su PCP lo antes posible después de recibir la atención de emergencia.
- Informar a los cuidadores sobre cualquier cambio en su Directiva Anticipada.

C. Declaración de no discriminación

- Es política de todas las MCO de HealthChoice no discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Las MCO han adoptado procedimientos internos de reclamos que prevén una resolución rápida y equitativa de las quejas que alegan cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (título 42 párrafo 18116 del U.S.C. (código de los Estados Unidos)) y sus reglamentos de implementación en el título 45 CFR (Código de Regulaciones Federales) parte 92, emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentos de implementación pueden examinarse en la oficina del coordinador de no discriminación de cada MCO que haya sido designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO a fin de cumplir con la Sección 1557.
- Toda persona que crea que alguien ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad puede presentar un reclamo según este procedimiento. Es contra la ley que una MCO tome represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente un reclamo o participe en la investigación de un reclamo.

Procedimiento:

- Los reclamos deben presentarse al Coordinador de la Sección 1557 dentro de los 60 días a partir de la fecha en que la persona que presenta el reclamo se entera de la supuesta acción discriminatoria.
- La queja debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que la presenta. La queja debe exponer el problema o la acción presuntamente discriminatoria y la solución o reparación solicitada.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su designado) investigará la queja. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva y brindará a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar pruebas relevantes a la queja. Los Coordinadores de la Sección 1557 mantendrán los archivos y registros relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible y de conformidad con la legislación aplicable, los Coordinadores de la Sección 1557 tomarán las medidas adecuadas para preservar la confidencialidad de los archivos y registros relacionados con las quejas y los compartirán únicamente con aquellas personas que tengan la necesidad de conocerlos.
- Los Coordinadores de la Sección 1557 emitirán una decisión escrita sobre el reclamo, basada en la preponderancia de la prueba, a más tardar 30 días después de su presentación, incluyendo un aviso al reclamante sobre su derecho a interponer otros recursos administrativos o judiciales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de reclamo no impide que una persona interponga otros recursos judiciales o administrativos, incluida la presentación de una queja por discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad ante un tribunal o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. Una persona puede presentar electrónicamente una queja por discriminación a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW,
Room 509F, HHH Building,
Washington, D.C. 20201. Llame sin cargo al:
800-368-1019, TDD: 800-537-7697

Podrá encontrar los formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estas quejas deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.

Las MCO harán los arreglos apropiados para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con dominio limitado del inglés reciban ayudas y servicios auxiliares o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, si es necesario para participar en este proceso de reclamación. Estos acuerdos pueden incluir, entre otras cosas, el suministro de intérpretes calificados, casetes grabados con material para personas con baja visión o la garantía de un lugar sin barreras para los procedimientos. Los coordinadores de la Sección 1557 serán responsables de dichos acuerdos.

D. Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguro de Salud (HIPAA) requiere que las MCO y los proveedores informen sobre sus prácticas de privacidad a los afiliados. El Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad informa a los afiliados sobre sus derechos a la privacidad, así como también sobre el acceso y la divulgación de su información protegida sobre salud (PHI). Los ejemplos de PHI incluyen registros médicos, reclamos/facturaciones médicas y registros de planes de salud. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante su proveedor, la MCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Para presentar una queja, consulte la información de contacto a continuación:

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

Consulte el Anexo B para ver el Aviso sobre prácticas de confidencialidad de la MCO.

4. Beneficios y Servicios

A. Beneficios de HealthChoice

La siguiente tabla enumera los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los afiliados de HealthChoice. Revise la tabla cuidadosamente ya que algunos beneficios tienen límites, es posible que tenga que tener una determinada edad o un determinado tipo de problema. A excepción de los copagos de farmacia (la tarifa que paga el afiliado por un servicio de atención médica), nunca se le debe cobrar por ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP le ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten mejor a sus necesidades de atención médica. Recibirá la mayoría de estos beneficios de los proveedores que participan en la red de la MCO (proveedor participante) o es posible que necesite una derivación para acceder a ellos. Hay algunos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no participan en su MCO (proveedor no participante) y que no requieren una derivación. Estos servicios se conocen como servicios de autoderivación.

Las MCO pueden eximir los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes de la vista más frecuentes (consulte el Anexo C). Estos se denominan beneficios opcionales y pueden cambiar de un año a otro. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO.

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios de Atención Primaria	Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para atender sus necesidades de salud generales y generalmente los proporciona su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada o un asistente médico.	Todos los afiliados	
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (EPSDT) para niños	Controles periódicos de niño sano, inmunizaciones (vacunas), evaluaciones de desarrollo y asesoramiento sobre bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo necesario para cuidar a los niños enfermos y mantener bien a los niños sanos.	Menor de 21 años	
Servicios relacionados con el embarazo	Atención médica durante y después del embarazo, incluidas estancias hospitalarias, apoyo de una comadrona y, cuando sea necesario, visitas a domicilio después del parto.	Afiliadas embarazadas y durante un año después del parto.	
Planificación Familiar	Visitas al consultorio de planificación familiar, análisis de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluye condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin receta médica) y esterilizaciones permanentes.	Todos los afiliados	

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios de Salud Mental Primaria	Los servicios de salud mental primarios son servicios de salud mental básicos proporcionados por su PCP u otro proveedor dentro de la MCO. Si necesita más que solo servicios básicos de salud mental, su PCP lo derivará o puede llamar al Sistema Público de Salud Conductual al 800-888-1965 para obtener servicios especializados de salud mental.	Todos los afiliados	Usted no recibe servicios especializados de salud mental por parte de la MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su médico de atención primaria o especialista lo derivará o usted puede llamar al Sistema Público de Salud Conductual al: 800-888-1965.
Servicios dentales	El programa odontológico Maryland Healthy Smiles cubre una amplia gama de servicios dentales que incluyen controles periódicos, limpieza dental, tratamientos con flúor, radiografías, empastes, endodoncias, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, reemplazar una identificación de afiliado o un manual, o para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame a Servicios para el Afiliado de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812.	Todos los afiliados	
Cobertura de Medicamentos con Receta (Servicios de Farmacia)	La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos con receta (medicamentos que se dispensan únicamente con receta médica de un médico autorizado), 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 conseguir condones de látex y anticonceptivos de emergencia en la farmacia sin receta médica.	Todos los afiliados No hay copagos para niños o jóvenes menores de 21 años, afiliadas embarazadas, personas en un centro de enfermería o en un hospicio, o para control de la natalidad. Es posible que los afiliados mayores de 21 años tengan que pagar un copago de hasta \$3 por medicamentos con receta.	

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios de Especialistas	Servicios de atención médica proporcionados por médicos especialmente capacitados, enfermeras de práctica avanzada o asistentes médicos. Es posible que necesite una derivación de su médico de atención primaria antes de poder consultar a un especialista.	Todos los afiliados	
Servicios de laboratorio y diagnóstico	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a descubrir la causa de una enfermedad.	Todos los afiliados	
Atención médica a domicilio	Servicios de atención médica recibidos en el hogar que incluyen atención de enfermería y asistencia médica domiciliaria	Aquellas personas que necesitan atención de enfermería especializada (atención proporcionada por o bajo la supervisión de una enfermera diplomada) en su hogar, generalmente después de estar en un hospital.	No hay servicios de cuidado personal (ayuda con la vida diaria)
Administración de Casos	Es posible que se le asigne un administrador de casos para ayudarlo a planificar y recibir servicios de atención médica. El administrador de casos también realiza un seguimiento de qué servicios se necesitan y qué se ha proporcionado. Debe comunicarse con el administrador de casos para recibir una gestión de casos eficaz.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niños con necesidades especiales de atención médica; 2. Afiliadas embarazadas y posparto; 3. Personas con VIH/SIDA; 4. Personas sin hogar; 5. Personas con discapacidades físicas o de desarrollo; 6. Niños bajo la tutela del estado 7. Administración de casos proporcionada por la MCO para otros afiliados según sea necesario 	
Cuidado de la diabetes	Servicios especiales, equipos y suministros médicos para afiliados con diabetes.	Afiliados a quienes se les ha diagnosticado diabetes.	
Programa de Prevención de Diabetes	Un programa para prevenir la diabetes entre los afiliados en riesgo.	Afiliados de 18 a 64 años que tengan sobrepeso y un nivel elevado de glucosa en sangre o antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si previamente se le ha diagnosticado diabetes o si está embarazada.

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Podología	Cuidado de los pies cuando sea médicamente necesario.	Todos los afiliados	Cuidado rutinario de los pies; a menos que tenga menos de 21 años o tenga diabetes o enfermedad vascular que afecte las extremidades inferiores
Atención de la visión	<p>Exámenes de la vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Menores de 21 años:</u> un examen cada año. ■ <u>Más de 21 años:</u> un examen cada dos años <p>Anteojos y Lentes de Contacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Solo menores de 21 años</u> ■ Lentes de contacto si existe una razón médica por la que los anteojos no funcionan 	<p>Exámenes: todos los afiliados.</p> <p>Anteojos y Lentes de Contacto: Afiliados menores de 21 años.</p>	Más de un par de anteojos por año, a menos que se pierdan, se los roben, se rompan o se necesite una nueva receta.
Equipos Respiratorios y de Oxígeno	Tratamiento para aliviar a los problemas respiratorios	Todos los afiliados	
Atención a pacientes internados	Servicios y atención recibida por ingreso programado y no programado de estancias hospitalarias (hospitalización)	Todos los afiliados con autorización o en caso de emergencia.	
Atención ambulatoria hospitalaria	Servicios y cuidados recibidos en un establecimiento hospitalario para pacientes ambulatorios que no requiere ingreso hospitalario. Los servicios incluirían servicios de diagnóstico y de laboratorio, visitas al médico y procedimientos ambulatorios autorizados.	Todos los afiliados	Las MCO no están obligadas a cubrir los servicios de observación hospitalaria más allá de las 24 horas.
Atención de emergencia	Servicios y atención recibidos en un centro hospitalario de urgencias para tratar y estabilizar una afección médica urgente.	Todos los afiliados	
Atención de Urgencia	Servicios y atención recibidos en un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una necesidad médica urgente.	Todos los afiliados	

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Servicios de hospicio	Servicios a domicilio o para pacientes internados diseñados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de personas con enfermedades terminales.	Todos los afiliados	
Centro de enfermería/hospital para pacientes crónicos	Atención de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación hasta 90 días	Todos los afiliados	
Dispositivos/Servicios de Rehabilitación	Servicios y dispositivos para pacientes ambulatorios que ayudan al afiliado a desenvolverse en la vida diaria. Los servicios incluyen: Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje	Afiliados de más de 21 años Los afiliados menores de 21 años son elegibles según EPSDT (consulte la sección 6 E)	
Dispositivos/Servicios de Habilidadación	Servicios y dispositivos que ayudan a un afiliado a desenvolverse en la vida diaria. Los servicios incluyen: Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje.	Afiliados elegibles; los beneficios pueden ser limitados	
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida auditiva	Todos los afiliados	Los afiliados mayores de 21 años deben cumplir ciertos criterios para obtener audífonos.
Sangre y Hemoderivados	Sangre utilizada durante una operación, etc.	Todos los afiliados	
Diálisis	Tratamiento para enfermedades renales.	Todos los afiliados	
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Médicos Desechables (DMS)	<p>Los DME (se puede usar repetidamente) son cosas como muletas, andadores y sillas de ruedas. Los DMS (no se pueden usar repetidamente) son equipos y suministros que no tienen uso práctico en ausencia de enfermedad, lesión, incapacidad o estado de salud. Los DMS incluyen cosas como suministros para punciones en el dedo, apósitos para heridas y suministros para la incontinencia.</p> <p>Los afiliados necesitarán una receta de su proveedor para cualquier artículo DME o DMS. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO (1-410-779-9369 o 1-800-730-8530 (TTY: 711))</p>	Todos los afiliados	

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Lo que no obtiene con este beneficio
Trasplantes	Trasplantes medicamentes necesarios.	Todos los afiliados	No se realizan trasplantes experimentales.
Ensayos clínicos	Costos de los afiliados para estudios indicados para probar la efectividad de nuevos tratamientos o medicamentos	Afiliados en situación de riesgo vital, cuando se autorice.	
Cirugía Plástica y Restaurativa	Cirugía para corregir una deformidad debida a una enfermedad, traumatismo, anomalías congénitas o del desarrollo o para restaurar funciones corporales.	Todos los afiliados.	Cirugía estética para mejorar su aspecto.

B. Servicios de autoderivación

Acudirá 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 seguirá pagando al proveedor no participante por los servicios si el proveedor acepta atenderlo y acepta el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera se denominan “servicios de autoderivación”. La MCO también pagará cualquier análisis de laboratorio y medicamento relacionado que reciba en el mismo sitio en el que usted reciba la visita de autoderivación.

Los siguientes servicios son servicios de autoderivación:

- Servicios de emergencia
- Planificación Familiar
- Embarazo, bajo ciertas condiciones y centros de maternidad
- Revisión médica del bebé recién nacido
- Centros de salud en las escuelas
- Evaluación para la colocación en hogares de acogida
- Ciertos especialistas en niños
- Evaluación diagnóstica para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal
- Pruebas de laboratorio para detectar la infección por COVID-19

Servicios de emergencia

Una emergencia se considera una afección médica repentina, grave y que pone su salud en peligro si no recibe atención inmediata. No necesita autorización previa ni una derivación de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica proporcionados en un centro de emergencia de un hospital como resul-

tado de una afección médica de emergencia. Después de recibir tratamiento o estabilización por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que no regrese la afección médica de emergencia. Estos se denominan servicios de post-estabilización.

Servicios de planificación familiar (control de la natalidad)

Si decide hacerlo, puede acudir a un proveedor que no sea parte de su MCO para obtener servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios tales como dispositivos/suministros anticonceptivos, exámenes y evaluaciones de salud reproductiva, colposcopia, pruebas exploratorias y tratamientos de ITS y visitas al consultorio médicamente necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio de autoderivación. Si necesita una esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más), necesitará una autorización previa de su PCP y deberá utilizar un proveedor participante de la red de MCO.

Servicios para embarazos

Si estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visitado a un proveedor no participante para al menos un chequeo prenatal completo, entonces puede optar por seguir viendo a ese proveedor no participante durante todo su embarazo, parto y durante un año después del nacimiento del bebé para seguimiento, siempre que el proveedor no participante acepte seguir viéndola.

El apoyo de una comadrona está disponible para visitas prenatales, asistencia al parto y al nacimiento, y visitas posparto. También tiene acceso a servicios de visitas a domicilio. Los servicios de visitas a domicilio brindan apoyo a las mujeres embarazadas durante el embarazo y el parto, así como apoyo a los padres y a los niños du-

rante el período posparto y hasta los dos o tres años de edad. Los servicios de visitas a domicilio incluyen las visitas a domicilio prenatales, las visitas a domicilio posparto y las visitas a domicilio para bebés. El apoyo grupal con CenteringPregnancy también está disponible para brindar educación y apoyo a las afiliadas que vayan a dar a luz más o menos al mismo tiempo que usted.

Centros de Maternidad

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

El primer chequeo del bebé antes de abandonar el hospital

Es mejor seleccionar el proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de MCO que usted seleccionó u otro proveedor dentro de la red de MCO no ve a su bebé recién nacido para un chequeo antes de que el bebé esté listo para irse a casa desde el hospital, la MCO pagará al proveedor de guardia para que haga el chequeo en el hospital.

Servicios de centros de salud escolares

Para los niños matriculados en escuelas que cuentan con un centro de salud, hay una serie de servicios que pueden recibir del centro de salud escolar. A su niño se le seguirá asignando un médico de atención primaria. Los servicios incluyen:

- Visitas al consultorio y tratamiento de enfermedades físicas agudas o urgentes, incluidos los medicamentos necesarios;
- Seguimiento de las visitas EPSDT cuando sea necesario; y
- Servicios de planificación familiar autoderivados

Chequeo para niños que ingresan a custodia estatal

Los niños que ingresan a hogares de acogida o de cuidado de familiares deben realizarse un chequeo dentro de los 30 días. El padre de acogida puede elegir un proveedor conveniente para autoderivarse a esta visita.

Ciertos proveedores para niños con necesidades especiales de atención médica

Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autoderivarse a proveedores fuera de la red MCO (proveedor no participante) bajo ciertas condiciones. La autoderivación de niños con necesidades especiales tiene como objetivo garantizar la continuidad de la atención y asegurar que existan planes de atención adecuados. La autoderivación para niños con

necesidades especiales de atención médica dependerá de si la afección que es la base de las necesidades especiales de atención médica del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales fuera de la red solo si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo afiliado:** Un niño que al momento de la inscripción inicial estaba recibiendo estos servicios como parte de un plan de atención actual puede continuar recibiendo estos servicios especializados siempre que el proveedor no participante preexistente presente el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de inscripción del niño. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- **Afiliado establecido:** Un niño que ya está inscrito en una MCO cuando se le diagnostica una necesidad especial de atención médica que requiere un plan de atención que incluye tipos específicos de servicios puede solicitar un proveedor no participante específico. La MCO debe conceder la solicitud a menos que tenga un proveedor especializado participante local con la misma capacitación y experiencia profesional que esté razonablemente disponible y brinde los mismos servicios.

Servicio de Evaluación Diagnóstica (DES)

Si tiene VIH/SIDA, puede recibir una visita de servicio de diagnóstico y evaluación (DES) anual. El DES consistirá en una evaluación médica y psicosocial. Debe seleccionar el proveedor de DES de una lista de sitios aprobados, pero el proveedor no tiene que participar con su MCO. La MCO es responsable de ayudarlo con este servicio. El estado y no su MCO pagará sus análisis de sangre relacionados con el VIH/SIDA.

Diálisis renal

Si tiene una enfermedad renal que requiere que le limpien la sangre periódicamente, entonces puede seleccionar su proveedor de diálisis renal. Tendrá la opción de elegir un proveedor de diálisis renal que participe con su MCO o un proveedor que no participe con su MCO. Las personas que necesitan este servicio pueden ser elegibles para el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).

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

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

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

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios dentales	Se ofrece odontología general, incluidos tratamientos regulares y de emergencia. Los servicios dentales son proporcionados por el Programa Dental Maryland Healthy Smiles administrado por SKYGEN USA. Si es elegible para el Programa de Servicios Dentales, recibirá información y una tarjeta dental de SKYGEN USA. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Programa Dental Maryland Healthy Smiles al 855-934-9812.
Terapias ocupacionales, físicas y del habla para niños y jóvenes menores de 21 años	El estado paga estos servicios si son médicamente necesarios. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la línea directa del estado al 800-492-5231.
Dispositivos de aumento del habla	Equipo que ayuda a comunicarse a las personas con discapacidad del habla.
Salud Conductual	Los trastornos por consumo de sustancias y los servicios especializados de salud mental se brindan a través del Sistema Público de Salud Conductual. Puede comunicarse llamando al 800-888-1965.
Centro de atención intermedia (ICF): servicios para personas con retraso mental (MR)	Consiste en un tratamiento en un centro de atención para personas que tienen una incapacidad intelectual y necesitan este nivel de atención.
Servicios de cuidado personal especializado	Se trata de ayuda especializada con las actividades de la vida diaria.
Servicios médicos de día	Esto es para ayudar a mejorar las habilidades de la vida diaria en un centro habilitado por el departamento de salud estatal o local, que incluye servicios médicos y sociales.
Centros de enfermería y servicios de atención a largo plazo	La MCO no cubre la atención en un hogar de ancianos, un hospital de rehabilitación crónica o un hospital crónico después de los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, no volverá a inscribirse en la MCO. Si esto sucede, deberá solicitar Medicaid según las reglas de cobertura de atención a largo plazo. Si aún cumple con los requisitos del estado después de ser dado de baja de la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días, el estado sería responsable.
VIH Y SIDA	Ciertos servicios de diagnóstico del VIH/SIDA son pagados por el estado (pruebas de carga viral, pruebas genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de resistencia al VIH/SIDA).
Servicios de aborto	Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos solo está cubierto por el estado si: <ul style="list-style-type: none"> ■ La paciente tendrá graves problemas de salud física o mental, o podría morir, si tiene el bebé; ■ La paciente está embarazada a causa de una violación o incesto y denunció el delito; o ■ El bebé tendrá problemas de salud muy graves. <p>Las afiliadas que son elegibles para HealthChoice solo debido a su embarazo no son elegibles para servicios de aborto.</p>

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios de transporte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transporte médico de emergencia: Servicios médicos durante el transporte del afiliado a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al 911. Este servicio lo proporcionan las compañías de bomberos locales. Si tiene una afección médica de emergencia, llame al 911. ■ Transporte médico no urgente: Las MCO no están obligadas a proporcionar transporte para visitas médicas no urgentes. La excepción es cuando la envían a un condado lejano para recibir un tratamiento que podría recibir en un condado más cercano. ■ Algunas MCO pueden proporcionar algunos servicios de transporte, como fichas de autobús, servicios de camioneta y taxis para citas médicas. Llame a su MCO para ver si brinda algún servicio de transporte. ■ Los departamentos de salud locales (LHD) brindan transporte médico no urgente a personas calificadas. Los transportes proporcionados son únicamente a servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través del LHD está destinado a personas que no tienen otro medio para llegar a sus citas. Si selecciona una MCO que no se ofrece dentro de su área de servicios, tanto el LHD como la MCO no están obligados a proporcionar servicios de transporte médico no urgentes. ■ Para obtener ayuda con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.

D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO y NO por el estado

A principios de cada año, las MCO deben informar al estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también se denominan beneficios opcionales. Esto significa que la MCO no está obligada a proporcionar esos servicios y el estado no los cubre. Si alguna vez hay un 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, esto no es una razón aprobada para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar entre cada MCO. El transporte a servicios opcionales puede o no ser proporcionado por la MCO. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones que ofrece su MCO, consulte el Anexo C o llame a Servicios para el Afiliado de la MCO.

E. Beneficios y servicios excluidos que no están cubiertos por las MCO o el estado

A continuación se detallan los beneficios y servicios que las MCO y el estado no están obligados a cubrir (servicios excluidos). El estado requiere que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Algunos de estos servicios, como la atención dental para adultos, pueden estar cubiertos por una MCO. Consulte el Anexo C o llame a Servicios para el Afiliado de la MCO para conocer sus beneficios y servicios adicionales.

Beneficios y Servicios NO cubiertos:

- Servicios de ortodoncia para personas mayores de 21 años o niños que no tienen un problema grave que les dificulte hablar o comer;
- Medicamentos sin receta (excepto aspirina recubierta para la artritis, insulina, pastillas de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años);
- Cuidado rutinario de los pies para adultos de 21 años o más que no tienen diabetes ni problemas vasculares;

- Zapatos y soportes especiales (ortopédicos) para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares;
- Vacunas para viajes fuera de los Estados Unidos continentales o atención médica fuera de los Estados Unidos;
- Programas de dieta y ejercicio, para ayudarle a perder peso;
- Cirugía estética para mejorar su apariencia, pero que no es necesaria por ninguna razón médica;
- Servicios de tratamiento de fertilidad, incluidos los servicios para revertir una esterilización voluntaria;
- Habitación de hospital privada para personas sin una razón médica como tener una enfermedad contagiosa;
- Enfermería privada para personas de 21 años o más;
- Autopsias;
- Cualquier cosa experimental a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado; o
- Cualquier cosa que no sea una necesidad médica.

F. Cambio de Beneficios y Ubicaciones de Servicios

Cambio de Beneficios

Puede haber ocasiones en que los beneficios y servicios de HealthChoice se denieguen, reduzcan o terminen porque no son o hayan dejado de ser médicamente necesarios. Esto se llama determinación de beneficio adverso. Si se da esta situación, recibirá una carta por correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, se le dará la oportunidad de presentar una queja.

Pérdida de beneficios

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

Cambio de ubicación de atención médica

Cuando haya un cambio en la ubicación de un proveedor de atención médica, se le notificará por escrito. Si el proveedor es un PCP y el cambio de ubicación está demasiado lejos de su hogar, puede llamar a Servicios para el Afiliado de la MCO para cambiarse a un PCP de su área.

5. Información sobre proveedores

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

Su PCP es el coordinador principal de su atención y lo ayuda a administrar sus necesidades y servicios de atención médica. Acuda a su médico de atención primaria para recibir controles de rutina, asesoramiento médico, vacunas y derivaciones a especialistas cuando sea necesario. Un PCP puede ser un médico, un enfermero especializado o un asistente médico y normalmente trabajará en el campo de la medicina general, la medicina familiar, la medicina interna o la pediatría.

Cuando necesite un servicio que no le proporciona su PCP, será derivado a un especialista. Un especialista es un médico, enfermero o asistente médico que tiene capacitación adicional para centrarse en brindar servicios en un área específica de atención. La atención que usted recibe de un especialista se llama atención de especialista. Para recibir atención de especialista, es posible que necesite una derivación de su médico de atención primaria. Existen algunos servicios de atención de especialista que no necesitan una derivación; estos se conocen como servicios de autoderivación. Para las afiliadas, si su PCP no es un especialista en salud de la mujer, usted tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer dentro de su red MCO sin una derivación.

Sus proveedores no serán penalizados por asesorarlo o defenderlo.

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 uno, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO. Si no elige un PCP, la MCO elegirá uno por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede cambiarlo en cualquier momento llamando a los servicios para el afiliado de la MCO. Le ayudarán a cambiar su PCP y le informarán cuándo puede comenzar a ver a su nuevo PCP.

Si hay otros miembros de su hogar que sean miembros de HealthChoice, también deberán elegir un PCP. Los miembros de HealthChoice de un hogar pueden elegir el mismo PCP, o cada miembro puede elegir un PCP diferente. Se recomienda que los miembros de HealthChoice, que tengan menos de 21 años de edad, seleccionen un proveedor de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT). Los proveedores de EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. En Servicios para el Afiliado de la MCO podrán decirle qué proveedores tienen la certificación EPSDT.

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

C. Cese de un Proveedor

Puede haber ocasiones en que un PCP o proveedor ya no tenga contrato ni trabaje con una MCO. Se le notificará por escrito o recibirá una llamada telefónica de la MCO.

- Si la MCO le da de baja a su PCP, se le pedirá que seleccione un nuevo PCP y es posible que tenga la oportunidad de cambiar de MCO si ese PCP participa en una MCO diferente.
- Si su PCP rescinde el contrato con su MCO, se le pedirá que seleccione un nuevo PCP dentro de su MCO.
- Si no elige un nuevo PCP, su MCO actual elegirá un PCP para usted. Después de seleccionar un PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de MCO por correo con la información actualizada del PCP.

6. Cómo acceder al cuidado

A. Cómo concertar o cancelar una cita

Para concertar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. El nombre y el número de su PCP se encontrarán en el frente de la tarjeta de identificación que le proporcionó la MCO. También puede llamar a Servicios para el Afiliado de la MCO y ellos le proporcionarán el nombre y el número de su PCP o de otro proveedor. Para garantizar que el personal del consultorio del proveedor pueda tener sus registros listos y que haya disponibilidad en el horario del proveedor, programe una cita antes de ir al consultorio del proveedor. Al concertar una cita:

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

Proporcionar esta información puede ayudar a determinar con qué rapidez necesita ser atendido.

El día de la cita, llegue a tiempo. Llegar a tiempo permite al proveedor pasar la mayor cantidad de tiempo con usted y evitar largos tiempos de espera. Para todas las citas, traiga 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 del proveedor tan pronto como sepa que no puede asistir a la cita. La cancelación de citas permite que los proveedores atiendan a otros pacientes. Reprograme la cita lo antes posible para mantenerse al día con sus necesidades de atención médica.

B. Derivación a un especialista o atención de especialista

Su PCP supervisa su atención. Si su médico de atención primaria considera que necesita atención de especialista, lo derivará a un especialista. Según su MCO, es posible que se necesite una derivación de su PCP antes de programar una cita con un especialista. Llame a Servicios para el Afiliado de la MCO para conocer sus requisitos de derivación.

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

Sepa dónde ir: Según sus necesidades de salud, es importante elegir el lugar adecuado en el momento adecuado. A continuación le presentamos una guía para ayudarle a elegir el lugar adecuado según sus necesidades de salud.

Consultorio médico

- Chequeos
- Exámenes médicos
- Si algo le preocupa
- Tos/resfriado
- Fiebre
- Dolor persistente
- Pérdida inexplicable de peso

Centro de atención de urgencia

- Enfermedad o lesión leve
- Gripe/fiebre
- Vómitos/diarrea
- Dolor de garganta, dolor de oído o infección ocular
- Esguinces/distensiones
- Posibles huesos rotos
- Lesiones deportivas

Sala de emergencias

- Inconsciencia
- Dificultad para respirar
- Lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda
- Presión o dolor en el pecho
- Hemorragia grave
- Venenos
- Quemaduras graves
- Convulsiones/crisis epilépticas
- Hueso gravemente roto
- Agresión sexual

Fuera del horario laboral

Si necesita atención en situaciones que no son de emergencia fuera del horario comercial normal, llame al consultorio de su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas de la MCO. Ambos números están en su tarjeta de identificación del afiliado de MCO. Su médico o su servicio de contestación podrán responder a sus preguntas, brindarle instrucciones y organizar cualquier servicio necesario. La línea de asesoramiento de enfermería está siempre abierta para responder sus preguntas. Le ayudará a llegar al lugar correcto para que reciba la mejor atención y no le facturen innecesariamente.

Atención de urgencia

Si tiene una enfermedad o lesión que podría convertirse en una emergencia dentro de 48 horas si no se trata, acuda a un Centro de Atención de Urgencias. Asegúrese de acudir a un centro de atención de urgencia dentro de la red. No se requiere autorización previa, pero asegúrese de participar con la MCO o es posible que se le facture. Si no está seguro si debe ir a un centro de atención de urgencia, llame a su médico de atención primaria o a la línea de asesoramiento de enfermería de la MCO las 24 horas. Ambos números están en su tarjeta MCO.

Atención en sala de emergencias

Una afección médica de urgencia es cuando una persona requiere atención médica inmediata para evitar un deterioro o disfunción grave de su salud. Si tiene una afección médica de urgencia y necesita atención en una sala de emergencias (servicios proporcionados por un centro de emergencia de un hospital), llame al 911 o vaya al departamento de urgencias del hospital más cercano. Podrá auto-derivar a cualquier departamento de urgencias, no es necesaria la autorización previa.

Si no está seguro de ir a un departamento de urgencias, llame a su médico de atención primaria o a la línea de asesoramiento de enfermería de la MCO las 24 horas. Después de recibir tratamiento por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que no regrese la afección médica de emergencia. Estos se denominan servicios de post-estabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si necesita estos servicios. Si desea información adicional sobre cómo tomar una decisión sobre esto, comuníquese con su MCO.

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

D. Cobertura fuera del área de servicios

No todas las MCO operan en todas las áreas del estado. Si necesita atención en situaciones que no sean de emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicios de las MCO, llame a su PCP o a Servicios para el Afiliado de la MCO. Ambos números están en su tarjeta MCO. Si se muda y su nueva residencia está en un condado diferente de Maryland al que su MCO no presta servicio, puede cambiar de MCO llamando a Maryland Health Connection (855-642-8572). Si decide quedarse con su MCO, es posible que deba proporcionar su propio transporte a un proveedor adherido a la red en otro condado.

HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando son parte de la red de la MCO o su atención está organizada por la MCO. Recuerde que cuando viaja fuera del estado de Maryland, la MCO solo debe cubrir los servicios de emergencia y de posestabilización.

E. Bienestar infantil: Niños sanos: servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)

Es importante que los bebés, niños y adolescentes hasta los 21 años reciban controles periódicos. El programa Healthy Kids/EPSDT ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de visión y de audición médicamente necesarios. Muchos de los servicios EPSDT estarán cubiertos por la MCO, pero servicios como odontológicos de salud conductual y terapias estarán cubiertos a través de Medicaid de pago por servicio (consulte la página 18).

Healthy Kids es el componente preventivo de niño sano del EPSDT. El estado certificará a los PCP de su hijo para garantizar que conozcan los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, estén preparados para realizar las pruebas exploratorias requeridas y tengan las vacunas necesarias para que su hijo las reciba en los momentos adecuados. Le recomendamos encarecidamente que seleccione un PCP para su hijo que cuente con la certificación EPSDT. Si elige un proveedor que no está certificado por EPSDT, la MCO se lo notificará. Puede cambiar el médico de atención primaria de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para el Afiliado de la MCO si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para cambiar el PCP de su hijo.

La siguiente tabla muestra las edades en las que los niños necesitan visitas de control. Si el médico de atención primaria de su hijo recomienda más visitas, estas también estarán cubiertas. Durante las visitas de control, el médico de atención primaria controlará la salud de su hijo y todos los aspectos de su desarrollo. También comprobarán si hay problemas mediante pruebas de detección. Algunas pruebas exploratorias para detectar problemas de salud se realizan mediante análisis de sangre, mientras que otras, mediante preguntas. Es posible que se requieran otro tipo de exámenes según la edad y el riesgo. El PCP también le ofrecerá asesoramiento y le dirá qué puede esperar. Asegúrese de cumplir con las citas para los exámenes de control del niño. No se pierda las vacunas y asegúrese de que sus hijos se sometan a análisis de sangre para detectar la presencia de plomo. El plomo en la sangre causa problemas graves, por lo que es necesario realizar pruebas a todos los niños, independientemente del riesgo. Esto se aplica incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

Edad	Examen de niño sano Evaluación del desarrollo Educación para la salud	Vacunas infantiles (Se recomienda vacunar contra la gripe todos los años a partir de los 6 meses de edad)	Prueba de plomo en sangre (*adicional en caso de riesgo)
nacimiento	X	X	
3-5 días	X		
1 mes	X		
A los 2 meses	X	X	
A los 4 meses	X	X	
A los 6 meses	X	X	
A los 9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
A los 15 meses	X	X	
18 meses (1 año y medio)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2 años y medio)	X		
36 meses (3 años)	X		
4-20 años	X (anual)	X (edades 4-6, 9-12 y 16)	

F. Bienestar para adultos

Las visitas de bienestar con su médico son importantes. Su PCP lo examinará, le proporcionará o recomendará pruebas exploratorias según su edad y necesidades, revisará su historial médico y sus medicamentos actuales. Su PCP coordinará los servicios que necesita para mantenerse saludable. Durante su visita, informe a su médico de atención primaria si algo ha cambiado desde su última visita, si tiene alguna pregunta y cómo le está yendo con su plan de atención. Cuando hable con su PCP, brinde siempre la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental para que pueda recibir la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Recomendaciones de cuidados preventivos para adultos	
y Bienestar	Frecuencia/Población
Control de presión arterial	Anual
Colesterol	Cada 5 años a partir de los 35 años para los hombres y de los 45 años para las mujeres, a partir de los 20 años si hay mayor riesgo
Diabetes	Adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad
Prueba Exploratoria de Cáncer de Colon	Entre 50 y 75 años, la frecuencia depende de la prueba utilizada: basada en heces: anualmente a cada 3 años, sigmoidoscopia flexible: cada 5 años, colonografía por TC: cada 5 años o colonoscopia, cada 10 años
Detección de enfermedades de transmisión sexual	VIH: una vez para todos los adultos independientemente del riesgo, además según el riesgo Hepatitis C (VHC): una vez para cualquier persona nacida entre 1945 y 1965, otras según el riesgo Hepatitis B: adultos con mayor riesgo Clamidia/gonorrea: anual para afiliados con órganos reproductivos internos de 16 a 24 años si son sexualmente activos, según el riesgo para los mayores de 25 años. Sífilis: adultos con mayor riesgo
Vacuna contra la gripe	Anual
Vacuna TdaP (contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular)	Una vez como adulto (si no la recibió a los 11 o 12 años), durante cada embarazo
Vacuna Td (contra el tétanos)	Cada 10 años, dosis adicionales si lo requiere el riesgo
Vacuna contra el herpes zóster	Una vez para todos los adultos mayores de 60 años
Vacuna antineumocócica (PPSV23)	Una vez para todas las personas (de 2 a 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, fumadores, alcoholismo u otros factores de riesgo (hable con su médico para determinar su riesgo)
Detección del cáncer de mama (mediante mamografía)	Cada 2 años entre 50 y 75 años, según riesgo entre 40 y 50 años
Prueba de detección de cáncer de pulmón	Anualmente, para adultos de 55 a 80 años con antecedentes de tabaquismo de 30 paquetes-año que fuman activamente o dejaron de fumar hace menos de 15 años, se realiza una prueba de detección mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
Prueba Exploratoria de Cáncer de Cuello Uterino	Cada 3 años para afiliados con órganos reproductores internos de 21 a 29 años, cada 5 años para afiliados de 30 a 65 años
Uso/abuso de sustancias: Alcohol, Tabaco, Otros	Adultos mayores de 18 años. Anualmente o con mayor frecuencia según el riesgo.

*Todas las recomendaciones se basan en el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Excluye recomendaciones para pacientes de 65 años o más, ya que no son elegibles para HealthChoice.

G. Administración de Casos

Si llega un momento en que tiene una necesidad de atención médica crónica o un episodio de atención que afecta su estado de salud, las MCO le asignarán un administrador de casos para ayudarlo a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeras o trabajadores sociales habilitados capacitados para trabajar con sus proveedores y garantizar que se satisfagan sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador de casos es importante para que le ayude a desarrollar e implementar un plan de atención centrado en la persona. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o pueden brindarle administración de casos en persona.

H. Atención a las afiliadas durante el embarazo y un año después del parto

Cuando esté embarazada o sospeche que está embarazada, es muy importante que llame a la MCO. Le ayudarán a obtener atención prenatal (atención que reciben las afiliadas durante el embarazo). La atención prenatal consiste en controles periódicos con un obstetra (médico obstetra) o una enfermera partera certificada para monitorear su salud y la salud de su bebé por nacer.

Si está embarazada, la MCO la ayudará a programar una cita para atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Si ya comenzó a recibir atención prenatal antes de inscribirse en la MCO, es posible que pueda seguir viendo al mismo proveedor de atención prenatal durante todo el embarazo, el parto y durante un año después del nacimiento del bebé.

La MCO también puede conectarlo con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarla a obtener 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 inscribirá automáticamente a su recién nacido en su MCO. Si calificó para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará un año después del parto.

Si tiene preguntas, llame a la Línea de ayuda para afiliadas embarazadas (800-456-8900) o a los Servicios para el Afiliado de la MCO. Para obtener información adicional, consulte Servicios especiales para afiliadas embarazadas (7.1.) y el Anexo D.

I. Planificación familiar (control de la natalidad)

Los servicios de planificación familiar brindan a las personas información y medios para prevenir embarazos no planificados y mantener la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin una derivación. La MCO seguirá pagando al proveedor no participante por los servicios siempre y cuando el proveedor esté de acuerdo en atenderle y aceptar el pago de la MCO. Además, a las MCO no se les permite cobrar copagos por servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Control de la natalidad;
- Pruebas de embarazo; y
- Esterilizaciones voluntarias (en red con una autorización previa).

Llame a Servicios para el Afiliado de la MCO o a la Línea de Ayuda del Estado (800-456-8900) para obtener información adicional sobre planificación familiar y servicios de autoderivación.

J. Atención Dental

Medicaid de Maryland brindará cobertura de servicios dentales a adultos bajo el Programa Dental Maryland Healthy Smiles. No hay primas, deducibles ni copagos por los servicios cubiertos. No existe un importe máximo de beneficio cada año. El afiliado nunca debe pagar de su bolsillo los servicios cubiertos. Los servicios del Programa Dental Maryland Healthy Smiles incluyen, entre otros:

- Controles periódicos
- Limpieza de dientes
- Tratamientos con flúor
- Radiografías
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Coronas
- Extracciones de dientes
- Anestesia

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

K. Atención de la visión

- Si tiene menos de 21 años, es elegible para:
 - Exámenes de la vista
 - Anteojos una vez al año; o
 - Lentes de contacto, en lugar de anteojos, si es médicamente necesario.
- Si tiene 21 años o más, es elegible para:
 - Exámenes de la vista cada dos años
 - Consulte el Anexo C a fin de conocer los beneficios para la visión adicionales para adultos que ofrece su MCO.
- Llame a Servicios para el Afiliado de la MCO si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la visión.

L. Educación para la salud y divulgación

Tiene acceso a los programas de educación sobre salud que ofrece su MCO. Los programas de educación para la salud brindan información y recursos para ayudarle a ser activo en su salud y atención médica.

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

Las MCO también brindarán servicios de extensión a los afiliados que hayan identificado que pueden tener barreras para acceder a su atención médica. El plan de extensión de las MCO está dirigido a 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 si usted ha faltado a algunas citas, es posible que lo deriven a la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU) de su departamento de salud local.

Las ACCU no son empleadas de las MCO.

El estado contrata a las ACCU para ayudarle a entender cómo funcionan los programas de Medicaid y HealthChoice. Si la ACCU del departamento de salud local se comunica con usted, le informará el motivo de la llamada. Si no puede comunicarse con usted por teléfono, es posible que vaya a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudarle a obtener y mantener el contacto con la atención y los servicios médicos adecuados.

M. Servicios de Salud Conductual

Si tiene un problema de salud mental o de consumo de sustancias, llame a su PCP o a Servicios para el Afiliado de la MCO. Su PCP puede tratarlo o derivarlo al Sistema Público de Salud Conductual. El Sistema de Salud Conductual del estado cubre una variedad de servicios de salud conductual. Puede acceder a estos servicios sin una derivación de su PCP llamando al Sistema Público de Salud Conductual (800-888-1965). Esta línea de ayuda gratuita está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal está capacitado para atender su llamada y le ayudará a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros:

- Administración de Casos;
- Servicios de crisis de emergencia/servicios de crisis móviles;
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados;
- Centros de salud mental para pacientes ambulatorios; y
- Centros de tratamiento residencial.

Si el Sistema Público de Salud Conductual determina que no necesita un especialista para manejar sus necesidades de salud conductual, se informará a su PCP (con su permiso) para que pueda recibir cualquier atención de seguimiento necesaria.

7. Servicios especiales

A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

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

- Afiliadas embarazadas o que hayan dado a luz recientemente;
- Niños con necesidades especiales de atención médica;
- Niños bajo el cuidado supervisado por el estado;
- Adultos o niños con incapacidad física o incapacidad del desarrollo;
- Adultos y niños con VIH/SIDA; y
- Adultos y niños sin hogar.

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

Servicios que recibe cada población con necesidades especiales:

Si usted o un familiar pertenece a una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, usted es elegible para recibir los siguientes servicios. Necesitará trabajar y comunicarse con la MCO para poder ayudarle a obtener la cantidad correcta y el tipo correcto de atención:

- **Un administrador de casos**—Un administrador de casos será un enfermero, un trabajador social u otro profesional que puede ser asignado a su caso poco después de que se una a una MCO. Esta persona le 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 deberá realizar lo siguiente:
 - Ayudar a desarrollar el plan de atención;
 - Asegurarse de que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o cuando sea necesario;
 - Realizar un seguimiento de los servicios de atención médica; y
 - Ayudar a quienes le brindan tratamiento a trabajar juntos.

- **Especialistas**—Tener necesidades especiales requiere que consulte a proveedores con mayor experiencia en su enfermedad. Su médico de atención primaria y su administrador de casos trabajarán juntos para asegurarse de enviarlo a los especialistas adecuados. Esto incluirá especialistas en suministros y equipos que pueda necesitar.
- **Seguimiento en caso de faltas a las citas**—Si su PCP o especialista descubre que usted sigue faltando a las citas, nos lo informará y alguien intentará comunicarse con usted por correo, por teléfono o mediante una visita a su domicilio para recordarle que llame para solicitar otra cita. Si aún así sigue faltando a sus citas, es posible que lo visite alguien del departamento de salud local cerca de donde vive.
- **Coordinador de necesidades especiales**—Las MCO deben tener un coordinador de necesidades especiales en su personal. El Coordinador de Necesidades Especiales le informará sobre su afección y le sugerirá lugares en su área donde puede obtener apoyo de personas que conocen sus necesidades.

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

Afiliadas embarazadas o que hayan dado a luz recientemente;

- **Citas**—La MCO le ayudará a programar una cita para atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.
- **Evaluación de riesgo prenatal**—Las afiliadas 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 la MCO. La MCO ofrecerá una variedad de servicios para ayudarle a cuidarse y garantizar que su bebé nazca sano. El departamento de salud local también puede comunicarse con usted y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Tendrán información sobre los recursos locales.

- **Enlace a un proveedor pediátrico**—La MCO la ayudará a elegir un proveedor de atención pediátrica. Puede ser un pediatra, un médico de familia o un enfermero especializado.
- **Duración de permanencia en el hospital**—La duración de permanencia en el hospital después del parto es de 48 horas para un parto natural sin complicaciones o de 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones. Si opta por recibir el alta antes, se le ofrecerá una visita a su domicilio dentro de las 24 horas posteriores al alta. Si debe permanecer en el hospital después del parto por razones médicas, puede solicitar que su recién nacido permanezca en el hospital mientras usted esté internada; se cubre una hospitalización adicional de hasta cuatro (4) días para su recién nacido.
- **Seguimiento**—La MCO programará una visita de seguimiento para el recién nacido dos semanas después del alta si no hubo una visita a domicilio o dentro de los 30 días posteriores al alta si hubo una visita a domicilio.
- **Salud bucal**—Una buena salud bucal es importante para un embarazo saludable. Todos los beneficiarios de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales a través del Programa Dental Maryland Healthy Smiles del estado. Llame a Healthy Smiles (855-934-9812) si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.
- **Servicios para trastornos por consumo de sustancias**—Si solicita tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias, será remitido al Sistema Público de Salud Conductual dentro de las 24 horas de la solicitud.
- **Pruebas y asesoramiento sobre el VIH**—A las afiliadas embarazadas se les ofrecerá una prueba de VIH y recibirán información sobre la infección por VIH y sus consecuencias en el feto.
- **Asesoramiento nutricional**—A las afiliadas embarazadas se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a comer de manera saludable.
- **Asesoramiento sobre tabaquismo**—Las afiliadas embarazadas recibirán información y apoyo sobre formas de dejar de fumar.
- **Citas de detección EPSDT**—Las adolescentes embarazadas (hasta los 21 años) deben recibir todos los servicios de detección EPSDT además de la atención prenatal.

Consulte el Anexo D para conocer los servicios adicionales que ofrece la MCO a sus afiliadas embarazadas.

Niños con necesidades especiales de atención médica

- **Trabajar con las escuelas**—La MCO trabajará en estrecha colaboración con las escuelas que brindan programas de educación y servicios familiares a niños con necesidades especiales.
- **Acceso a ciertos proveedores no participantes**—Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autoderivarse a proveedores fuera de la red de la MCO bajo ciertas condiciones. La autoderivación de niños con necesidades especiales tiene como objetivo garantizar la continuidad de la atención y asegurar que existan planes de atención adecuados. La autoderivación para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá de si la afección que es la base de las necesidades especiales de atención médica del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales fuera de la red si se cumplen condiciones específicas.

Niños bajo tutela estatal

- **Cuidado supervisado por el estado, cuidado de crianza y cuidado de parientes:** La MCO se asegurará de que los niños en cuidado supervisado por el estado (cuidado de crianza o cuidado de parientes) obtengan los servicios que necesitan de los proveedores al tener una persona en la MCO responsable de organizar todos los servicios. Si un niño bajo cuidado supervisado por el estado se muda fuera del área y necesita otra MCO, el estado y la MCO actual trabajarán juntos para encontrar rápidamente nuevos proveedores para el niño cerca del lugar donde se mudó o, si es necesario, el niño puede cambiarse a otra MCO.
- **Evaluación de abuso o negligencia:** Todo niño que cree que ha sido abusado física, mental o sexualmente será derivado a un especialista que pueda determinar si se ha producido un 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 conservar pruebas importantes.

Adultos y niños con discapacidades físicas y de desarrollo

- **Materiales preparados de manera que usted pueda comprenderlos:** La MCO tiene materiales revisados por personas con experiencia en las necesidades de las personas con discapacidades. Esto significa que la información se presentará utilizando los métodos adecuados para que las personas con discapacidad puedan entenderla, ya sea por escrito o mediante traducción de voz.
- **Servicios de la DDA:** Los miembros que actualmente reciben servicios a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) o bajo la exención de la DDA pueden seguir recibiendo esos servicios.
- **Equipo médico y tecnología de asistencia:** Los proveedores de MCO tienen la experiencia y la capacitación para brindar equipos médicos y servicios de tecnología de asistencia tanto a adultos como a niños.
- **Administración de casos:** Los administradores de casos tienen experiencia en trabajar con personas con discapacidades.

Adultos y niños con VIH/SIDA

- **Administración de casos de VIH/SIDA:** La MCO cuenta con administradores de casos especiales capacitados para tratar cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y vincular a las personas con los servicios que necesitan.
- **Visitas de evaluación del Servicio de Diagnóstico y Evaluación (DES) una vez al año:** Una visita anual del servicio de diagnóstico y evaluación (DES) para cualquier miembro diagnosticado con VIH/SIDA, que la MCO es responsable de facilitar en nombre del afiliado.
- **Servicios para trastornos por consumo de sustancias:** Las personas con VIH/SIDA que necesitan tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias serán derivadas al Sistema Público de Salud Conductual dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.

Adultos y niños sin hogar

La MCO intentará identificar a las personas sin hogar y conectarlas con un administrador de casos y servicios de atención médica adecuados. Puede ser difícil para las MCO identificar cuándo los afiliados se quedan sin hogar. Si se encuentra en esta situación, comuníquese con los servicios para el afiliado de la MCO.

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

El Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM por sus siglas en inglés) es un programa proporcionado por el estado para niños y adultos que tienen problemas médicos muy costosos y muy inusuales. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid además de otros servicios especializados necesarios para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y su MCO tendrán una lista de los diagnósticos de REM y le informarán si usted o alguno de sus hijos debería considerar ingresar al Programa REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene uno de los diagnósticos que pueden calificarlo para el Programa REM.

Su PCP o MCO le informará si usted o alguno de sus hijos debería considerar ingresar al Programa REM. Se le informará por teléfono, por correo o mediante la visita de un administrador de casos de REM. Si no desea trasladarse al programa REM, puede permanecer en la MCO. Una vez que un afiliado forme parte del programa REM, ya no estará inscrito en una MCO. Este cambio se producirá automáticamente.

Una vez que esté inscrito en el programa REM, se le asignará un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted para realizar la transición de su atención desde la MCO. Le ayudarán a seleccionar el proveedor adecuado. Si es posible, le ayudarán a concertar una cita con el mismo médico de atención primaria y los mismos especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y estaba recibiendo atención médica en una clínica especializada u otro entorno antes de ingresar al REM, puede optar por seguir recibiendo esos servicios. Llame al Programa REM (800-565-8190) si tiene otras preguntas.

8. Administración del Uso

A. Necesidad médica

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

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

- Estar directamente relacionado con el tratamiento diagnóstico, preventivo, curativo, paliativo, rehabilitador o paliativo de una enfermedad, lesión, discapacidad o de un estado de salud;
- Estar de conformidad con las normas vigentes de buena práctica médica
- El servicio más rentable que se puede proporcionar sin sacrificar la eficacia ni el acceso a la atención; y
- No principalmente para la conveniencia del afiliado, de la familia del afiliado o del proveedor.

B. Autorización previa/Aprobación previa

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

Si se aprueba la autorización previa, entonces usted podrá recibir el servicio o medicamento. Se le notificará por escrito la decisión dentro de los 14 días calendario, o 28 días calendario si hubo una solicitud de prórroga.

Si se niega o reduce la autorización previa en cantidad, duración o alcance, entonces ese servicio o medicamento no estará cubierto por la MCO. Se le notificará por escrito de la decisión dentro de los 14 días calendario, o 28 días calendario, si hubo una solicitud de prórroga. Se le dará el derecho de presentar una apelación por la denegación de una autorización previa (consulte la sección 10 Quejas, reclamos y apelaciones).

Puede haber ocasiones en que se requiera una autorización acelerada para evitar complicaciones de salud potencialmente graves. En estas situaciones, la MCO debe tomar su decisión dentro de las 72 horas. Si se solicita una extensión para una autorización acelerada, la MCO tiene hasta 14 días calendario para tomar su decisión.

Consulte el Anexo F para conocer la política actual de la MCO.

C. Aviso de continuidad de atención

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

- Nuevo en HealthChoice;
- Cambio desde otra MCO; o
- Cambio de un plan de beneficios de salud de otra empresa.

Si su antigua compañía le dio una autorización previa para realizarse una cirugía o recibir otros servicios, es posible que no necesite recibir una nueva aprobación de su MCO actual para proceder con la cirugía o continuar recibiendo los mismos servicios. Además, si está viendo a un médico u otro proveedor de atención médica que es un proveedor participante de su antigua compañía o MCO, y ese proveedor es un proveedor no participante de su nuevo plan, puede continuar viendo a su proveedor durante un período de tiempo limitado como si el proveedor fuera un proveedor participante con nosotros.

Las reglas sobre cómo usted puede calificar para estos derechos especiales se describen más adelante.

Autorización previa para servicios de atención médica

- Si anteriormente estaba cubierto por el plan de otra compañía, se puede utilizar una autorización previa para los servicios que recibió bajo su plan anterior para satisfacer un requisito de autorización previa para esos servicios si están cubiertos por su nuevo plan con nosotros.

- Para poder utilizar la antigua autorización previa bajo este nuevo plan, deberá comunicarse con los servicios para el afiliado de su MCO actual para informarles que tiene una autorización previa para los servicios y proporcionarnos una copia de la misma. Su padre, tutor, persona designada o proveedor de atención médica también puede comunicarse con nosotros en su nombre sobre la autorización previa.
- Existe un límite de tiempo durante el cual puede confiar en esta autorización previa. Para todas las afecciones que no sean el embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se complete el tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días se mide a partir de la fecha en que comienza su cobertura según el nuevo plan. En el caso del embarazo, el límite de tiempo dura todo el embarazo y la primera visita al médico después del nacimiento del bebé.
- Limitación del uso de la autorización previa: Su derecho especial a utilizar una autorización previa no se aplica a:
 - Servicios Dentales
 - Servicios de salud mental
 - Servicios para trastornos por consumo de sustancias
 - Beneficios o servicios proporcionados a través del programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland
- Si no tiene una copia de la autorización previa, comuníquese con su antigua empresa y solicite una copia. Según la ley de Maryland, su antigua empresa debe proporcionar una copia de la autorización previa dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.

Derecho a utilizar proveedores no participantes

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

- Este derecho se aplica únicamente si usted está recibiendo tratamiento por parte del proveedor no participante para servicios cubiertos para uno o más de los siguientes tipos de afecciones:
 1. Enfermedades agudas;
 2. Enfermedades crónicas graves;
 3. Embarazo; o
 4. Cualquier otra afección que acordemos nosotros y el proveedor fuera de la red.
- Los ejemplos de las afecciones mencionadas anteriormente incluyen fracturas óseas, reemplazos de articulaciones, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.
- Existe un límite de tiempo durante el cual puede continuar consultando a un proveedor fuera de la red. Para todas las afecciones que no sean el embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se complete el tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días se mide a partir de la fecha en que comienza su cobertura según el nuevo plan. En el caso del embarazo, el límite de tiempo dura todo el embarazo y la primera visita al médico después del nacimiento del bebé.

Ejemplo de cómo funciona el derecho a utilizar proveedores no participantes

Se rompió el brazo mientras estaba cubierto por el plan de salud de la Compañía A y acudió a un proveedor de la red de la Compañía A para que le operara el brazo. Cambió de plan de salud y ahora está cubierto por el plan de la Compañía B. Su proveedor es un proveedor no participante en la Compañía B. Ahora necesita que le quiten el yeso y desea ver al proveedor original que le colocó el yeso.

En este ejemplo, usted o su representante deben comunicarse con la Compañía B para que esta compañía pueda pagar su reclamación como si aún estuviera recibiendo atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta la tarifa de pago de la Compañía B, el proveedor puede decidir no prestarle servicios.

- Limitación en el uso de proveedores no participantes: Su derecho especial a utilizar un proveedor no participante no se aplica a:
 - Servicios Dentales
 - Servicios de salud mental
 - Servicios para trastornos por consumo de sustancias; o
 - Beneficios o servicios proporcionados a través del programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland.

Derechos de apelación

- Si su MCO actual le niega su derecho a utilizar una autorización previa de su antigua compañía o su derecho a continuar viendo a un proveedor que era un proveedor participante de su antigua compañía, puede apelar esta denegación comunicándose con los Servicios para el Afiliado de la MCO.
- Si su MCO actual rechaza su apelación, puede presentar una queja ante el Programa Medicaid de Maryland llamando a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.
- Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO o a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

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

Debe notificar a la MCO si recibió atención médica después de sufrir un accidente o lesión. El estado exige que las MCO soliciten el pago a otras compañías de seguros. Si tiene otro seguro médico, asegúrese de informar a la MCO y a su proveedor. Necesitará el nombre de la otra póliza de seguro, el nombre del titular de la póliza y el número de afiliación. El estado realiza una verificación de las compañías de seguros para identificar a las personas que tienen Medicaid/HealthChoice y otros seguros.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro de salud complementario. Su otro seguro de salud siempre será su seguro principal, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar primero a su otro seguro. Es probable que su seguro principal haya pagado más que el monto permitido por la MCO y, por lo tanto, el proveedor no puede cobrarle dinero adicional a usted ni a la MCO. Hable con los servicios para el afiliado de la MCO para comprender mejor sus opciones. Dado que otras compañías de seguros probablemente tendrán copagos y deducibles, en la mayoría de los casos las MCO requerirán que utilice proveedores participantes.

E. Servicios fuera de la red

Puede haber ocasiones en las que necesite un servicio cubierto que la red de MCO no pueda proporcionarle. Si ocurre esta situación, es posible que pueda recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de la MCO (un proveedor no participante). Necesitará autorización previa de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si se le niega su autorización previa, tendrá derecho a presentar una apelación.

F. Lista de Medicamentos Preferidos

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista utilizará la lista de medicamentos preferidos de las MCO (también llamada formulario) para recetarle medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos que usted y su proveedor pueden elegir, que son seguros, eficaces y económicos. Si desea saber qué medicamentos están en la lista de medicamentos preferidos de las MCO, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO o ingrese en línea y acceda a su sitio web. Hay algunos medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, así como también cualquier medicamento que no esté en la lista, que requerirá autorización previa antes de que la MCO lo cubra. Si la MCO rechaza la autorización previa para el medicamento, entonces tendrá derecho a presentar una apelación.

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

G. Nueva tecnología y telesalud

A medida que surgen nuevas y avanzadas tecnologías de atención médica, las MCO cuentan con procesos establecidos para revisar y determinar si estas innovaciones estarán cubiertas. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de nuevas tecnologías médicas, tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer la política y el procedimiento de una MCO sobre la revisión de nueva tecnología para la atención médica, comuníquese con los servicios para el afiliado de la MCO.

Las MCO deben proporcionar servicios de telesalud según sea médicamente necesario. Los servicios de telesalud utilizan tecnología de video y audio para mejorar el acceso a la atención médica. Proporcionar servicios de telesalud puede mejorar:

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

9. Facturación

A. Explicación de beneficios o avisos de denegación de pago

De vez en cuando, es posible que reciba un aviso de la MCO indicando que la reclamación de su proveedor ha sido pagada o rechazada.

Los avisos de Explicación de Beneficios (EOB) o de Denegación de Pago no son una factura. Los avisos pueden enumerar el tipo de servicio, la fecha del servicio, el monto facturado y el monto pagado por la MCO en su nombre. El propósito del aviso es resumir qué cargos del proveedor son un servicio o beneficio cubierto. Si cree que hay un error, como encontrar un servicio que nunca recibió, comuníquese con los servicios para el afiliado de la MCO.

Si recibe una copia de un aviso informando que su proveedor no recibió el pago, usted no es responsable del pago. Su proveedor no debería cobrarle. Si tiene preguntas, llame a los servicios para el afiliado de la MCO.

B. Qué hacer si recibe una factura

- No pague por un servicio que no es su responsabilidad ya que podría no recibir un reembolso. Sólo los proveedores pueden recibir los pagos de Medicaid o de las MCO. Si recibe una factura médica por un beneficio cubierto:
 - Primero: comuníquese con el proveedor que le envió la factura.
 - Si le dicen que no tenía cobertura en la fecha en que recibió atención o que la MCO no pagó, llame a Servicios para el Afiliado de la MCO.
 - La MCO determinará si hubo un error o qué se debe hacer para resolver el problema.
 - Si la MCO no resuelve el problema, comuníquese con la línea de ayuda de HealthChoice al (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) le indicará dónde enviar la factura).
- Con pocas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no pueden facturar a los afiliados. Los copagos pequeños de farmacia y los copagos por servicios opcionales, como atención dental y anteojos para adultos, son ejemplos de servicios por los que se le podría facturar.

10. Quejas, reclamos y apelaciones

A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamos

Determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios es cuando una MCO lleva a cabo alguna de las siguientes acciones:

- Niega o limita un servicio solicitado en función del tipo o nivel de servicio, la necesidad médica, la idoneidad, el entorno o la eficacia;
- Reduce, suspende o termina un servicio previamente autorizado;
- Deniega el pago parcial o total de un servicio (la denegación, total o parcial, del pago de un servicio porque la reclamación no está «limpia» no es una determinación adversa de beneficios).
- No toma una decisión de autorización o no proporciona servicios de manera oportuna;
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna;
- No permite que los afiliados que viven en un área rural con una sola MCO obtengan servicios fuera de la red; o
- Deniega la solicitud de un afiliado de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, copagos, coseguros y otras responsabilidades financieras del afiliado.

Una vez que una MCO realiza una determinación adversa de beneficios, se le notificará por escrito al menos 10 días antes de que la determinación adversa de beneficios entre en vigencia. Se le dará el derecho a presentar una apelación y podrá solicitar una copia gratuita de toda la información que la MCO utilizó para tomar su determinación.

Quejas

Si no está de acuerdo con la MCO o el proveedor acerca de una determinación adversa de beneficios, esto se denomina queja. Algunos ejemplos de quejas incluyen la reducción o suspensión de un servicio que está recibiendo, la denegación de un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos o la denegación de una autorización previa para un procedimiento.

Reclamos

Si su queja es sobre algo que no sea una determinación adversa de beneficios, esto se llama reclamo. Algunos ejemplos de reclamos incluyen la calidad de la atención, no poder ejercer sus derechos, no poder encontrar un médico, problemas para conseguir una cita o no recibir un trato justo por parte de alguien que trabaja en la MCO o en el consultorio de su médico. Consulte el Anexo F para conocer el procedimiento de quejas internas de las MCO.

B. Apelaciones

Si su queja es sobre un servicio que usted o un proveedor considera que necesita pero que la MCO no cubre, puede pedirle a la MCO que revise su solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se llama apelación.

Si desea presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta que dice que la MCO no cubriría el servicio que deseaba.

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

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a la MCO sobre cualquier información nueva que tenga que los ayude a tomar una decisión. La MCO le enviará una carta para informarle que recibieron su apelación dentro de los cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que crea que ayudará a la MCO a tomar una decisión.

Al revisar su apelación, los revisores de la MCO:

- Serán diferentes de los profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- No serán subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Tendrán los conocimientos y la experiencia clínica adecuados para realizar la revisión;

- Revisarán toda la información presentada por el afiliado o representante independientemente de si dicha información fue presentada para la decisión anterior; y
- Decidirán su apelación dentro de 30 días calendario.

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

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

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

Si su apelación es sobre un servicio que ya fue autorizado, el período no ha expirado y usted ya lo estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Necesitará comunicarse con los servicios para el afiliado de la MCO y solicitar seguir recibiendo los servicios mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con los servicios para el afiliado dentro de los 10 días posteriores a que la MCO envíe el aviso de determinación o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la determinación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez completada la revisión, recibirá una carta informándole de la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le indicará cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.

Si presenta un reclamo y es sobre lo siguiente:

- Sobre un problema médico urgente que usted tenga, será resuelto en 24 horas.
- Sobre un problema médico no urgente, se solucionará en 5 días.
- No es sobre un problema médico, se solucionará en 30 días.

Consulte el Anexo F para conocer la política actual de la MCO.

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

Para presentar una queja o reclamo, puede comunicarse con los Servicios para el Afiliado de la MCO. Si necesita ayuda auxiliar o servicios de interpretación, hágase saber al representante de servicios para el afiliado (los afiliados con problemas de audición pueden utilizar el Servicio de retransmisión de Maryland, 711). Los representantes de atención al cliente de las MCO pueden ayudarlo a presentar una queja, reclamo o apelación.

Puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito. Puede apelar verbalmente llamando a la línea de Servicios para el Afiliado de la MCO. Para presentar la apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario simple que puede completar, firmar y enviar por correo. La MCO también puede ayudarlo a completar el formulario si necesita ayuda. También se le dará la oportunidad de brindarle a la MCO su testimonio y argumentos fácticos antes de la resolución de la apelación.

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

D. El proceso de quejas y apelaciones del estado

Cómo obtener ayuda de la línea de ayuda de HealthChoice

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

- Responderá sus preguntas
- Trabaja con la MCO para resolver su problema; o
- Enviará su queja a una enfermera de la Unidad de Resolución de Quejas que podrá:
 - Solicitar a la MCO que le proporcione información sobre su caso dentro de cinco días;
 - Trabajar con su proveedor y MCO para ayudarlo a obtener lo que necesita;
 - Ayudarlo a obtener más servicios comunitarios, si es necesario; o
 - Brindar orientación sobre el proceso de apelación de las MCO y cuándo puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Solicitar al Estado que revise la decisión de la MCO

Si apeló la decisión inicial de las MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el estado revise su decisión.

Puede comunicarse con la línea de ayuda de HealthChoice al (800-284-4510) y decirle al representante que desea una revisión de la decisión de las MCO. Su solicitud será enviada a una enfermera de la Unidad de Resolución de Quejas. La Unidad de Resolución de Quejas intentará resolver su problema con nosotros en 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, nos comunicaremos con usted y le brindaremos más opciones.

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

- Si el estado considera que la MCO debe proporcionar el servicio solicitado, puede ordenarle que le brinde el servicio; o
- Si el estado considera que la MCO no tiene por qué prestarle el servicio, se le dirá que el estado está de acuerdo con la MCO.
- Si no está de acuerdo con la decisión del estado, se le dará nuevamente la oportunidad de solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.

Audiencias justas

Para apelar la decisión de la MCO, debe solicitar que el estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial debe presentarse a más tardar 120 días a partir de la fecha de la notificación de resolución de apelación de la MCO. La Oficina de Audiencias Administrativas fijará una fecha para la audiencia según el tipo de decisión que se apele.

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

Continuación de los servicios durante la Audiencia Imparcial

Hay ocasiones en las que usted podrá seguir recibiendo un servicio mientras el estado revisa su audiencia imparcial. Esto puede suceder si su audiencia imparcial es sobre un servicio que ya fue autorizado, el período de tiempo para la autorización no ha expirado y usted ya estaba recibiendo el servicio. Llame a la línea de ayuda de HealthChoice (800-284-4510) para obtener más información. Si no gana su audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

E. Resoluciones de apelación revocadas

Si el estado revierte una denegación, terminación, reducción o demora en los servicios que no se proporcionaron durante el proceso de apelación, la MCO tendrá que proporcionar los servicios a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que reciba la notificación de apelación inversa.

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

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

F. Hacer sugerencias para cambios en políticas y procedimientos

Si tiene una idea sobre formas de mejorar un proceso o desea llevar un tema a la atención de las MCO, llame a Servicios para el Afiliado de las MCO. Las MCO están interesadas tanto en escuchar su opinión como en encontrar formas de mejorar su experiencia al recibir atención médica.

Cada MCO debe tener una junta asesora de consumidores. La función de la junta asesora de consumidores es proporcionar información a los miembros de la MCO. La junta asesora de consumidores está formada por afiliados, familiares de los afiliados, tutores, cuidadores y representantes de los afiliados que se reúnen periódicamente durante todo el año. Si desea obtener más información sobre la junta asesora de consumidores, llame a Servicios para el Afiliado de las MCO.

Es posible que nos comuniquemos con usted acerca de los servicios que recibe de la MCO. Si se comunica con usted, proporcione información precisa, ya que esto ayuda a determinar el acceso y la calidad de la atención brindada a los afiliados de HealthChoice.

11. Cambiar su MCO

A. Normas de 90 días

- La primera vez que se inscriba en el Programa HealthChoice, tendrá la oportunidad de solicitar un cambio de MCO. Debe realizar esta solicitud dentro de los primeros 90 días. Puede realizar este cambio una sola vez incluso si originalmente seleccionó la MCO
- Si está fuera de la MCO por más de 120 días y el estado lo asignó automáticamente a la MCO, puede solicitar un cambio de MCO. Debe realizar esta solicitud dentro de los 90 días.

B. Una cada 12 meses

Puede cambiar su MCO si ha estado con la misma MCO durante 12 meses o más.

C. Cuando existe una razón aprobada para cambiar de MCO

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

- Si se muda a otro condado donde su MCO actual no ofrece atención;
- Si usted se queda sin hogar y descubre que hay otra MCO más cerca de donde vive o tiene refugio, lo que le facilitaría llegar a las citas;
- Si usted o algún miembro de su familia tiene un médico en una MCO diferente y el miembro adulto desea mantener a todos los familiares juntos en la misma MCO. (Esto no aplica a recién nacidos, los recién nacidos deben permanecer en la MCO en la que se encontraba la madre en el momento del parto durante los primeros 90 días).

- Si tiene un niño de acogida ubicado en su hogar y usted o sus familiares reciben atención de un médico en una MCO diferente a la del niño de acogida, el niño de acogida colocado puede cambiarse a la MCO de la familia de acogida.
- Si la MCO rescinde su contrato de PCP por razones distintas a las que se enumeran a continuación, el estado se lo notificará.
 - Su MCO ha sido comprada por otra MCO;
 - El proveedor y la MCO no pueden acordar un contrato por ciertas razones financieras; o
 - Calidad de la atención.

D. Cómo cambiar su MCO

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

- Las MCO no pueden autorizar cambios. Sólo el estado puede cambiar su MCO.
- Si está hospitalizado o en un centro de enfermería, no se le permitirá cambiar de MCO.
- Si pierde su elegibilidad para Medicaid pero lo aprueban nuevamente dentro de los 120 días, se lo inscribirá automáticamente en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

12. Denuncia de fraudes, despilfarros y abusos

A. Tipos de fraude, despilfarro y abuso

El fraude de Medicaid es el engaño intencional o la tergiversación por parte de una persona que es consciente de que esta acción podría resultar en un beneficio no autorizado para sí misma o para otros. El despilfarro es el uso excesivo o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar costos innecesarios al programa de Medicaid. El fraude, el despilfarro y el abuso requieren una denuncia inmediata y pueden ocurrir en todos los niveles del sistema de atención médica. Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de Medicaid incluyen, entre otros:

- Ejemplos de afiliados
 - Declarar falsamente sus ingresos y/o activos para calificar para Medicaid
 - Vivir permanentemente en otro estado mientras recibe los beneficios de Medicaid de Maryland
 - Prestar su tarjeta de identificación del afiliado o usar la tarjeta de identificación de otro afiliado para obtener servicios de salud
 - Vender o realizar cambios en un medicamento recetado
- Ejemplos de proveedores
 - Proporcionar servicios que no sean médicamente necesarios
 - Facturar servicios no prestados
 - Facturar varias veces por el mismo servicio
 - Alterar registros médicos para encubrir actividades fraudulentas

B. Cómo denunciar fraudes, despilfarro y abusos

Si sospecha o sabe que se está produciendo fraude, despilfarro o abuso, infórmelo inmediatamente. Informar sobre fraude, despilfarro y abuso no afectará el trato que recibirá por parte de la MCO. Tiene la opción de permanecer anónimo al realizar el informe. Proporcione la mayor cantidad de información posible; esto ayudará a quienes investigan el informe. Hay muchas formas de denunciar fraudes, despilfarro y abusos. Vea las opciones a continuación:

- Llame a Servicios para el Afiliado de la MCO o escriba una carta a la MCO
- Comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland, Oficina del Inspector General:
 - 866-770-7175
 - http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx
- Póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Inspector General
 - 800-447-8477
 - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

Anexo A

Información de contacto de la organización de atención administrada

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland	
Servicios para el afiliado	410-779-9369 o 800-730-8530 TTY: 711
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-800-231-0211 TTY: 711
Sitio web	https://www.carefirstchpmd.com
Portal de miembros en línea	www.carefirstchpmd.com/for-members/myhealth-portal
Coordinador de derechos civiles	Office of the Civil Rights Coordinator CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland P.O. Box 8894 Baltimore, MD 21224 Fax: 410-505-2011 Correo electrónico: civilrightscoordinator@carefirst.com
Dirección de quejas, reclamos y apelaciones	CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland A la atención de: Appeals and Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Dirección para denunciar fraudes y abusos	CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland A la atención de: Director of Compliance P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117 410-779-9369 o 1-800-730-8530 TTY: 711

Anexo B

Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y financiera y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo con atención.

La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros. Este aviso se aplica únicamente a los afiliados de grupos completamente asegurados y a los titulares de la póliza individuales. Si usted es miembro de un grupo autoasegurado, mientras seguimos salvaguardando su información personal con los mismos mecanismos de seguridad, recibirá un Aviso sobre prácticas de confidencialidad de su plan de salud grupal. Si no está seguro si es un miembro totalmente asegurado o autoasegurado, comuníquese con el administrador de su grupo.

Este aviso aplica a las prácticas de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst), CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. Podremos compartir su información financiera y protegida sobre salud (oral, escrita o electrónica), así como la información protegida sobre salud de otras personas en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de operaciones de pago o de atención médica.

Usos y divulgaciones de información médica

Nuestro deber legal

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o distribuir), recopilar, manejar y proteger la información protegida sobre salud de nuestros afiliados. Ciertas leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información protegida sobre salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de confidencialidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información protegida sobre salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor el 1 de octubre de 2016 y está destinado a enmendar el aviso de prácticas de privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigencia del 14 de abril de 2003.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley permita dichos cambios. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de confidencialidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información protegida sobre salud que mantenemos, incluida la información protegida sobre salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios.

Si realizamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web, www.carefirst.com, y proporcionaremos el aviso revisado o la información sobre los cambios y sobre cómo obtener el aviso revisado en nuestro próximo envío anual a los suscriptores de nuestro plan de salud.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros mediante la información que figura al final de este aviso.

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales y estatales para proteger su información médica. Todos nuestros asociados reciben capacitación sobre estos estándares al momento de ser contratados y, posteriormente, reciben capacitaciones anuales de actualización. El acceso a su información protegida sobre salud está restringido a fines comerciales apropiados y requiere códigos de acceso para entrar en nuestros sistemas informáticos y credenciales a fin de acceder a nuestros centros médicos. Los asociados que violen nuestros estándares estarán sujetos a medidas disciplinarias.

Usos y divulgaciones principales de información protegida sobre salud

Usamos y divulgamos información protegida sobre salud sobre usted para pagos y operaciones de atención médica. Las regulaciones federales de privacidad de atención médica ("Reglamento de Privacidad HIPAA") generalmente no "prevalecen"

(ni tienen prioridad sobre) las leyes estatales de privacidad u otras leyes aplicables que brindan a las personas mayores protecciones de privacidad. Como resultado, las leyes de privacidad estatales o federales aplicables pueden imponer un estándar de privacidad bajo el cual se nos requerirá operar.

Por ejemplo, seguiremos la legislación estatal sobre privacidad más estricta que se relaciona con los usos y divulgación de la información protegida sobre salud sobre el VIH o SIDA, la salud mental, el abuso de sustancias/ la dependencia química, las pruebas genéticas y los derechos reproductivos. Además de estos requisitos de la legislación estatal, también podremos usar o divulgar su información protegida sobre salud para fines de administración de beneficios de salud (como procesamiento de reclamaciones e inscripción, administración de la atención y ofertas de bienestar, pago de reclamaciones y esfuerzos de detección y prevención del fraude), para nuestras operaciones comerciales (incluso para la medición y mejora de la calidad y el desarrollo y la mejora de beneficios) y en las siguientes situaciones:

- **Pago:** Podremos usar y divulgar su información protegida sobre salud para todas las actividades que se incluyan dentro de la definición de "pago" como está escrita en la Regla de Privacidad de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Por ejemplo, podríamos usar y divulgar su información protegida sobre salud para pagar reclamaciones por servicios que le brinden médicos, hospitales, farmacias y otros que estén cubiertos por su plan de salud. También podremos utilizar su información para determinar su elegibilidad para los beneficios, coordinar los beneficios, examinar la necesidad médica, obtener primas y emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que participa.
- **Operaciones de atención médica:** Podremos usar y divulgar su información protegida sobre salud para todas las actividades que estén incluidas dentro de la definición de "operaciones de atención médica" según se define en la Regla de privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, podremos usar y divulgar su información protegida sobre salud para determinar nuestras primas para su plan de salud, realizar evaluaciones de calidad y actividades de

mejora, participar en la coordinación de la atención o la administración de casos, y administrar nuestro negocio.

- **Socios comerciales:** En relación con nuestras actividades de operaciones de pago y atención médica, contratamos a personas y entidades (denominadas "socios comerciales") para que realicen diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicio (como soporte de servicio para miembros, administración del uso, subrogación o gestión de beneficios de farmacia). Podremos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de teléfono móvil, con nuestros socios comerciales. Para realizar estas funciones o para prestar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o divulgarán información protegida sobre salud, pero solo después de que les solicitemos que acepten por escrito los términos del contrato previstos para salvaguardar adecuadamente su información.
- **Otras entidades cubiertas:** Podremos usar o divulgar su información protegida sobre salud para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago, o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con algunas de sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, podremos divulgar su información protegida sobre salud a un proveedor de atención médica cuando el proveedor la necesite para brindarle tratamiento, y podríamos divulgar información protegida sobre salud a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o acreditación, certificación o licencia.

Otros posibles usos y divulgaciones de información protegida sobre salud

La siguiente es una descripción de otras posibles formas en las que podremos (y se nos permite) usar y/o divulgar su información protegida sobre salud:

- **Para usted o con su autorización:** Deberemos divulgarle su información protegida sobre salud, tal como se describe en la sección Derechos individuales de este aviso. Podrá brindarnos autorización por escrito para utilizar su información

protegida sobre salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier finalidad no incluida en este aviso. Si nos da una autorización, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación de información que hayamos hecho de acuerdo con lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En la medida (si corresponde) en que conservemos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la mayoría de las divulgaciones de estas notas requerirán su autorización. Además, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos; le brindaremos la posibilidad de optar por no recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos. Además, la mayoría (pero no todos) de los usos y divulgaciones de información médica con fines de marketing, y las divulgaciones que constituyen una venta de información protegida sobre salud, requieren su autorización. Sin su autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información protegida sobre salud por ningún motivo excepto los descritos en este aviso.

- **Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:** Estamos obligados a divulgar su información protegida sobre salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando nuestro cumplimiento de la normativa federal sobre privacidad.
- **Para patrocinadores del plan:** Cuando lo permita la ley, podremos divulgar su información protegida sobre salud al patrocinador del plan de su plan de salud colectivo para permitirle a dicho patrocinador realizar las funciones de administración de dicho plan. Por ejemplo, un patrocinador del plan podrá comunicarse con nosotros en busca de información para evaluar cambios futuros a su plan de beneficios. También podremos divulgar información de salud resumida (este tipo de información se define en la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)) sobre los inscritos en su plan de salud colectivo al patrocinador del plan para obtener ofertas de primas para la cobertura de un seguro de salud ofrecida a través de su plan de salud

colectivo o para decidir modificar, enmendar o cancelar su plan de salud colectivo.

- **Para familiares y amigos:** Si está de acuerdo (o si no está disponible para aceptar), como en una situación de emergencia médica o en el momento del fallecimiento, podremos divulgar su información protegida sobre salud a un familiar, amigo o a otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica.
- **Suscripción:** Podríamos recibir su información protegida sobre salud para suscripción, calificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o beneficios médicos. No usaremos ni divulgaremos información protegida sobre salud que sea información genética de un individuo para tales fines. No usaremos ni divulgaremos esta información protegida sobre salud recibida en estas circunstancias para ningún otro propósito, excepto según lo requiera la ley, a menos que y hasta que usted celebre un contrato de seguro de salud o beneficios médicos con nosotros.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podríamos divulgar su información protegida sobre salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, tales como: auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios gubernamentales, (iii) otros programas reglamentarios gubernamentales y (iv) el cumplimiento de leyes de derechos civiles.
- **Abuso o negligencia:** Podremos divulgar su información protegida sobre salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted podría ser una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** De acuerdo con ciertas leyes federales y estatales, podremos divulgar su información protegida sobre salud si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir

una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

- **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donación de órganos:** Podremos divulgar información protegida sobre salud a un médico forense o examinador médico con el fin de identificarlo después de su muerte, determinar la causa de su muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. También podremos divulgar, según lo autorice la ley, información a los directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, podríamos divulgar información protegida sobre salud a organizaciones que se ocupan de la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación:** Podremos divulgar su información protegida sobre salud a investigadores cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya: (1) revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) aprobado la investigación.
- **Presos:** Si usted está detenido en una institución penitenciaria, podremos divulgar su información protegida sobre salud a dicha institución penitenciaria o a un oficial de la policía para: (1) que la institución pueda brindarle atención médica, (2) su salud y seguridad y la de otros o (3) la seguridad y protección de la institución penitenciaria.
- **Indemnización laboral:** Podremos divulgar su información protegida sobre salud para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Salud y seguridad pública:** Podremos divulgar su información protegida sobre salud, en la medida necesaria, para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a las de otros.
- **Exigido por la ley:** Podremos usar o divulgar su información protegida sobre salud cuando la ley nos lo exija. Por ejemplo, deberemos divulgar su información protegida sobre salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando lo soliciten con el fin de determinar si cumplimos con la legislación federal sobre privacidad.

- **Procesos y trámites legales:** Podremos divulgar su información protegida sobre salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden de arresto o una citación del gran jurado, podremos divulgar su información protegida sobre salud a los oficiales de la policía.
- **Cumplimiento de la ley:** Podremos divulgar a un oficial de policía información protegida sobre salud limitada de un sospechoso, un fugitivo, un testigo material, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Podríamos divulgar información protegida sobre salud cuando sea necesario para ayudar a los oficiales de la policía a capturar a una persona que haya admitido haber participado en un delito o que haya escapado de la custodia legal.
- **Seguridad militar y nacional:** Podremos divulgar a las autoridades militares la información protegida sobre salud del personal de las Fuerzas Armadas en determinadas circunstancias. Podríamos divulgar a funcionarios federales información protegida sobre salud necesaria para actividades legales de contrainteligencia, inteligencia y otras actividades de seguridad nacional.
- **Otros usos y divulgaciones de su información protegida sobre salud:** Otros usos y divulgaciones de su información protegida sobre salud no descritos anteriormente se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos proporciona dicha autorización, podrá revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuras de la información protegida sobre salud. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información que ya hayamos utilizado o divulgado en virtud de su autorización.

Derechos individuales

Access

Tendrá derecho a ver u obtener copias de la información médica protegida contenida en registros designados, con excepciones limitadas. Podrá solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo de manera razonable.

Deberá realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica protegida. Podrá solicitar que la información sea una copia electrónica en determinadas circunstancias, si realiza la solicitud por escrito.

También podrá solicitar acceso mediante una carta a la dirección que aparece al final de este aviso.

Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa razonable por cada página y envío postal, si es que desea que se le envíen por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida, pero podríamos cobrar una tarifa por hacerlo.

Podremos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica protegida en determinadas circunstancias limitadas. Bajo ciertas condiciones, nuestra denegación no podrá ser revisada. Si ocurriera este evento, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no podrá ser revisada. Si se le niega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, podrá solicitar que sea revisada. Un profesional de la salud con licencia habilitado por nosotros revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma que denegó su solicitud inicial.

Contabilidad de divulgación

Tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información protegida sobre salud para otros fines que no sean el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas.

Le proporcionaremos la fecha en la que hicimos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información médica protegida, una descripción de la información médica protegida que divulgamos, el motivo de la divulgación y cierta otra información. Su solicitud podrá ser para divulgaciones de información realizadas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

Podrá solicitar un informe mediante una solicitud por escrito con la información que se encuentra al final de este aviso. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción

Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica protegida. No estaremos obligados a aceptar estas restricciones adicionales pero, si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia) hasta que recibamos una solicitud por escrito de parte de usted para poner fin a la restricción.

Cualquier acuerdo al que lleguemos respecto a una solicitud de restricciones adicionales deberá ser por escrito y estar firmado por una persona autorizada para realizar dicho acuerdo en nuestro nombre. No seremos responsables de los usos y divulgaciones que se realicen fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo de restricción esté por escrito. Se nos permitirá poner fin a nuestro acuerdo con la restricción solicitada mediante una notificación por escrito.

Podrá solicitar una restricción escribiéndonos con la información que se encuentra al final de este aviso.

En su solicitud díganos:

1. La información cuyo uso y divulgación desea limitar y
2. Cómo desea limitar nuestro uso y/o divulgación de la información. También podrá utilizar la información que figura al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito para dar por terminada una restricción acordada.

Comunicación confidencial

Si cree que la divulgación de toda o parte de su información médica protegida puede ponerlo en peligro, tendrá derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información médica protegida. Esto significa que podrá solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Podremos atender su solicitud si es razonable, especifica los medios alternativos o la ubicación alternativa y especifica cómo se manejarán los problemas de pago (primas y reclamaciones).

Podrá solicitar una comunicación confidencial escribiéndonos utilizando la información que figura al final de este aviso.

Modificación

Tendrá derecho a solicitar que modifiquemos su información protegida sobre salud. Su solicitud deberá ser por escrito y deberá explicar por qué la información debe ser modificada. Podremos denegar su solicitud si no creamos la información que desea modificar o por ciertas otras razones. Si denegáramos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito.

Podrá responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y de incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico

Incluso si aceptara recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tendrá derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se incluye al final de este aviso para obtener este aviso por escrito. Si la transmisión del correo electrónico ha fallado y CareFirst tiene conocimiento de la falla, le proporcionaremos una copia impresa del aviso.

Notificación de infracción

En caso de incumplimiento de su información médica no segura, le notificaremos dicho incumplimiento según lo requiera la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Recopilación de información financiera personal y usos y divulgaciones de información financiera

Podemos recopilar información financiera personal sobre usted de muchas fuentes, entre ellas:

- Información que proporcione en las solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, domicilio, número de seguro social, salario, edad y sexo.
- Información sobre su relación con CareFirst, nuestros afiliados y otros, como la cobertura de su póliza, las primas y el historial de pago de reclamaciones.
- Información como se describe anteriormente que obtengamos de cualquiera de nuestros afiliados.

- Información que recibamos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su agente y otras terceras partes.
- Información que recibamos sobre usted cuando inicie sesión en nuestro sitio web. Tendremos la capacidad, mediante el uso de “cookies”, de rastrear cierta información, como averiguar si los afiliados han visitado anteriormente el sitio web de CareFirst o para rastrear la cantidad de tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información de identificación personal y no combinaremos la información recopilada a través de cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes de su sitio web. No divulgaremos cookies a terceros.

Cómo se utiliza su información

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción o administración de una póliza de seguro o reclamación o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento divulgamos su información financiera a nadie fuera de CareFirst a menos que tengamos su autorización correspondiente o la ley nos lo permita o nos exija hacerlo. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales y estatales que protegen su información.

Además, limitaremos el acceso a su información financiera a aquellos empleados, socios comerciales, proveedores, administradores de planes de beneficios, corredores, consultores y agentes de CareFirst que necesiten conocer esta información para realizar negocios con CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

Para proteger su privacidad, los terceros que están afiliados o no afiliados a CareFirst también están sujetos a estrictas leyes de privacidad. Las entidades afiliadas son empresas que forman parte de la familia corporativa CareFirst e incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés), administradores externos, compañías de seguro de salud, compañías aseguradoras de cuidados a largo plazo y agencias de seguros.

En algunas situaciones, relacionadas con nuestras transacciones de seguros que lo involucran, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado que nos ayude a brindarle servicios a usted o para usted. Cuando divulguemos información a estos terceros, les exigiremos que acepten proteger su información financiera y utilizarla solo para el propósito previsto y cumplir con todas las leyes pertinentes.

Cambios en nuestra política de privacidad

CareFirst revisa periódicamente sus políticas y se reserva el derecho de cambiarlas. Si cambiamos el contenido de nuestra política de privacidad, continuaremos con nuestro compromiso de mantener segura su información financiera; es nuestra máxima prioridad. Incluso si ya no fuera cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad seguirá aplicándose a sus registros.

Preguntas y quejas

Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst

Podrá solicitar una copia de nuestros avisos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea copias adicionales de este aviso o tiene preguntas o inquietudes, llame al número de Servicios para el Afiliado que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de Privacidad de CareFirst utilizando la información que se indica a continuación.

Presentar una queja

Si le preocupa que podamos haber infringido sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus derechos individuales, puede usar la información de contacto que se encuentra al final de este aviso para presentar una queja. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales. Si la necesita, le proporcionaremos la información de contacto de dicho Departamento.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica y financiera protegida. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Información de contacto

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.

Privacy Office CT 10-03

10455 Mill Run Circle

Owings Mills, MD 21117

Teléfono: 800-853-9236

Fax: 410-505-6692.

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

Formulario de consentimiento y autorización de privacidad de HIPAA

Consentimiento y aviso sobre prácticas de confidencialidad

Este formulario de consentimiento permite que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland use y divulgue información sobre mí protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Esta información podrá ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland me ha proporcionado un Aviso sobre prácticas de confidencialidad, que describe completamente los usos y divulgaciones de mi información protegida sobre salud. Me proporcionó este aviso antes de firmar este formulario de acuerdo con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar el consentimiento.

Entiendo que los términos del Aviso sobre prácticas de confidencialidad pueden cambiar y que puedo obtener avisos revisados escribiendo a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a la dirección que se proporciona a continuación:

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
A la atención de: Compliance Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

O llamando al Departamento de Servicios para el Afiliado de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a los números de teléfono que se proporcionan a continuación:

Local: 1-410-779-9369 | Llame sin cargo al: 1-800-730-8530 | TTY: 711

Horario de atención: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Derecho a solicitar al plan el uso y divulgación de información protegida sobre salud

Entiendo que tengo derecho a solicitar, ahora y en el futuro, cómo se utiliza o divulga la información protegida sobre salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Entiendo que si bien CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland no está obligada a aceptar las restricciones que solicito, si las acepta, estará sujeta a dicho acuerdo. Entiendo que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede negarme servicios si me niego a firmar este consentimiento.

Autorización para usar y divulgar mi información protegida sobre salud a las personas que he designado específicamente a continuación:

Esto también sirve como autorización bajo las Reglas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguro de Salud de 1996 [título 45, CFR (Código de Regulaciones Federales) párrafo 164.508]. Autorizo al personal de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a usar y/o divulgar mi información protegida sobre salud (PHI) con las personas que he enumerado a continuación para los fines designados por mí. Esta autorización es válida hasta el momento en que yo decida revocarla.

Nombre	Número de Teléfono	Relación con el afiliado

Propósito(s): Marque las que correspondan a la persona arriba mencionada

- Autorizado para actuar como mi representante al solicitar servicios y/o pago de reclamaciones del plan de salud únicamente.
- Autorizado para realizar cualquier cambio en los datos demográficos de mi registro de afiliación, incluidos, entre otros, cambios de dirección, cambios de número de teléfono, cambios de dirección de correo electrónico y solicitud de una tarjeta de identificación de reemplazo únicamente.
- Autorizado para actuar como mi representante en relación con mi reclamación o derecho invocado según el Código de Regulaciones de Maryland (COMAR), 10.01.04-12, 10.09.71.05 y 10.09.75.05. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; a presentar o solicitar pruebas; a obtener información sobre apelaciones y reclamos; y a recibir cualquier notificación en relación con mi apelación o reclamo, totalmente en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación o reclamo puede ser divulgada al representante indicado anteriormente.
- Autorizado para todas las acciones anteriores.

Nombre	Número de Teléfono	Relación con el afiliado
--------	--------------------	--------------------------

Propósito(s): Marque las que correspondan a la persona arriba mencionada

- Autorizado para actuar como mi representante al solicitar servicios y/o pago de reclamaciones del plan de salud únicamente.
- Autorizado para realizar cualquier cambio en los datos demográficos de mi registro de afiliación, incluidos, entre otros, cambios de dirección, cambios de número de teléfono, cambios de dirección de correo electrónico y solicitud de una tarjeta de identificación de reemplazo únicamente.
- Autorizado para actuar como mi representante en relación con mi reclamación o derecho invocado según el Código de Regulaciones de Maryland (COMAR), 10.01.04-12, 10.09.71.05 y 10.09.75.05. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; a presentar o solicitar pruebas; a obtener información sobre apelaciones y reclamos; y a recibir cualquier notificación en relación con mi apelación o reclamo, totalmente en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación o reclamo puede ser divulgada al representante indicado anteriormente.
- Autorizado para todas las acciones anteriores.

Derecho a revocar este consentimiento y autorización

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento y autorización en cualquier momento siempre que lo haga por escrito, pero que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland y cualquier otra entidad que trabaje directamente con CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en mi nombre aún pueden usar la información para completar cualquier acción que haya comenzado antes de mi revocación del consentimiento y que se base en mi información protegida sobre salud. Entiendo que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede negarme más servicios si revoco el consentimiento.

Firma del Afiliado	Fecha
Número de identificación del afiliado (de la tarjeta de identificación de afiliación):	

Anexo C

Servicios adicionales ofrecidos por MCO

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Limitaciones
Acupuntura	CareFirst brindará servicios de acupuntura a los afiliados diagnosticados con adicción al abuso de sustancias. El beneficio se limitará a 2 tratamientos por semana hasta 70 tratamientos al año.	Adultos mayores de 21 años	El servicio será proporcionado por un número limitado de proveedores contratados únicamente dentro de la ciudad de Baltimore.
Beneficios prenatales	CareFirst proporcionará una (1) cita de consulta nutricional por embarazo.	Afiliadas embarazadas	
Beneficio prenatal (Beneficio Bright Beginnings)	CareFirst proporcionará una (1) tarjeta de regalo de \$125 por asistir a una clase de preparación para el parto, una clase de lactancia materna o una clase de cuidado infantil. Después de completar una de las clases enumeradas anteriormente, llame a servicios para el afiliado al 410-779-9369 Sin cargo: 800-730-8530 (TTY:711) para confirmar su asistencia, fecha y ubicación.	Afiliadas embarazadas	
Beneficios posteriores al embarazo (Beneficio Baby Steps)	CareFirst proporcionará una (1) tarjeta de regalo de \$105 para que los nuevos padres la usen para comprar artículos de seguridad para bebés, como un Pack-n-play, un asiento para el automóvil, ropa para dormir y más.	Afiliadas después del embarazo	La tarjeta de regalo es solo para la afiliada que dio a luz al bebé.
Visión de adultos	El beneficio obligatorio HealthChoice permite que los adultos reciban un examen de la vista cada dos años. CareFirst proporcionará un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años a todos los afiliados adultos en caso de que el examen indique la necesidad de anteojos.	Adultos mayores de 21 años	Límite de \$150 para anteojos o lentes de contacto. Comuníquese con servicios para el afiliado al 410-779-9369 Sin cargo: 800-730-8530 (TTY:711)

Beneficio	¿Qué es?	¿Quién puede obtener este beneficio?	Limitaciones
Medicamentos y Suministros de Venta Libre (OTC)	CareFirst brindará a los afiliados un beneficio de venta libre de \$15 por trimestre para artículos como aspirina, supresores del resfriado, ungüentos, vitaminas y suplementos a base de hierbas. Estos artículos deben ser recetados por un proveedor.	Adultos mayores de 21 años	\$15 por afiliado por trimestre (se requiere receta del proveedor).
Comidas a domicilio después del alta hospitalaria	CareFirst proporcionará hasta 18 comidas nutritivas a los afiliados que se estén recuperando de una hospitalización y que no dispongan de ayuda en casa tras el alta.	Todos los afiliados	Los afiliados necesitarán que sus médicos o planificadores de alta del centro obtengan una autorización previa para las comidas de un administrador de casos de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland.

Anexo D

Programas prenatales y posparto

Cuando esté embarazada, CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland le enviará un paquete educativo sobre el embarazo. Incluirá:

- Una carta de bienvenida a nuestro programa Baby Steps
- Cómo contactar a su administrador de casos de obstetricia dedicado
- Información sobre nuestro programa de texto que ofrece información sobre salud y nutrición prenatal.
- Recursos para el embarazo sobre salud prenatal, programa WIC, seguridad de los asientos para el automóvil, programa dental MD Healthy Smiles, Babies Born Healthy e información de contacto del departamento de salud local

Para garantizar el embarazo más saludable posible, su primera visita prenatal debe ser durante el primer trimestre del embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en CareFirst CHPMD.

Servicios que se pueden realizar en su 1ª visita:

- Sonograma temprano para confirmar su embarazo y fecha de parto
- Escuche los latidos del corazón de su bebé
- Análisis de sangre para determinar factores de riesgo del embarazo

Si aún no lo ha hecho, programe hoy mismo su primera visita al obstetra

Durante su embarazo, su administrador de casos de obstetricia hará lo siguiente:

- Comunicarse con usted periódicamente para asegurarnos de que está recibiendo la atención que necesita
- Enviarle información adicional sobre lactancia materna, planificación familiar y el programa de visitas domiciliarias para madres, bebés y niños pequeños.
- Hablar sobre las opciones de control de la natalidad para después del parto
- Conectarla con un pediatra de su área que trata a niños desde el nacimiento hasta los 21 años
- Abordar cualquier inquietud o pregunta que pueda tener, así como conectarla con los recursos comunitarios disponibles de su área

Después de tener a su bebé, CareFirst CHPMD le enviará un paquete educativo posparto. Incluirá:

- Una carta de felicitación por el nacimiento de su bebé y la importancia de la atención de seguimiento posparto
- Información sobre el cuidado del bebé, que incluye Safe Sleep y Never Shake a Baby
- Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes
- Enlaces a recursos sobre la depresión posparto y la violencia doméstica
- Cómo comunicarse con HealthChoice para saber si necesita volver a solicitar su seguro de salud

Anexo E

Programas de educación para la salud

Programas educativos

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland trabaja para mantenerlo saludable y lo vinculará con materiales, programas y clases de educación sobre la salud. Llame a Servicios para el Afiliado y solicite que Educación para la Salud lo conecte con alguien que pueda ayudarlo a obtener la información que necesita para cuidarse mejor.

A continuación se muestran algunos de los recursos con los que podemos ayudarlo a conectarse:

- **Preparación para el parto**—Muchos proveedores y hospitales ofrecen clases sobre preparación para el parto. Su administrador de casos de obstetricia puede ayudarlo a conectarse con clases sobre parto, cuidado infantil y educación sobre lactancia materna cuando estén disponibles en su comunidad local. Puede llamarnos al 1-800-730-8530 y solicitar hablar con su administrador de casos de obstetricia para obtener más información.
- **Apoyo posparto**—Un buen recurso de apoyo social y recursos para las mujeres y sus familias después de dar a luz es la organización Postpartum Support International (PSI). Ofrece grupos locales, soporte telefónico y servicios disponibles sin costo. Para obtener más información, comuníquese con su administrador de casos de obstetricia llamando al 1-800-730-8530. También puede comunicarse directamente con PSI llamando al 1-800-944-4773 o visitar su sitio web <http://www.Postpartum.Net/locations/maryland/>.
- **Dejar de fumar**—Nuestra red de proveedores está comprometida a ayudarlo a dejar de fumar. Su PCP puede ofrecerle herramientas educativas y consejos para ayudarlo a dejar de fumar. También puede llamar al 800-QUIT-NOW (784-8669) para acceder a la línea para dejar de fumar de Maryland y recibir asistencia.
- **Muchas otras clases y recursos sobre diferentes temas de salud**—Llame a Servicios para el Afiliado al 1-800-730-8530 y solicite Educación para la Salud para obtener más información sobre el tema de salud que le interesa. Si tiene un administrador de casos o un coordinador de necesidades especiales, debe comunicarse con ellos para analizar sus necesidades específicas.
- En algunos casos, CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede solicitar información a su PCP o proveedor tratante para determinar si se puede brindar educación sobre la salud en el consultorio médico o a través de personal calificado en el consultorio. Por ejemplo, algunos de nuestros sitios médicos más grandes muestran videos de salud en el consultorio sobre atención prenatal, atención infantil, vacunas para bebés sanos y visitas de bienestar, nutrición, diabetes y otros temas de salud importantes.
- **Sitio web**—El sitio web de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, www.carefirstchpmd.com, tiene educación para afiliados que puede ver en línea o de forma impresa. El Calendario Comunitario de Eventos de Educación para la Salud también está publicado en el sitio web.
- **Boletín informativo**: También puede recibir un boletín informativo de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland por correo para mantenerlo actualizado sobre los cambios y brindarle información educativa sobre la salud. Este boletín le proporciona información de salud sobre atención de bienestar, manejo de su enfermedad, crianza de los hijos y muchos otros temas. El boletín también se publica en el sitio web de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, www.carefirstchpmd.com.

Anexo F

Procedimiento interno de quejas y apelaciones de la MCO

Reclamos y apelaciones

Información sobre la línea directa y los servicios para el afiliado de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

Puede llamar a nuestro departamento de Servicios para el Afiliado al 410-779-9369 o al 1-800-730-8530, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Procedimientos de reclamos internos de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

Si tiene una queja, puede comunicarse con nosotros al 410-779-9369 o al 1-800-730-8530 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o puede enviarnos una queja por escrito a la dirección que se proporciona a continuación.

Apelaciones

Si su queja es sobre un servicio que usted o un proveedor considera que necesita pero que no cubriremos, puede solicitarnos que revisemos su solicitud nuevamente. Esto se llama apelación.

Si desea presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta que dice que la MCO no cubriría el servicio que deseaba.

Puede presentar su apelación por escrito. Tenemos un formulario simple que puede utilizar para presentar su apelación. Llame a Servicios para el Afiliado al 410-779-9369 o al 1-800-730-8530 para obtener uno. Le enviaremos por correo o fax el formulario de apelación y le brindaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo. Este formulario también se puede encontrar en nuestro sitio web en www.carefirstchpmd.com.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
A la atención de: Appeals & Grievance Department
P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117

Su médico también puede presentar una apelación por usted si firma un formulario dándole permiso.

Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un familiar o un abogado, cuando presentan un formulario (es decir, un Formulario de Designación de Representante) que les permite presentar la apelación en su nombre.

Cuando presente una apelación, asegúrese de informarnos cualquier información nueva que tenga que nos ayude a tomar nuestra decisión. Le enviaremos una carta haciéndole saber que recibimos su apelación dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recepción en la empresa. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que considere que nos ayudará a tomar nuestra decisión.

Al revisar su apelación, haremos lo siguiente:

- Utilizar médicos que conozcan el tipo de enfermedad que usted tiene.
- No recurrir a las mismas personas que denegaron su solicitud de un servicio.
- Tomar una decisión sobre su apelación dentro de 30 días.

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

Si su médico o CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland considera que su apelación debe revisarse rápidamente debido a la gravedad de su afección, esto se denomina una apelación acelerada. Un director médico de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland revisará la solicitud y determinará si su problema pone en peligro su vida. Recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas. Cuando solicite una apelación acelerada, puede hacerlo llamándonos o solicitándolo por escrito.

Si consideramos que su apelación no necesita ser revisada rápidamente, intentaremos llamarlo y enviarle una carta para informarle que su apelación será revisada dentro de los 30 días.

Si su apelación es sobre un servicio que ya fue autorizado y usted ya lo estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras revisamos su apelación. Comuníquese con nosotros al 800-730-8530 si desea seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez que completemos nuestra revisión, le enviaremos una carta haciéndole saber nuestra decisión.

Si apeló la decisión inicial de las MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el estado revise su decisión.

Para apelar la decisión de la MCO, debe solicitar que el estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial debe presentarse a más tardar 120 días a partir de la fecha de la notificación de resolución de apelación de la MCO.

Reclamos

Si su queja es sobre algo que no sea no haber recibido un servicio, esto se llama reclamo. Algunos ejemplos de reclamos serían no poder encontrar un médico, problemas para conseguir una cita o no recibir un trato justo por parte de alguien que trabaja en CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland o en el consultorio de su médico.

Si su reclamo es:

- Sobre un problema médico urgente que usted tenga, será resuelto en 24 horas.
- Sobre un problema médico no urgente, se solucionará en 5 días.
- No es sobre un problema médico, se solucionará en 30 días.

Si desea una copia de nuestro procedimiento oficial de quejas o si necesita ayuda para presentar una queja, llame a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland al 410-779-9369 o al 1-800-730-8530. También puede presentar su reclamo por escrito. Tenemos un formulario sencillo que puede utilizar para enviar su reclamo. Llame a Servicios para el Afiliado al 410-779-9369 o al 1-800-730-8530 para obtener uno. Le enviaremos por correo o fax el formulario de apelación y le brindaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo. Este formulario también se puede encontrar en nuestro sitio web en www.carefirstchpmd.com.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
A la atención de: Appeals & Grievance Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Formulario de apelaciones y reclamos

Apellido del afiliado	Primer nombre del Afiliado	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de hoy / /
Número de Identificación del Afiliado			
Teléfono ()	Celular ()	Otros ()	

Díganos por qué está presentando esta queja:

No está de acuerdo con una decisión que tomamos de no cubrir un servicio que solicitó su médico (apelación)

Tiene una queja (reclamo)

Cuéntenos más (puede adjuntar una hoja aparte si necesita más espacio)

Nombre del proveedor de atención primaria del afiliado (si corresponde)

Fecha(s) de servicio (si es necesario)

Podría llevarnos hasta 30 días responderle.
¿Usted o su médico creen que esperar 30 días podría ser malo para su salud?

Sí No

Si es así, díganos por qué (puede adjuntar una hoja aparte si necesita más espacio)

Firma del afiliado a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

Envíe el formulario por fax al **844-405-2158** o envíelo por correo a:

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
A la atención de: Departamento de Apelaciones y Quejas Formales
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Si NO es afiliado a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, pero está presentando esto en nombre del afiliado a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, complete esta sección. A menos que sea el padre del afiliado, las leyes federales y estatales requieren que obtengamos autorización oficial para que usted represente a nuestro afiliado. Si el afiliado a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland no ha firmado este documento, debe adjuntar un formulario de designación de representante completo; una carta de nuestro afiliado informándonos que puede representarlo; prueba de tutela; o un poder notarial duradero para atención médica.

Firma del representante		Su nombre	
Relación con el afiliado			
Teléfono ()	Celular ()	Otros ()	

Anexo G

Información sobre su médico de atención primaria y sus especialistas

Si necesita más información sobre su PCP, especialista u otro proveedor de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, llame a Servicios para el Afiliado al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711). Los representantes de Servicios para el Afiliado pueden brindarle información sobre su médico, incluyendo:

- Información de contacto
- Ubicaciones de consultorios
- Cualificaciones profesionales
- Especialidad médica
- Educación y formación médica
- Estado de certificación de la junta

Anexo H

Administración de casos y derivación para la administración de casos

Si vive con una enfermedad crónica, es posible que pueda beneficiarse al participar en el programa de administración de casos de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland.

Este programa está personalizado para apoyar a los afiliados con enfermedades crónicas como:

- Asma
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Arteriosclerosis coronaria (EAC)
- Presión arterial alta y
- Colesterol alto

El programa está diseñado pensando en usted.

- Para ayudarle a comprender el manejo diario de su afección.
- Para ayudarle a seguir el plan de atención de su médico
- Para ayudarle a mejorar su calidad de vida

También proporciona herramientas educativas y de autoevaluación individual. Cuando sea apropiado, un instructor de salud se comunicará con usted para ayudarlo a asumir un papel más activo en el manejo de su propia salud.

Beneficios y ventajas del programa

- Aumento del conocimiento de su afección
- Mejora de su capacidad para seguir su plan de tratamiento
- Ayuda para reducir las complicaciones
- Entrega de material informativo

Derivación para la administración de casos

Los programas de administración de casos de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland son voluntarios y se brindan sin costo para usted.

Los afiliados identificados con determinadas necesidades pueden inscribirse automáticamente, pero no tienen obligación de participar en estos programas.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland ofrece administración de casos a los afiliados que han tenido un evento médico crítico, han sido diagnosticados con una enfermedad crónica y tienen múltiples enfermedades o complicaciones.

Trabajaremos con usted y sus médicos para ayudarle a obtener los servicios, recursos y asesoramiento personalizado que pueda necesitar para cuidar mejor su salud.

Obtendrá su propio administrador de casos de CareFirst CHPMD. Su Administrador de Casos hará lo siguiente:

- Ayudarle a establecer metas y hacer un plan de atención para alcanzarlas.
- Asegurarse de que usted reciba la atención que necesita cuando la necesita
- Asegurarse de que usted dispone de lo necesario para recibir atención médica, como un medio de transporte para ir y volver del médico.
- Encontrar las formas que le ayuden a controlar sus síntomas para que usted pueda sentirse mejor
- Responda preguntas sobre su salud y atención médica
- Mantenerlo al día con información sobre su salud
- Responda cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su salud por teléfono
- Si desea que lo visitemos en su domicilio o en el consultorio de su médico, también podemos hacerlo.

Si cree que los programas de administración de casos podrían ayudarlo, llame a Servicios para el Afiliado al 1-410-779-9369 o al 1-800-730-8530. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Podemos hablar con usted de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. O puede enviarnos un correo electrónico a CHPMDhealthservices@carefirst.com.

Anexo I

Servicios para víctimas de violencia doméstica

La violencia doméstica es abuso. El abuso no es saludable. El abuso es inseguro. Nunca está bien que alguien le pegue. Nunca está bien que alguien le haga sentir miedo. La violencia doméstica causa daño a propósito. La violencia doméstica en el hogar puede afectar a sus hijos y a usted. La violencia doméstica puede ser física, emocional, sexual, financiera o psicológica.

Si cree que puede ser víctima de abuso, llame o hable con su médico de atención primaria. Su PCP puede hablar con usted sobre la violencia doméstica. Consejos de seguridad para su protección:

- Llame a la línea directa de violencia doméstica para obtener ayuda. Pueden informarle sobre áreas de refugio seguras.
- Si está herido, llame a su médico de atención primaria. Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia (consulte la sección sobre Atención de emergencia).
- Tenga un plan sobre cómo puede llegar a un lugar seguro (como un refugio para mujeres o la casa de un amigo o familiar).
- Prepare una bolsa pequeña y déselas a un amigo para que la guarde hasta que usted la necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para el Afiliado al 800-730-8530 (TTY: 711) y se le asignará un trabajador social o llame al número de la línea directa nacional de violencia doméstica al 800-799-7233.

Anexo J

Acceso al departamento de Administración del Uso (UM)

- El personal de Administración del Uso (UM) está disponible por teléfono, de 8 a. m. a 5:30 p. m. hora del este, de lunes a viernes (excepto los días festivos de la empresa), para emitir decisiones de UM.
- Obtener una autorización previa es responsabilidad del PCP o del proveedor tratante. Los afiliados que necesitan autorización previa deben trabajar con su proveedor para enviar los datos clínicos requeridos.
- Si desea comunicarse con CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland, llame al 1-800-730-8530 o al 410-779-9369. Si se llama al número de teléfono local, el Departamento de UM puede aceptar llamadas a cobro revertido. O puede enviarnos un correo electrónico a CHPMDHealthServices@CareFirst.com.
- El personal de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland siempre se identifica por nombre, cargo y nombre de la organización al iniciar o devolver llamadas sobre problemas de CareFirst.
- Hay asistencia lingüística disponible para que los afiliados hablen sobre temas relacionados con CareFirst. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland también ofrece servicios TDD/TTY para afiliados con dificultades auditivas, sordos o con incapacidades del habla.
- CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland toma decisiones de administración del uso únicamente en función de la idoneidad de la atención y los servicios y de la existencia de cobertura. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland no recompensa específicamente a los proveedores o a otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para quienes toman decisiones sobre administración del uso no fomentan decisiones que resulten en subutilización. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland no utiliza incentivos para fomentar barreras a la atención y el servicio.

Anexo K

Procedimiento de Gestión Farmacéutica

El Comité de Farmacia y Terapéutica de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland revisa y aprueba todos los procedimientos de gestión farmacéutica durante sus reuniones trimestrales cuando corresponde. Se utilizan políticas y procedimientos aprobados para ayudar en el establecimiento y la gestión de la lista de medicamentos y productos cubiertos y comúnmente recetados de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland que usted o su proveedor pueden elegir para ayudarlo a mantenerse bien. Las decisiones actuales para agregar o eliminar un medicamento o producto de la lista del formulario se toman si el medicamento o producto se basa en uno o más de los siguientes criterios:

- Trata una afección que no es tratada por un medicamento de la lista actual;
- Trata una afección de una manera diferente a la de un medicamento de la lista actual;
- Se ha informado que su uso es seguro;
- Es más fácil de usar o puede aumentar el cumplimiento del paciente;
- Está fácilmente disponible;
- Funciona mejor que los medicamentos o productos de la lista actual;
- Es menor o equivalente en costo a los que figuran en la lista actual.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland también puede utilizar procedimientos de gestión farmacéutica adicionales para gestionar el uso de productos farmacéuticos:

Sustituto genérico

Las normas estatales exigen que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland distribuya versiones genéricas de medicamentos y productos en lugar de medicamentos y productos de marca, a menos que un proveedor solicite lo contrario.

Autorización previa

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede exigir que los proveedores obtengan aprobación antes de recetar algunos medicamentos y productos para asegurarse de que el medicamento o producto sea apropiado. La autorización previa solicitada por usted o su proveedor puede ser revisada por el gerente de beneficios de farmacia de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland para verificar su idoneidad clínica. Esté preparado para proporcionar documentación clínica de respaldo que demuestre que el afiliado ha probado una opción del formulario y no ha dado resultado. Comuníquese con CVS Health al 1-877-418-4133 para revisar su solicitud de medicamentos. (Un revisor clínico de CVS proporcionará los criterios de autorización previa utilizados para evaluar los medicamentos/productos solicitados si así se solicita durante la llamada).

Terapia escalonada

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland comienza la terapia con los medicamentos y productos más rentables y seguros. Si es necesario, se utilizarán terapias más costosas o arriesgadas. Comuníquese con CVS Health al 1-877-418-4133 para revisar su solicitud de medicamentos. (Un revisor clínico de CVS proporcionará los criterios de terapia escalonada utilizados para evaluar los medicamentos/productos solicitados si así lo solicita durante la llamada).

Límites de cantidad

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland limita la cantidad de medicamentos y/o productos específicos cubiertos dentro de un período de tiempo determinado según la duración del tratamiento basada en evidencia. Comuníquese con CVS Health al 1-877-418-4133 para revisar su solicitud de medicamentos. (Un revisor clínico de CVS proporcionará límites de cantidad específicos del medicamento o producto si así lo solicita durante la llamada).

Límites de edad

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede requerir la aprobación previa de ciertos medicamentos y productos según la edad. (Un revisor clínico de CVS proporcionará límites de edad específicos para medicamentos o productos si así lo solicita durante la llamada).

Intercambio terapéutico

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland prohíbe a un farmacéutico cambiar un medicamento o producto recetado por un medicamento o producto alternativo dentro de la misma clase terapéutica de medicamentos, excepto cuando el farmacéutico esté atendiendo a pacientes de un hospital, residente de un centro de atención integral o de cuidados prolongados con un procedimiento establecido para el intercambio terapéutico.

Excepciones de medicación

El gerente de beneficios de farmacia de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede revisar los medicamentos y productos no cubiertos solicitados por usted o su proveedor cuando el formulario no se adapta adecuadamente a sus necesidades clínicas. Esté preparado para proporcionar documentación clínica de respaldo que demuestre que el afiliado ha probado una opción del formulario y no ha dado resultado (necesidad médica). Comuníquese con CVS Health al 1-877-418-4133 para revisar una solicitud de excepción de medicación. Los afiliados o proveedores pueden iniciar una solicitud de excepción de medicación comunicándose con CVS Health.

La lista completa de medicamentos que su proveedor puede recetar se actualiza trimestralmente, pero pueden ocurrir cambios en la lista de medicamentos en cualquier momento según los procedimientos de gestión farmacéutica. Tanto la lista de medicamentos actualizada trimestralmente como los cambios provisionales en el formulario están disponibles en nuestro sitio web www.carefirstchpmd.com. Se distribuyen recordatorios periódicos de actualización del formulario a la afiliación a través del Boletín para el afiliado.

Anexo L

Directivas avanzadas



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



Your Life, Your Decisions

Advance Directives Information Sheet

Regardless of age or health status, a crisis could leave you too ill or injured to communicate decisions about your physical or mental health care. Planning ahead about the types of treatment you would or wouldn't like and potential outcomes is important. Start the conversation with family, friends, health care providers, an attorney, or religious advisor.

ADVANCE CARE PLANNING – DISCUSS

Advance care planning is an ongoing conversation with people you trust to discuss your personal preferences and decisions that might need to be made in any situation where you may have difficulty communicating, not just end-of-life care. Advance care planning requires careful consideration of your values, religious beliefs, preferences for treatment, and acceptable outcomes, which are documented in an advance directive or a Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) form. An advance directive is not the same as a MOLST form; to learn more about the Maryland MOLST form, visit marylandmolst.org. These conversations make your wishes known so they can be honored in the event you have limited or no capacity to make decisions for yourself. This eases burden on family and loved ones and helps prevent conflicts about your care. Identifying who can speak on your behalf is important – in Maryland, this individual is called a health care agent. If you don't appoint a health care agent, your next of kin will be designated under law, or a guardian will be appointed to make decisions for you if you can't speak for yourself.

ADVANCE DIRECTIVE – RECORD

You have the option to create an advance directive, a useful and legal way to direct your health care when you can't speak for yourself. You can appoint a health care agent to make decisions on your behalf and specify your treatment preferences in future situations, such as when to use life-sustaining treatments or what medications you prefer. Pick someone you trust to make these serious decisions and talk to that person to make sure they accept the responsibility. Include their name and contact information and any back-up health care agents in your advance directive. Various advance directive forms are available from health care providers, religious organizations, estate planners, lawyers, and others. There is no specific form that must be used, and you can personalize your advance directive to fit your wishes. Make sure to provide a copy of your advance directive to your family, health care providers, lawyer, or anyone else who should be aware of your decisions. **You are not required to have an advance directive. You can revoke your advance directive and complete a new one at any time.**

ELECTRONIC DOCUMENTATION – SHARE

An advance directive can be most effective if you make it available in electronic form that is easily accessible by a health care provider. Talk to your health care provider about storing a copy of your advance directive and health care agent information in their secure electronic health record system. You may be able to add and update this information outside of clinical visits using the health care provider's patient portal, a secure online website where you can view your health record and communicate with your care team. You can also use a State Recognized electronic advance directives service to create, upload, share, and update your advance directive and health care agent information; learn more about how health care providers involved in your care can access your information at crisphealth.org/for-patients/#advance-directives.

Visit the Maryland Attorney General's website for more information about advance directives and a sample form:
www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx



HealthChoice es un programa del Departamento de Salud de Maryland.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.