



EN ESTE LIBRO

Medicinas26
Farmacia y medicamentos de venta libre

Emergencias32
Cuándo y dónde obtener ayuda RÁPIDAMENTE

Transporte39
¿Necesita transporte?

My Health Pays™40
¡Obtenga recompensas!



mhsTM

Manual del miembro

Información importante sobre su cobertura de salud.



mhsindiana.com • 1-877-647-4848 • TTY/TDD: 1-800-743-3333



La información contenida en este manual está disponible en otros idiomas o formatos, incluyendo inglés, letras grandes o Braille. Comuníquese con los Servicios del miembro de MHS por teléfono al 1-877-647-4848 o electrónicamente en mhsindiana.com si necesita esta información en otro idioma o formato.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL NUEVO MIEMBRO



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de
MHS y pediatra en ejercicio

¡Bienvenido a MHS!

Gracias por hacer de MHS su opción para mejor atención de salud a través de su inscripción en el Healthy Indiana Plan (HIP). Estos son los siguientes pasos que debe tomar como nuevo miembro.



Rellene su Evaluación de necesidades de salud Tome la encuesta electrónica o por teléfono llamando al 1-888-252-3410 o en un quiosco de la farmacia de Walmart. **Hágalo en el plazo de 30 días de haberse afiliado para obtener una recompensa de \$30 de My Health Pays™.**



Inscribese para obtener su cuenta segura del portal del miembro Su cuenta del portal le brinda acceso a su información segura, tal como reclamaciones, la información del consultorio de su médico, los saldos de la cuenta My Health Pays™ y mucho más.



Elija su médico Use la búsqueda de proveedores en mhsindiana.com. Seguidamente, ingrese a la cuenta del portal o llámenos al 1-877-647-4848. **Puede obtener una recompensa de \$15 de My Health Pays™ por usar su cuenta del portal para elegir un médico en los primeros 30 días de convertirse en miembro.**



Visite a su médico Después de elegir un médico, haga una cita para un examen de inmediato. Este es su nuevo “equipo médico integral”.



Lea su Manual y la Guía de referencia rápida Su Manual y la Guía de referencia rápida le informarán sobre sus beneficios y los servicios y programas que puede usar como miembro.



Si está embarazada, envíe un formulario de Notificación de embarazo a MHS dentro de su primer trimestre (gane \$50) o dentro de su segundo trimestre (gane \$25). **Envíelo utilizando el Portal del miembro o llamando al 1-877-647-4848.**



¡MHS le beneficia a usted! Escriba MHSTEXT al 36698 para recibir mensajes y recordatorios de beneficios durante toda su afiliación con MHS. (Se aplican tarifas de mensajería estándar. Escriba STOPMHS para suspenderlos en cualquier momento).

CONTENIDO

Su equipo de MHS	4
Bienvenido a MHS	5
Cómo contactar con nosotros, cómo obtener asistencia con el idioma, dónde encontrar la información de sus beneficios en línea y mucho más.	
Su año de cobertura	8
Una programación de lo que puede hacer para permanecer saludable y obtener el máximo de sus beneficios durante todo el año de beneficios	
Servicios amparados y detalles del programa Healthy Indiana Plan (HIP)	10
Exámenes, evaluaciones y programación de vacunas	12
Recomendaciones para niños y adultos.	
Cuenta POWER	19
Servicios y programas de salud conductual amparados	22
Beneficios dentales y de la vista	24
Servicios de farmacia	26
Cuándo y dónde acudir para obtener atención de salud	28
Cómo obtener el máximo de sus visitas médicas, incluyendo cómo establecer un “equipo médico integral” para usted y su familia y cómo elegir su médico	
Sala de emergencia: Sepa cuándo ir	32
Cobertura para atención de salud fuera de Indiana o por parte de proveedores fuera de la red	34
Programas de gestión de caso y atención de salud	35
Información sobre programas de gestión de la salud ofrecidos a todos los miembros de MHS y cómo afiliarse. Incluye padecimientos crónicos tales como la diabetes, así como embarazo y Primer año de vida (First Year of Life), Opciones adecuadas (Right Choices), programa para dejar de fumar y mucho más.	
Servicios especiales de MHS	39
Healthy Kids Club (Club de niños saludables), MemberConnections (Conexión con los miembros), SafeLink Cell Phone (Teléfono celular con enlace seguro), Member Advisory Council (Consejo asesor del miembro) y mucho más.	
Transporte	39
Obtenga traslados gratuitos al médico y la farmacia.	
Programa de recompensas de My Health Pays™	40
Obtenga más con MHS! Gane recompensas por realizar actividades saludables.	
Cambios al plan y redeterminación	43
Cómo conservar sus beneficios.	
Programa de mejoramiento de la calidad	44
Quejas, reclamaciones y apelaciones	45
Revisión independiente externa y audiencia estatal imparcial	
Sus derechos sobre la apelación y las opciones	
Apelaciones de farmacia en HIP y HIP Maternidad	
Avisos importantes	48
Decisiones médicas	
Aviso sobre MHS como pagador secundario	
Desperdicio, fraude y abuso del programa	
Derechos y responsabilidades del miembro de MHS	50
Palabras y siglas que debe conocer como miembro del Healthy Indiana Plan	51
Notificación sobre prácticas de privacidad	53
Declaración de no discriminación	59
Rótulos de los idiomas	60

SU EQUIPO DE MHS

El personal de MHS está aquí para ayudarle a disponer de la mejor atención mediante su afiliación al Healthy Indiana Plan. A través de este manual, encontrará consejos prácticos importantes y recordatorios de algunos de los miembros del personal de MHS.

¡Conozca sus guías a través de este manual!



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections



Nancy Robinson
Directora, Red de
proveedores



Noel Wyatt
Administrador principal,
Salud conductual



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de
MHS y pediatra en ejercicio

Planes HIP codificados por color en este Manual

Dependiendo de sus ingresos, si está embarazada, si paga una contribución mensual, puede estar en uno o varios planes de HIP. Para ayudarle a encontrar las diferencias en su manual, hemos codificado estos planes por color:



Anaranjado: HIP Plus



Azul: HIP Básico



Verde: Plan HIP del Estado (Plus y Básico)



Rosado: HIP Maternidad

Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro del plan en el cual está, puede ingresar a mhsindiana.com para averiguarlo. O, puede llamar a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.

Este manual del miembro le brinda un resumen de sus beneficios de atención de salud. MHS desea facilitarle la obtención del máximo de sus beneficios y servicios. MHS puede ayudarle las 24 horas al día, los siete días de la semana.

Cómo contactar con nosotros

	Servicios del miembro 1-877-647-4848. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Línea TTY/TDD	1-800-743-3333 (para miembros con discapacidad auditiva o del habla)
Línea de ayuda de enfermería las 24 horas	1-877-647-4848
Emergencia	911
	Sitio web mhsindiana.com
	Por correo: MHS Member Services 550 N. Meridian Street, Suite 101 Indianapolis, IN 46204

Permanezca conectado con MHS a través de Internet

Blog: mhsindiana.com

-  Managed Health Services-MHS
-  @mhsindiana
-  Managed Health Services

Correos electrónicos de MHS

MHS le enviará correos electrónicos sobre sus beneficios específicos, eventos en su ciudad o pueblo y consejos prácticos para un estilo de vida saludable. Cerciórese de que su dirección de correo electrónico esté actualizada con el Estado para obtener esta importante información.

¡Los Servicios del miembro de MHS están aquí para ayudarle!

Podemos responder sus preguntas sobre su seguro de salud, incluyendo información sobre beneficios, médicos y servicios MHS. He aquí algunas razones por las cuales debe comunicarse con los Servicios del miembro:

- Si necesita elegir o cambiar su médico [página 8]
- Para completar su Evaluación de necesidades de salud [página 8]
- Para programar el transporte [página 39]
- Si recibe una factura de su médico o proveedor de atención de salud [página 9]
- Para obtener asistencia con el idioma [página 6]
- Si tiene preguntas sobre decisiones relativas a su atención médica

MHS también ofrece un servicio telefónico de voz "en vivo" las 24 horas del día en inglés y español. Puede dejar un mensaje y MHS le llamará nuevamente en el transcurso de un día hábil. Comuníquese con los Servicios del miembro de MHS si necesita ayuda para comprender cualquier material escrito de MHS, tal como folletos, volantes, cartas y este manual. Podemos enviarle cualquiera de nuestros materiales escritos en un idioma o formato diferentes, incluyendo español, en letras grandes o Braille. También puede comunicarse con los Servicios del miembro de MHS para sugerir cambios a cualquiera de las políticas, servicios y procesos que MHS le proporciona en su calidad de miembro.

"Como miembro valioso de MHS, estaremos en contacto con usted periódicamente por teléfono, correo postal o correo electrónico. Por favor, lea y responda toda la información que le enviamos, ya que esto es clave para su salud así como para conservar su cobertura."

Si no recibe comunicación de nosotros, es posible que no tengamos su número de teléfono o dirección correctos. Infórmenos si se muda o cambia su número telefónico."



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

Manténgase en contacto

Siempre infórmele a MHS y al Estado si se muda o cambia de teléfono o dirección de correo electrónico. Si se muda a otro condado o a más de 30 minutos del consultorio de su médico, es posible que no pueda conservar el mismo médico. Llame y hable con los Servicios del miembro de MHS si se muda.

También, es muy importante informarle a MHS y al Estado, sobre los cambios en sus ingresos o en el de su familia (matrimonio, cambios en el cabeza de familia, etc.). Puede llamar al 1-800-403-0864 o visitar la oficina local de la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, DFR) para informar sobre cualquier cambio. Cuando informe sobre el cambio debe solicitar un nuevo cálculo de su contribución a la cuenta POWER. Conozca más sobre esto en la página 21.

Línea gratuita de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas.

Todos tenemos preguntas acerca de la salud. Si tiene una pregunta, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día al 1-877-647-4848. La línea de ayuda de enfermería es una línea telefónica gratuita que brinda asesoría médica con personal de enfermería licenciado bilingüe. Está a su disposición las 24 horas del día, todos los días del año. He aquí algunas de las preguntas que podría formular:

- Preguntas sobre el embarazo
- Qué hacer si el bebé está enfermo
- Cómo manejar el asma
- Qué cantidad de medicamento usar/administrar
- Cuándo ir a la sala de emergencia

Asistencia con el idioma

MHS cuenta con personal bilingüe o un intérprete para ayudar a los miembros que hablan idiomas distintos del inglés. Podemos ayudarle a programar citas y responder sus preguntas por teléfono. Este servicio es gratuito. Llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicite asistencia con el idioma.

Los miembros con discapacidad auditiva pueden llamar al Servicio de retransmisión de Indiana al 1-800-743-3333 para acceder al servicio TDD/TTY. Este número se puede utilizar en cualquier parte de Indiana. Pídale al operador que le conecte a MHS al 1-877-647-4848, o a cualquier otro número. Dígale a su médico si necesita un intérprete por señas para sus visitas médicas.

Sitio web de MHS mhsindiana.com

El sitio web de MHS le ayuda a obtener respuestas cuando sea conveniente para usted. Si no tiene impresora, siempre puede pedirle a MHS que le envíe los formularios que necesite, las páginas web o cualquier otra información que se pueda imprimir en mhsindiana.com, o las páginas de Facebook o Twitter de MHS. Estas son algunas de las páginas importantes de nuestro sitio web:

- **mhsindiana.com/HIPscreening**

Cuando toma su Evaluación de necesidades de salud en el lapso de 30 días, luego de haberse afiliado a MHS, obtiene una recompensa de cuidado de la salud de \$30 de My Health Pays™. O tómela en el lapso de 90 días luego de haberse afiliado a MHS ¡y obtenga una recompensa de cuidado de la salud de \$10 de My Health Pays™! Conozca más sobre My Health Pays™ en la página 40.

“MHS puede proporcionarle un intérprete en persona para todos los idiomas, incluyendo aquellos que utilizan el lenguaje por señas.

Consulte con su médico primero. Si el médico no dispone de un intérprete en su personal, MHS lo proporcionará. Llámenos al menos siete días antes de su visita al médico para que podamos planificar en función de usted”.



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections

- **Para los miembros > Healthy Indiana Plan > Beneficios y servicios**

Para conocer actualizaciones del miembro y guías del miembro, tales como una copia de este manual, folletos y las guías sobre cómo hacerlo. También puede encontrar copias de los formularios del miembro, boletines informativos del miembro e información sobre programas y servicios especiales de MHS.

- **mhsindiana.com/find-a-provider**

Encuentre médicos, especialistas, hospitales y otras instalaciones en el plan de MHS utilizando esta búsqueda rápida y fácil en Internet.

- **mhsindiana.com/events**

Conozca cuándo estaremos en su ciudad consultando nuestro calendario de eventos para la comunidad, a llevarse a cabo en Indiana. MHS participa en cientos de eventos públicos comunitarios gratuitos todos los años. ¡Visítenos en estos eventos para conocer más sobre sus beneficios y mucho más!

- **Para los miembros > Healthy Indiana Plan > Salud y bienestar**

Nuestra biblioteca de salud gratuita le ayudará a encontrar respuestas a sus problemas de salud. Hay más de 4,000 hojas de información sobre salud en una diversidad de temas de salud para ayudarle a ocuparse de sí mismo y de su familia.

- **mhsindiana.com/contact-us**

Envíe un mensaje al Servicio del miembro de MHS.

Regístrese abriendo una cuenta en el portal seguro del miembro de MHS

Cree una cuenta y acceda a herramientas que contribuyen a permitirle manejar su atención a la salud de forma más rápida y fácil; todo sin tener que usar el teléfono:

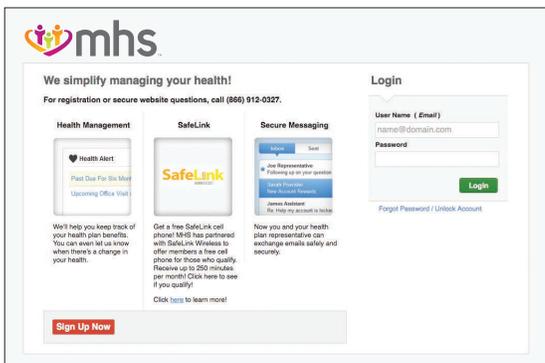
- Vea el resumen de sus beneficios, incluyendo los beneficios de farmacia.
- Encuentre la explicación de la declaración de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
- Encuentre un/cambie de médico
- Consulte los informes de calidad de los médicos
- Vea y hágale seguimiento a sus reclamaciones. Puede ver los montos aprobados, el monto pagado y la fecha en que se pagó.
- Comuníquese con los Servicios del miembro de MHS
- Solicite, pida o imprima una tarjeta de identificación
- Conozca sobre referencias para la atención de salud y si se requiere una autorización

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción



QUÉ HACER AHORA QUE SE HA INSCRITO

Su año de cobertura >>



Evaluación de necesidades de salud

La Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS) es un cuestionario sobre su historia de salud y si tiene algún padecimiento que requiere atención a la salud. Deseamos conocer sobre su salud de inmediato para que podamos ayudarle a relacionar sus necesidades con el equipo de atención a la salud adecuado. Por eso ofrecemos una forma de ganar recompensas en dinero con el Programa My Health Pays™. MHS le entregará una recompensa de cuidado de la salud de \$30 en su cuenta My Health Pays™ si rellena la Evaluación de necesidades de salud en el plazo de 30 días después de afiliarse. O puede obtener una recompensa de \$10 en su cuenta My Health Pays™ por rellenar este cuestionario en el plazo de 90 días después de afiliarse.

Le llamaremos antes de que transcurran los 90 días, pero no es necesario que espere. Ingrese a mhsindiana.com/HIPscreening, llame a Participación en la atención de MHS (MHS Care Engagement) y solicite tomar la encuesta, o vaya al kiosco de la farmacia de Walmart.

Elija a su médico de inmediato

MHS se ocupa de que usted disponga de un equipo médico integral y eficiente de atención a la salud. Eso comienza eligiendo a los médicos de MHS para usted y su familia. Como miembro de MHS usted puede elegir el médico que desee. El médico se ocupará de la atención de su salud y de que obtenga los servicios que su familia necesita.

Es importante que elija el médico que desee en el plazo de 30 días después de afiliarse a MHS. Si no lo hace, MHS elegirá un médico en su nombre.

Cómo elegir su médico de MHS:

Primeramente, consulte la lista de médicos en su área:

- Hágalo electrónicamente en mhsindiana.com/find-a-provider, o
- Llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicite una lista

Seguidamente, elija su médico entre los que se encuentran en la lista. Puede elegir entre los siguientes tipos de médicos de MHS:

- Práctica familiar
- Práctica general
- Medicina interna
- Obstetra/ginecólogo
- Pediatra
- Endocrinólogo

Por último, ¡informemos! Puede informarnos de dos maneras:

- Elija su médico a través de su cuenta del Portal seguro del miembro de MHS en mhsindiana.com/login.
- Llame a los Servicios del miembro al 1-877-647-4848.

Posteriormente, MHS le enviará una carta confirmando el(los) médico(s) que eligió.

Haga una primera cita y conozca a su médico

Después de elegir a su médico, llame al consultorio de este en el plazo de 60 días a fin de hacer una cita para su primera visita de control o de atención preventiva. MHS se ocupa de que usted disponga de un equipo médico integral y eficiente de atención a la salud. Esto significa que necesita desarrollar una relación con un médico en quien confíe y al cual visite para todo lo relativo a su atención médica. Este médico también se conoce como su proveedor de atención médica primaria (Primary Medical Provider, PMP).

Si está embarazada, rellene el formulario de Notificación de embarazo (Notification of Pregnancy, NOP).

Este formulario está disponible a través de su cuenta en línea o llamándonos. Rellenar este formulario puede ayudarla a comenzar a ganar recompensas de My Health Pays™ adicionales.

QUÉ HACER AHORA QUE SE HA INSCRITO

6
meses

1
año

Obtenga su atención preventiva

La mejor forma de permanecer saludable es obtener su atención preventiva periódica. Las visitas de atención preventiva son GRATIS para todos los miembros de MHS. Los adultos y los niños por igual necesitan atención preventiva y vacunas. Consulte la página 12 para la programación de exámenes anuales, evaluaciones y vacunas.

Como miembro de **HIP Plus** o del **Plan HIP Plus del Estado**, realizarse ciertos exámenes preventivos y evaluaciones le otorga descuentos en HIP, aplicables para su próximo año de beneficios. Conozca más la página 14.

Conserve sus beneficios

Como sus socios colaboradores en la salud, deseamos que usted continúe recibiendo beneficios si los necesita. El HIP ahora hace coincidir su opción de plan de salud con el año calendario. Usted escogerá su plan de salud una vez al año y permanecerá con este todo el año, desde enero hasta diciembre. Este es su año de beneficios. Incluso si abandona el programa y regresa durante el año, permanecerá con el mismo plan de salud. Cada otoño, desde el 1º de noviembre hasta el 15 de diciembre tendrá la oportunidad de cambiar su plan de salud para el próximo año de beneficios. Puede hacer esto llamando al 1-877-GET-HIP-9 e informándoles que desea un nuevo plan de salud para el próximo año. ¡Si está conforme con MHS, no necesita hacer nada! Se le reinscribirá automáticamente con nosotros para el próximo año.

Esto no cambia su período de elegibilidad para el programa. Debe realizar el proceso de redeterminación cada 12 meses. Esto ocurrirá en función del mes en el cual ingresó al programa. Recibirá un recordatorio de que es el momento para la redeterminación de su elegibilidad. Si no responde como se le indicó, podría perder la cobertura.

Año de beneficios: Enero a diciembre. Sus límites de beneficios y la cuenta POWER se restablecen cada mes de enero.

Periodo de elegibilidad: 12 meses que comienzan cuando se le aprueba la cobertura. Esto puede ser diferente para cada persona.

Cuarenta y cinco días antes del final de su período de elegibilidad de 12 meses, el Estado comenzará un proceso para determinar si usted es aún elegible para el HIP. Durante este período de 45 días, el estado solicitará información adicional de usted para determinar si continúa reuniendo los requisitos.

Debe completar y devolver la información solicitada para determinar si continúa reuniendo los requisitos para permanecer en el plan.

Si se encuentra actualmente en el programa **HIP Básico**, tendrá la oportunidad de avanzar del **HIP Básico** al **HIP Plus** pagando una contribución requerida a su cuenta POWER. Recuerde; los miembros del **HIP Plus** no requieren de copagos y tienen más beneficios, incluyendo cobertura dental y de la vista. Conozca más sobre **HIP Plus** en la página 15. Si se le solicita más información para verificar que continúa reuniendo los requisitos para el HIP, debe enviarla a tiempo. Si no devuelve la información solicitada a tiempo, se le puede desincorporar del HIP y estar sujeto a bloqueo por hasta seis meses.

¿Conoce la próxima fecha de renovación de sus beneficios? Llame al trabajador social del estado o al Centro de servicio FSSA al 1-800-403-0864 para obtener ayuda.

Siempre muestre su tarjeta de identificación de seguro como miembro de MHS.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de HIP cada vez que obtenga atención médica o vaya a la farmacia. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que tenga que pagar por la atención médica que reciba. Si recibe una factura por servicios amparados o le indican que debe presentar una reclamación, comuníquese con los Servicios del miembro de MHS de inmediato al 1-877-647-4848.

Su tarjeta se verá como esta:



HIP Básico, Plus, Plan del Estado y Maternidad

Seguro secundario

También debe mostrar sus tarjetas de identificación de cualquier otro seguro de salud que tenga cada vez que obtenga atención de salud. Informe a MHS si tiene otro seguro de salud. Si cancela o pierde su otro seguro de salud, recuerde hablar con un trabajador social del estado para actualizar su información.

Servicios amparados

Un servicio amparado es aquel que se paga según los beneficios de salud a través del Healthy Indiana Plan. Es posible que algunos servicios no estén amparados en el paquete de beneficios. Si un servicio no está amparado, su médico debe decirle si tiene que pagar por el servicio. Algunos paquetes de beneficios tienen un pago de contribución mensual y copagos que debe cancelar.

Sus beneficios

El Healthy Indiana Plan (HIP) proporciona seguro de salud para adultos no asegurados entre 19 y 64 años. El programa está patrocinado por el estado. Ofrece beneficios totales de salud incluyendo servicios de hospital, atención de salud mental, servicios médicos, recetas y exámenes de diagnóstico.

Dependiendo de sus ingresos, si está embarazada y si paga una contribución mensual, puede estar en uno o varios planes HIP, incluyendo **HIP Plus**, **HIP Básico**, **Plan HIP del Estado** y **HIP Maternidad**. Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro del plan en el cual está, puede ingresar a mhsindiana.com para averiguarlo. O, puede llamar a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.

El siguiente cuadro de beneficios indica “amparado” si el beneficio está amparado por todos los planes HIP. Si un determinado beneficio está solo disponible en algunos planes HIP, estos planes están indicados.

BENEFICIO	COBERTURA
Terapias autorizadas: física, del habla, ocupacional, respiratoria	Amparado
Quiropráctico (6 visitas al año)	HIP Plus, Plan Plus del Estado y Maternidad
Atención continuada después de las hospitalizaciones (estabilización posterior)	Amparado
Procedimientos cosméticos	No
Evaluación y tratamiento de retardo en el desarrollo	No
Bandas para diabetes, monitorización del azúcar en la sangre	Amparado
Visitas médicas (servicios de su proveedor de atención médica primaria (PMP) /médico de familia)	Amparado
Durante y después de la atención del embarazo – Llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Amparado
Cuidado de los pies	Amparado con restricciones
Servicios de transporte gratis para visitas al médico, farmacia, atención de emergencia y reinscripción en Medicaid	Amparado
Prótesis auditivas (cada cinco años)	Solo para edades entre 19 y 20 años
Atención de salud en el hogar	Amparado
Hospicio	Amparado
Hospitalizaciones	Amparado
Laboratorio/radiografías	Amparado
Suministros/equipos médicos	Amparado
Servicios nuevos o experimentales o terapias alternativas	No
Ortopedia: aparatos para las piernas, zapatos ortopédicos, prótesis	Amparado
Recetas (pueden requerir un copago)	Amparado
Referencias a especialistas	Amparado
Atención dental de rutina	HIP Plus, Plan del Estado y Maternidad
Atención de rutina para la vista (óptica)	HIP Plus, Plan del Estado y Maternidad
Cirugías (ambulatorias)	Amparado
Pruebas para conocer si tiene un padecimiento de salud (diagnóstico)	Amparado
Tratamiento para dificultades del aprendizaje, solución de problemas o asuntos relacionados con la memoria	No
Controles médicos del niño sano (evaluaciones periódicas tempranas, diagnóstico y tratamientos)	Amparado (hasta el mes del cumpleaños 21 del miembro)

SERVICIOS AMPARADOS Y DETALLES DEL PROGRAMA HIP

Servicios del Healthy Indiana Plan sin referencia

Puede recibir algunos servicios sin necesidad de ver a su médico para obtener una referencia, siempre que visite a un proveedor de Medicaid de Indiana. Puede encontrar una lista de los proveedores de Medicaid de Indiana en indianamedicaid.com.

Los siguientes servicios no precisan de referencia de su proveedor de atención médica primaria ni aprobación de MHS.

Los miembros pueden autorreferirse a cualquier proveedor calificado inscrito en Medicaid:	Plan HIP del Estado	HIP Básico	HIP Maternidad	HIP Plus
Quiropráctico	X		X	X
Atención de rutina para la vista (óptica)	X		X	X
Servicios psiquiátricos	X	X	X	X
Atención de podiatría (pies)	X		X	
Planificación familiar	X	X	X	X
Servicios de emergencia	X	X	X	X
Atención urgente	X	X	X	X
Vacunas	X	X	X	X
Autogestión de la diabetes	X	X	X	X
Servicios que no precisan de referencia si los proporciona un proveedor en la red:				
Servicios que no precisan de referencia si los proporciona un proveedor en la red:	Plan HIP del Estado	HIP Básico	HIP Maternidad	HIP Plus
Atención dental de rutina	X		X	X
Salud conductual (salud mental, abuso de sustancias, dependencia de sustancias químicas)	X	X	X	X

“Es tan importante la atención de su bienestar mental como lo es la de su salud física. Puede encontrar un médico de salud conductual a través de Internet en nuestra búsqueda para encontrar un proveedor. MHS también tiene programas de gestión de caso para ciertos padecimientos. Conozca más en la página 12”.



Noel Wyatt
Administrador principal,
Salud conductual

Sea proactivo: Servicios preventivos y descuentos del HIP

Exámenes, evaluaciones y programación de vacunaciones

Los adultos necesitan recibir un control anual de su médico. Dependiendo de su edad y sexo, puede necesitar ciertas evaluaciones e incluso vacunas. Como miembro de HIP, puede obtener recompensas por obtener algunos de estos cuidados periódicos.

Salud de la mujer

Atención preventiva

Las mujeres necesitan ciertas pruebas de salud que los hombres no necesitan. Estas pruebas son evaluaciones simples que pueden representar una gran diferencia. Todas las mujeres deben hablar con su médico sobre las evaluaciones de atención preventiva tales como la prueba de Papanicolau, la prueba de clamidia y las mamografías. Las evaluaciones preventivas de atención de salud de la mujer y los de control de la natalidad (planificación familiar) son servicios que no precisan de referencia. Esto significa que puede ir a un médico distinto de su médico de MHS. No necesita obtener una referencia de su médico, pero debe visitar a un proveedor de Medicaid de Indiana que esté en la red.

(Puede encontrar este cuadro y más guías de cuidados preventivos en mhsindiana.com. Haga clic en Para afiliados > Healthy Indiana Plan > Beneficios y servicios > Información general de beneficios > Visitas al médico y pruebas de detección).

Evaluaciones

Examen de la persona sana

Hable con su médico sobre problemas físicos, mentales y de estilo de vida para fomentar una vida saludable.

Presión sanguínea

Conozca sus números: Conserve su presión sanguínea bajo control.

Índice de masa corporal (Body Mass Index, BMI)

Permanezca con un peso saludable. Conozca su BMI

Evaluación de aneurisma de la aorta abdominal

Evaluación una vez mediante ultrasonido para hombres con historia de tabaquismo.

Uso de aspirina para prevención de enfermedades del corazón

Cuando el daño potencial de hemorragia gastrointestinal supera el beneficio potencial de disminución de ataques al corazón o accidente cerebrovascular.

Evaluación de cáncer de seno

Evaluación universal a la edad de 50 años; a los 40 años hable con su médico al respecto.

Evaluación de cáncer cervical

Edades 21-65: Prueba de Papanicolau cada 3 años
Edades 30-65: Cada 5 años para prueba de Papanicolau y del virus del papiloma humano (VPH)

Despistaje de clamidia

*Las mujeres entre los 16 y 24 años sexualmente activas, al menos una vez al año.
Las mujeres de 25 años o más están en mayor riesgo.

Evaluación del colesterol

Hombres en edades de 25-35 y mujeres de más de 20 años que están en mayor riesgo de enfermedades del corazón. Todos los hombres de 35 años o más

Evaluación de cáncer colorrectal

Prueba de sangre fecal oculta anualmente
Sigmoidoscopia cada 5 años, de alta sensibilidad cada 3 años
Evaluación de colonoscopia cada 10 años

Evaluación de depresión

Discuta el estrés de la vida con su médico. Obtener ayuda es lo mejor que puede hacer

Atención odontológica

Ocúpese de sus dientes y encías. Haga una visita de rutina al dentista al menos una vez al año.

Evaluación de diabetes (tipo 2)

Puede hacer mucho para evitar o demorar contraer diabetes tipo 2.

Evaluación de hepatitis C

Evaluación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Evaluación de osteoporosis

Conserve fuertes sus huesos. Las personas con mayor riesgo necesitan pruebas de densidad ósea.

Referencias: US Preventive Services Task Force • JNC Express: Prevención, detección, evaluación y

SERVICIOS AMPARADOS Y DETALLES DEL PROGRAMA HIP

EDAD EN AÑOS

18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75+
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Cada año tanto para hombres como para mujeres

Cada año tanto para hombres como para mujeres

Cada año tanto para hombres como para mujeres

Hombres con mayor riesgo

Hombres

Mujeres

Todas las mujeres

Mujeres con mayor riesgo

Mujeres

* Mujeres

Mujeres con mayor riesgo

Todos los hombres

Hombres con mayor riesgo

Mujeres con mayor riesgo

Tanto para hombres como para mujeres

Tanto para hombres como para mujeres

Tanto para hombres como para mujeres

Cada año tanto para hombres como para mujeres

Hombres y mujeres el riesgo de infección y adultos nacidos entre 1945 y 1965

Tanto para hombres como para mujeres

Quienes tengan mayor riesgo

Todas las mujeres

Mujeres con mayor riesgo

“Puede ver los estados de cuenta que muestran sus débitos y créditos (si tiene un pago) a su cuenta POWER a través de su cuenta del miembro en mhsindiana.com/login. Conozca más sobre el Portal seguro del miembro en la página 7”.



Nancy Robinson
Directora, Red de
proveedores

Servicios preventivos para descuentos del HIP

MHS desea que obtenga su atención preventiva necesaria. Este es el motivo por el cual los servicios preventivos no se pagan desde su cuenta POWER. Además, manejar su cuenta y obtener atención preventiva puede disminuir su contribución el próximo año. Si sus gastos por atención médica durante el año no utilizan todos los fondos de su cuenta POWER, puede reinvertir la porción del saldo restante que contribuyó hacia su próximo año de cobertura de HIP. Esto se conoce como Reinversión del miembro. También puede duplicar esta reinversión del miembro si completa los servicios preventivos. Al manejar su cuenta inteligentemente y recibir la atención preventiva recomendada, podría eliminar su contribución requerida mediante la reinversión.

Por ejemplo, si pagó \$240 en contribuciones totales para su año de beneficios (\$20 al mes), pagó 10% de su cuenta POWER anual. Si terminó el año con \$1,000 restantes en su cuenta POWER, puede hacer la reinversión de 10% de eso hacia el próximo año, o \$100.

Si recibe servicios preventivos, puede duplicar esa reinversión del miembro y obtener \$200 hacia su contribución para su próximo año de beneficios. Estos \$200 disminuirían la cantidad que paga en contribuciones a la cuenta POWER en el próximo año de beneficios.

Los servicios preventivos que le califican para duplicar la cantidad de reinversión. He aquí algunos ejemplos:

SERVICIO	SOLICITUD QUE CORRESPONDE
Examen físico anual	Todos
Evaluación de glucosa en la sangre	Todos, específicos de la enfermedad
Evaluación de inmunidad contra tétanos-difteria	Todos
Prueba de colesterol	Hombres de más de 35 años, mujeres de más de 45 años
Mamografía	Mujeres de más de 50 años
Prueba de Papanicolau	Mujeres entre 21 y 50 años de edad

*Revise con su médico sobre las recomendaciones específicas en función de su edad e historia médica.

Debido a que puede tomar hasta cuatro meses que sus médicos y su plan de salud configuren todos los pagos de la cuenta POWER, estas disminuciones estarán disponibles para usted el quinto mes de su próximo período de inscripción de 12 meses en el HIP.

Su Plan HIP – Las diferencias

Dependiendo de sus ingresos, si está embarazada y si paga una contribución mensual, puede estar en uno o varios planes HIP, incluyendo **HIP Plus**, **HIP Básico**, **Plan HIP del Estado** y **HIP Maternidad**. Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro del plan en el cual está, puede ingresar a mhsindiana.com para averiguarlo.

HIP Plus

¡HIP Plus es el plan con mejor relación calidad-costos! Usted obtiene la mayoría de los beneficios a un costo mensual bajo y predecible.

Los beneficios de HIP Plus incluyen todos los beneficios de salud esenciales requeridos. Además, incluye servicios dentales y de la vista y servicios para cirugía bariátrica y trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint disorders, TMJ). Y hay menos límites en las visitas anuales para ver terapeutas físicos, del habla y ocupacionales.

Los miembros del HIP Plus pagan una contribución mensual asequible, en función del ingreso, llamada una contribución a la cuenta POWER (PAC). Si más de un miembro de la familia en el domicilio está inscrito en HIP Plus, los montos de la contribución se combinarán en la factura mensual. Las facturas se envían por correo a la dirección de domicilio. Si usted reúne los requisitos para el Healthy Indiana Plan (HIP) y utiliza tabaco, puede tener un incremento en la Contribución a la cuenta Power en el segundo año de cobertura. Conozca más sobre el recargo y cómo MHS puede ayudarle a dejar de fumar en la sección de Programas para la gestión de caso y atención.

Cantidades de copago de HIP Plus

Pagar una contribución mensual para permanecer en HIP Plus puede ser más económico que el HIP Básico, porque no tiene que pagar un copago al momento del servicio por muchos servicios:

Servicios ambulatorios – Incluyendo las visitas al consultorio del médico	\$0
Servicios de hospitalización – Incluyendo permanencia en el hospital	\$0
Medicamentos preferidos	\$0
Medicamentos no preferidos	\$0
Visita a la sala de emergencia sin que constituya una emergencia	\$8

Pagos atrasados y desincorporación

Las contribuciones mensuales deben haberse pagado para la fecha de vencimiento indicada en su factura mensual. Después de esa fecha de vencimiento, tiene 60 días para hacer el pago antes de que pierda la cobertura de HIP Plus. Si pierde la cobertura por falta de pago y tiene un ingreso familiar mayor que el nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL) no le pueden reinscribir en HIP hasta los próximos seis meses. Los miembros de HIP Plus con indicación de clínicamente delicados que vivan en un refugio por violencia doméstica o en un estado declarado como área de desastre pueden estar exentas del bloqueo y pueden volver a hacer la solicitud.

HIP Plus a HIP Básico

Los miembros que pierdan la cobertura de HIP Plus debido a la falta de pago y tengan un ingreso familiar inferior o igual a 100 por ciento del nivel de pobreza federal se cambiarán de los beneficios del HIP Plus a los beneficios de HIP Básico, automáticamente. Entonces tendrán un copago por la mayoría de los servicios y recetas.

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción



ASPIRE

Si está actualmente en el plan HIP Básico o en el HIP Básico del Estado aspire al HIP Plus / Plan HIP Plus del Estado al comienzo de su próximo período de elegibilidad. ¡Pague sus contribuciones mensuales a tiempo para permanecer en el HIP Plus / Plan HIP Plus del Estado!



¿Sabía usted que puede utilizar las recompensas saludables de My Health Pays™ para efectuar sus pagos mensuales? ¡Consulte la página 40 para averiguar cómo ganar recompensas!

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero”. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día”.

“Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción



ASPIRE

Si está actualmente en el plan HIP Básico o en el Básico HIP del Estado aspire al HIP Plus / Plan HIP Plus del Estado al comienzo de su próximo año de beneficios. ¡Pague sus contribuciones mensuales a tiempo para permanecer en el HIP Plus /Plan HIP Plus del Estado!

Puede utilizar las recompensas saludables de My Health Pays™ para efectuar sus pagos mensuales. Consulte la página 40 para conocer cómo ganar recompensas.

HIP Básico

Los beneficios de HIP Básico incluyen todos los beneficios de salud esenciales requeridos. No incluye servicios dentales y de la vista ni servicios para cirugía bariátrica ni trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Y hay más límites en las visitas anuales para ver terapeutas físicos, del habla y ocupacionales.

Cantidades de copagos de HIP Básico

Los miembros del HIP Básico, no tienen una contribución mensual simple y predecible. En vez de esto son responsables del pago de copagos al momento del servicio. Debido a esto el plan HIP Básico puede ser más costoso que pagar una contribución mensual para permanecer en HIP Plus.

Servicios ambulatorios – Incluyendo las visitas al consultorio del médico	\$4
Servicios de hospitalización – Incluyendo permanencia en el hospital	\$75
Medicamentos preferidos	\$4
Medicamentos no preferidos	\$8
Visita a la sala de emergencia sin que constituya una emergencia	\$8

Plan HIP del Estado

Los beneficios del Plan HIP del Estado incluyen todos los beneficios de salud esencial requeridos y algunos beneficios adicionales tales como dental, vista y quiropráctico. Los miembros del Plan HIP del Estado pueden o no tener copagos, dependiendo de si están en el Plan HIP del Estado.

Costos del Plan HIP Plus del Estado

Los miembros del Plan HIP Plus del Estado pagan una contribución mensual asequible en función del ingreso. Si no paga su contribución mensual a tiempo, se le cambiará al Plan HIP Básico del Estado. Los miembros del Plan HIP Plus del Estado pagan el mismo copago que los miembros del HIP Plus:

Servicios ambulatorios – Incluyendo las visitas al consultorio del médico	\$0
Servicios de hospitalización – Incluyendo permanencia en el hospital	\$0
Medicamentos preferidos	\$0
Medicamentos no preferidos	\$0
Visita a la sala de emergencia sin que constituya una emergencia	\$8

Si usted reúne los requisitos para el Healthy Indiana Plan (HIP) y utiliza tabaco, puede tener un incremento en la Contribución a la cuenta Power en el segundo año de cobertura. Conozca más sobre el recargo y cómo MHS puede ayudarle a dejar de fumar en la sección de Programas para la gestión de caso y atención de este manual.

Costos del Plan HIP Plus del Estado

Los miembros del HIP Básico, no tienen una contribución mensual simple y predecible. En vez de esto son responsables del pago de copagos al momento del servicio. Debido a esto el plan HIP Básico puede ser más costoso que pagar una contribución mensual para permanecer en el Plan HIP Plus del Estado. Los miembros del Plan HIP Plus del Estado pagan el mismo copago que los miembros del HIP Básico:

Servicios ambulatorios – Incluyendo las visitas al consultorio del médico	\$4
Servicios de hospitalización – Incluyendo permanencia en el hospital	\$75
Medicamentos preferidos	\$4
Medicamentos no preferidos	\$8
Visita a la sala de emergencia sin que constituya una emergencia	\$8

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción



ASPIRE A MÁS

Si está actualmente en el plan HIP Básico o en el Plan HIP del Estado aspire al HIP Plus / HIP Plus del Estado al comienzo de su próximo año de beneficios. ¡Pague sus contribuciones mensuales a tiempo para permanecer en el HIP Plus / Plan HIP Plus del Estado!

Puede utilizar las recompensas saludables de My Health Pays™ para efectuar sus pagos mensuales. Consulte la página 40 para conocer cómo ganar recompensas.

“Ingrese a su cuenta del miembro en mhsindiana.com y rellene la encuesta de “Notificación de embarazo” para hacer una pausa en sus contribuciones y copagos y recibir sus beneficios adicionales”.



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections

¿Está embarazada? ¡Infórmenos de inmediato!

Todo lo que necesita hacer es rellenar una encuesta de Notificación de embarazo. Comience:

- Inscríbase en su cuenta del Portal del miembro y rellene el formulario de Notificación de embarazo.
- O llame a una enfermera obstetra al 1-877-647-4848, extensión 20309, para rellenarlo por teléfono.

Los beneficios de las afiliadas embarazadas del HIP cambian, a saber:

- No pagará una contribución mensual a su cuenta POWER (POWER Account contribution, PAC) mientras esté embarazada.
- No hará copagos para la mayoría de los servicios de atención a la salud mientras esté embarazada.
- Obtendrá beneficios adicionales, incluyendo el transporte de ida y vuelta a las visitas al médico, servicios quiroprácticos y la Opción de rehabilitación de Medicaid (Medicaid Rehabilitation Option, MRO) mientras esté embarazada.
- También podría reunir los requisitos para una recompensa de My Health Pays™ de \$85 adicionales.

Estos beneficios adicionales facilitan que pueda ver a su médico para obtener importante atención prenatal (del embarazo). Estos servicios comenzarán el primer día del mes después de haber informado sobre su embarazo a Managed Health Services (MHS) y a la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, DFR).

Los beneficios del embarazo terminarán 60 días después del parto. Para evitar una brecha en la cobertura, dígame a MHS o a la División de Recursos para la Familia (DFR) tan pronto como finalice su embarazo. Ingrese a su cuenta del portal para rellenar su formulario de “Fin del embarazo” (End of Pregnancy form).

Salud clínicamente delicada

Las personas con padecimientos complejos o conductuales, llamados “de salud clínicamente delicada” reúnen los requisitos para recibir beneficios del Plan HIP del Estado.

Una persona que presenta una salud clínicamente delicada o si se ha determinado que padece una o más de las siguientes condiciones:

- Trastornos mentales incapacitantes (incluyendo enfermedades mentales graves)
- Trastornos crónicos por uso de sustancias
- Padecimientos graves y complejos de carácter médico
- Discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente la capacidad de realizar una o varias actividades de la vida diaria.
- Discapacidad de acuerdo a determinación por parte de la Administración del Seguro Social

Existen diversas formas de ser identificado como de presentar una salud clínicamente delicada, las cuales incluyen:

- A través de revisión de las reclamaciones
- Por informarlo usted mismo
- A solicitud de su proveedor

Si desea informar que usted presenta una salud clínicamente delicada, llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. A MHS se le exige verificar su solicitud de condición de salud clínicamente delicada y por ese motivo se le pide que complete una Evaluación de necesidades de salud y la revisión de los registros médicos con su médico tratante.

Si MHS confirma que usted padece una condición de salud clínicamente delicada, continuará recibiendo los beneficios del plan HIP del Estado.

Su cuenta POWER

Los primeros \$2,500 de gastos médicos por beneficios amparados por el HIP se pagan con una cuenta de ahorros especial llamada una cuenta POWER (siglas en inglés de Personal Wellness and Responsibility [Bienestar y responsabilidad personal]). Cada miembro del HIP tiene su propia cuenta POWER. El estado paga la mayoría de los \$2,500 y si usted está en el **HIP Plus** o en el **Plan HIP Plus del Estado**, usted es responsable de pagar una porción. La porción es una contribución mensual a su cuenta POWER en función de sus ingresos.

POR EJEMPLO:

Su contribución:	\$180 (\$15 cada mes durante 12 meses)
+ la porción del Estado:	\$2,320
= Total de fondos en la cuenta POWER:	\$2,500

Su cuenta POWER se debita cada vez que obtiene servicios médicos. Si sus gastos anuales de atención a la salud totalizan más de \$2,500, los primeros \$2,500 están amparados por su cuenta POWER y los gastos por servicios de salud adicionales a \$2,500 están totalmente amparados sin costo para usted. La cuenta POWER solo puede ser utilizada para pagar los servicios amparados. Usted es responsable de pagar los servicios que no estén amparados por el HIP. No puede utilizar la tarjeta de la cuenta POWER para cancelar los copagos, recetas ni las visitas a la sala de emergencia.



¿Sabía usted que puede utilizar las recompensas saludables de My Health Pays™ para efectuar sus pagos mensuales? ¡Consulte la página 40 para averiguar cómo ganar recompensas!

El estado de cuenta de su cuenta POWER

MHS le proporcionará un estado de cuenta mensual que muestra:

- La cantidad que ha pagado hasta ahora en contribuciones hacia su cuenta POWER.
- La cantidad que ha gastado hasta ahora en servicios médicos de su cuenta POWER.
- Su estatus en Gateway to Work (Portal de acceso para el trabajo).

Puede acceder a su estado de cuenta a través de su cuenta de miembro en mhsindiana.com.

Pago de sus contribuciones mensuales

MHS le brinda formas fáciles de pagar su contribución mensual:

- Efectivo/Cheque
- Transferencia de fondos electrónica
- Débito/Crédito
- Deducciones de nómina que efectúa su empleador
- Giro postal
- Moneygram: Visite un minorista de MoneyGram como CVS/pharmacy o Walmart. Encuentre una ubicación de MoneyGram en el 1-800-926-9400.
- Con las recompensas saludables de su My Health Pays™

Puede pagar usando tarjeta de débito o crédito en línea en mhsindiana.com. O puede obtener los formularios que necesita para configurar una deducción automática y transferencias electrónicas de fondos en mhsindiana.com. Haga clic en [Para afiliados > Healthy Indiana Plan > Recursos para afiliados > Formularios de afiliados](#).

Problemas potenciales con el pago

Si configura pagos automáticos, compruebe que el primer pago automático comience antes de que deje de realizar sus pagos usted mismo.

MHS le notificará si su pago no puede ser procesado para que pueda encontrar otra forma de pagar o contribuir a solucionar el problema. Sin embargo, MHS tiene el derecho de cobrar una cantidad estándar de \$25 por cheques devueltos u otro tipo de denegación de pago por insuficiencia de fondos.

Es posible que con algunos tipos de métodos de pago no se muestren en su cuenta de inmediato. Pero si recibe una notificación de pago atrasado de MHS después de haber realizado su pago mensual, llame los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 para comprobar que se haya recibido el pago.

SERVICIOS AMPARADOS Y DETALLES DEL PROGRAMA HIP

Empleador, organizaciones sin fines de lucro y otras contribuciones

A su empleador, una organización sin fines de lucro u otro pagador se les permite pagar parte o la totalidad de su contribución. Esto depende de su empleador o de la organización y no es un requisito. El pago puede ser de una vez o mensualmente. Puede obtener una copia del formulario de contribución del empleador en mhsindiana.com. Haga clic en [Para afiliados > Healthy Indiana Plan > Recursos para afiliados > Formularios de afiliados](#).

Usted es siempre responsable de su pago completo. Si su empleador o la organización no paga la cantidad acordada, MHS le enviará una carta para informarle. Dispone de 60 días más para pagar esa cantidad con respecto a la fecha de vencimiento. Si no paga en los 60 días adicionales, MHS considera que el pago está atrasado y dependiendo de su programa de beneficios, se le puede desincorporar del HIP.

Su cantidad de contribución mensual

Los miembros del HIP Plus pagan una contribución mensual asequible, en función del ingreso. La siguiente tabla muestra estos montos. Si usted reúne los requisitos para el HIP y utiliza tabaco, puede tener un incremento en la Contribución a la cuenta Power en el segundo año de cobertura.

Nivel	Pago mensual de la PAC Persona individual	Pago mensual de la PAC Cónyuges	Pago con recargo de la PAC por uso de tabaco	Pago con recargo de la PAC cuando un cónyuge usa tabaco	Pago con recargo de la PAC cuando los dos cónyuges usan tabaco (c/u)
1	\$1	\$1	\$1.50	\$1 y \$1.50	\$1.50
2	\$5	\$2.50	\$7.50	\$2.50 y \$3.75	\$3.75
3	\$10	\$5	\$15	\$5 y \$7.50	\$7.50
4	\$15	\$7.50	\$22.50	\$7.50 y \$11.25	\$11.25
5	\$20	\$10	\$30	\$10 y \$15	\$15

El estado determina la cantidad de contribución mensual a su cuenta. Esta se basa en su ingreso y en las pautas del tamaño de la familia. Existen dos formas de solicitar un cambio en el monto de su pago:

- 1) En caso de un "evento que reúna ciertos requisitos": La pérdida del empleo u otro cambio en los ingresos.
- 2) Si se produce un cambio en el tamaño e la familia: Un fallecimiento, divorcio, nacimiento o mudanza de un miembro de la familia. Puede solicitar un cambio en el pago de la cantidad debido a un cambio en el tamaño de la familia tantas veces como sea necesario durante su año de beneficios.

Para iniciar la solicitud, debe rellenar el Formulario de solicitar un cambio en el monto de su pago, debe llenar el formulario Report of Change (Informe de cambio) disponible en mhsindiana.com. Haga clic en [Para afiliados > Healthy Indiana Plan > Recursos para afiliados > Formularios de afiliados](#).

“Los problemas conductuales (de salud mental) son muy comunes. Pero a veces las personas no desean hablar de estos problemas porque se sienten incómodos o apenados. Esto se conoce como estigma.

Algo que todos podemos hacer es hablar con las personas que tienen problemas de salud mental. Esa es una forma de permitir que una persona hable sobre lo que le está ocurriendo.

Cuando conoce a una persona que padece una enfermedad mental pero puede trabajar o ser un buen vecino, el estigma disminuye”.



Noel Wyatt
Administrador principal,
Salud conductual

MHS tiene administradores de caso de salud conductual que ayudan a los miembros con necesidades especiales de atención a la salud trabajando conjuntamente con usted y su médico de salud conductual para elaborar un plan de atención.

Si tiene uno de los siguientes problemas, llame a MHS al 1-877-647-4848 y siga las instrucciones sobre salud conductual:

- Le preocupa el abuso de sustancias o los problemas de salud mental
- Está triste o siente que necesita ayuda
- Necesita nombres de terapeutas o médicos
- Necesita ayuda para encontrar recursos de salud mental en su comunidad
- No comprende sus beneficios de salud mental
- Necesita servicios de salud mental y no se encuentra cerca de su casa

Línea de texto en caso de crisis

Si está padeciendo una crisis y necesita apoyo, puede pasar un mensaje de texto a MHS al 741741. Es gratis, confidencial y disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de salud conductual amparados

- Servicios de diagnóstico
- Segunda opinión
- Intervención en caso de crisis
- Pruebas psicológicas
- Hospitalización o ambulatorio
- Hospitalización parcial
- Programas ambulatorios intensivos
- Orientación y tratamiento de adicciones
- Tratamiento residencial para el trastorno de uso de sustancias

Programas de salud conductual

- **Atención en el embarazo y postparto:** Si está embarazada o ha dado a luz recientemente, se le hará una encuesta sobre la depresión y se le dará información. Si la encuesta muestra que puede estar experimentando síntomas de depresión, MHS se pondrá en contacto con usted. Es importante que obtenga la ayuda que necesita para tener un embarazo positivo y un bebé saludable.
- **Opción de rehabilitación de Medicaid (Medicaid Rehabilitation Option, MRO) y otros servicios:** La cobertura de MRO y los servicios de instalaciones para tratamiento psiquiátrico residencial los administra directamente el estado de Indiana. MHS trabajará con el estado y sus médicos para coordinar esta atención.

- **Programa Escoja la salud (Choose Health):** Diseñado para ayudar a las personas con diagnóstico de depresión, TDAH o trastorno bipolar, brindándoles las herramientas para lograr sus metas de salud y bienestar. Cuando se trata de su salud y bienestar, es importante comprender que la salud mental es parte de la salud en general. Como parte del programa, tendrá acceso a otro profesional de atención de salud, su tutor de Choose Health. Trabajaremos con usted y su médico para cerciorarnos de que tenga todo lo que necesita para sentirse nuevamente bien. También hablaremos con otros miembros del equipo de atención de salud, incluyendo los especialistas en salud mental, para ayudarlo con cualquier problema que pueda surgir. Comuníquese con nosotros si está interesado en participar en este programa.
 - **Programa para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):** El programa para el TDAH de MHS le ayuda a comprender y manejar los problemas sociales, psicológicos y conductuales que a menudo acompañan al TDAH. Le ayudamos a que aprenda cómo atender los problemas y vivir vidas felices y saludables con TDAH.
 - **Programa para la Depresión:** Los miembros que experimenten largos períodos de tristeza, sentimientos de desesperanza o infelicidad pueden tener depresión. El Programa para la Depresión de MHS le ayuda a encontrar la(s) causa(s) de sus sentimientos de tristeza, resolver las crisis inmediatas, mejorar su nivel de funcionamiento y obtener los medicamentos y/o el asesoramiento necesarios.
- **Programas intensivos de Gestión del cuidado:** MHS tiene programas de gestión de caso para distintos padecimientos de salud conductual.
 - **Programa para el Autismo/las Enfermedades generalizadas del desarrollo (Trastornos del espectro autista):** El programa de MHS le ayuda a obtener la atención y tratamiento necesarios para mejorar los problemas sociales, de comunicación, conductuales, médicos y otros que pudieran estar presentes. Deseamos ayudarle a que conozca más sobre el autismo y cómo trabajar hacia la autogestión. También nos ocupamos de obtener otros servicios disponibles que puedan mejorar el aprendizaje y otras destrezas.
 - **Programa de Gestión del Trastorno Bipolar:** El Programa de Gestión del Trastorno Bipolar de MHS le ayuda a comprender sus emociones. Deseamos que los miembros obtengan la ayuda que necesitan para que vivan una vida mejor y más feliz. MHS se asocia con diversos proveedores que saben cómo tratar a las personas que experimentan síntomas del trastorno bipolar.
 - **Seguimiento de la admisión al hospital:** Si usted tiene un niño que ha estado hospitalizado por motivos de salud mental o abuso de sustancias, MHS puede ayudarle. MHS desea que esté seguro una vez que vaya a su casa. MHS le ayudará a realizar las citas de seguimiento de su niño y a que este tome todos los medicamentos necesarios que le indicaron en el hospital.

“¿No tiene beneficios odontológicos, de la vista ni quiroprácticos? aspire a más – ¡Pague su contribución a la cuenta POWER el año que viene para unirse al programa HIP Plus!”



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections

“Disponer de un equipo médico integral para la salud dental es importante. Su dentista se ocupa de su salud dental todos los años para las necesidades preventivas importantes, al igual que su médico”.



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de
MHS y pediatra en ejercicio

Beneficios dentales

Se proporcionan beneficios dentales para los miembros en los siguientes planes:

- **HIP Plus**
- Los beneficios del **Plan HIP Plus del Estado** y los del **HIP Maternidad** son los mismos beneficios que se ofrecen a los miembros de Hoosier Healthwise. Visite mhsindiana.com y haga clic en Para afiliados > Hoosier Healthwise > Beneficios y servicios > Atención dental.
- **HIP Básico** (edades 19 y 20 únicamente)

Atención de rutina amparada para los miembros de **HIP Plus** de todas las edades y para los miembros del **HIP Básico** en edades de 19 y 20 únicamente:

- Evaluaciones y limpiezas (1 limpieza y 1 examen cada 6 meses);
- Radiografía interproximal (1 cada 12 meses);
- Radiografías integrales (1 juego completo cada 3 años).

Atención de rutina amparada para los miembros de **HIP Plus** de todas las edades únicamente:

- Servicios de restauración menor, tales como empastes (4 por persona por año de beneficios); y
- Servicios de restauración mayor, tales como coronas (1 por persona por año de beneficios).

Algunos servicios odontológicos deben ser aprobados con anticipación por MHS, incluyendo las prótesis dentales totales y la cirugía dental. Su dentista puede ayudarlo a obtener la aprobación.

Cómo encontrar un dentista

- Ingrese electrónicamente a mhsindiana.com/find-a-provider.

Su visita al dentista

Durante su visita, su proveedor de atención dental se asegurará de que sus dientes y encías estén saludables. Si encuentra problemas, el dentista o el higienista le recomendarán el tratamiento y lo que debe hacer usted mismo.

Su historia de salud

Debido a que la salud bucal está relacionada con la salud en general, su visita probablemente comenzará con su historia médica. Dígame a su dentista cualquier problema de salud que tenga o los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos de venta sin receta, los productos a base de hierbas o los suplementos, así como las drogas recreativas que utiliza. También se le puede preguntar sobre el cuidado diario de los dientes y las encías. Dígame a su dentista si le rechinan los dientes o respira por la boca. También debe mencionar cualquier problema de salud bucal que le preocupe.

Su evaluación dental

Su dentista o higienista dental pueden comenzar haciendo una evaluación de cáncer bucal. Esto involucra palpar su cuello y garganta y mirar dentro de su boca. Seguidamente el dentista:

- **Examinará sus dientes.** Si tiene caries, esto se anotará en su historia. Se tomará nota de cualquier restauración, tales como de empastes o dientes partidos.
- **Examinará sus encías.** Se utiliza un instrumento para medir si tiene bolsas periodontales (áreas en donde la encía se ha separado del diente) y retracción de las encías. Su dentista o higienista dental también evaluarán si ocurre sangrado. (El sangrado puede ser indicativo de enfermedad de las encías).
- **Tomará radiografías e impresiones (fotos y moldes de los dientes), si fuese necesario.** Estos se indicarán en su historia para que su dentista o higienista dental pueda tenerlos como referencia en su próxima visita. Esto contribuye a llevar el control de los cambios que ocurran en su boca con el tiempo.

BENEFICIOS DENTALES Y DE LA VISTA

Limpiezas y más

Dependiendo de lo que el dentista encuentre, el resto de su visita puede incluir:

- Una limpieza para contribuir a evitar la enfermedad de las encías. Su dentista hará una limpieza por debajo de la línea de las encías donde su cepillo y el hilo dental no pueden llegar.
- Un pulido cosmético para retirar las manchas superficiales de sus dientes (si fuese necesario).
- Evaluación y tratamiento adicional de cualquier problema que encuentre. Es posible que se le refiera a un especialista.
- Instrucciones para que sus dientes y encías reciban el mejor cuidado en el hogar.

Beneficios de la vista

Se proporcionan beneficios de la vista para los miembros en los siguientes planes:

HIP Plus; Plan HIP del Estado; HIP Maternidad; HIP Básico (en edades de 19 y 20 únicamente).

Cómo encontrar un oculista

- Ingrese electrónicamente a visionbenefits.envolvehealth.com
- Haga clic en “Encontrar a un proveedor” • Ingrese su código postal
- Elija “MHS Healthy Indiana Plan HIP” como su “Plan de salud”

Cuidados de rutina amparados

- Miembros de 19 y 20 años:
 - Un examen de la vista de rutina cada año
 - Anteojos nuevos después del examen si su vista ha cambiado significativamente desde su último par de anteojos o según lo determine el oculista.
- Miembros de 21 años o más:
 - Un examen de rutina de la vista cada dos años
 - Anteojos nuevos después del examen si su vista ha cambiado significativamente desde su último par de anteojos o según lo determine el oculista. Si su vista no ha cambiado, puede obtener anteojos nuevos una vez cada cinco años.

Cobertura adicional

- Reemplazo de anteojos y/o monturas si estos se extraviaron, se dañaron o se los robaron, según lo indique su oculista.
- Los lentes de contacto están amparados si tiene un motivo de orden médico por el cual no pueda utilizar anteojos, según lo determine su oculista.
- Exámenes y tratamiento que sean necesarios desde el punto de vista médico para miembros con enfermedades de la vista u otros trastornos que afecten los ojos.
- La cirugía de la vista y las terapias de recuperación están amparadas si son necesarias desde el punto de vista médico, según lo determine su oculista.

Beneficios mejorados de la vista

Los miembros pueden optar por excluirse del beneficio de anteojos estándar y recibir \$75 para lentes de contacto y adaptación de los lentes.

Beneficios quiroprácticos

Se proporcionan beneficios quiroprácticos para los miembros en los siguientes planes: **HIP Plus; Plan HIP del Estado y HIP Maternidad.**

Cómo encontrar un quiropráctico

- Ingrese electrónicamente a mhsindiana.com
- Haga clic en “Búsqueda de proveedor”, en la parte superior de la página
- Elija “Comenzar su búsqueda”
- Ingrese su código postal y elija su red
- Busque por quiroprácticos bajo la búsqueda detallada -> Especialidad -> Quiropráctico

Beneficios amparados

- Límite anual de 6 visitas para manipulación de la columna vertebral por persona por año de beneficios
- Autorreferido – no se requiere referencia del proveedor
- No necesita autorización previa
- Cobertura disponible para servicios amparados provistos por un quiropráctico autorizado cuando se realizan dentro del marco de la práctica de quiropráctico.

“Debe mostrar su tarjeta de identificación de HIP cada vez que obtenga atención médica o vaya a la farmacia. Esto garantiza que utilice los beneficios que forman parte de su plan”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

Cuando necesite recetas o medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC), su médico le proporcionará una receta. Su médico contactará con la farmacia directamente o usted puede llevar la receta escrita a su farmacia.

Cómo encontrar una farmacia

Todos los miembros de MHS deben utilizar una farmacia de la red, incluyendo las farmacias que envían pedidos por correo. Encuentre una farmacia a través de internet en mhsindiana.com/find-a-provider.

Lista de medicamentos recetados/preferidos (Preferred Drug List, PDL) amparados

Los medicamentos recetados están amparados si estos están aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. Esto incluye los medicamentos autoinyectables (tales como la insulina) y los medicamentos para ayudarle a dejar de fumar. Los medicamentos de venta libre, están amparados únicamente si están indicados en el Formulario de medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC).

Los medicamentos que necesite para la diabetes también son un beneficio amparado. Esto incluye artículos tales como agujas, jeringas, monitores de glucosa en sangre, bandas de prueba, lancetas y bandas de prueba de glucosa en la orina. Puede obtener estos artículos en su farmacia.

Su beneficio de farmacia tiene una lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). La PDL muestra los medicamentos que están amparados. Un equipo de médicos y farmacéuticos actualizan esta lista cuatro veces al año. Actualizar esta lista garantiza que los medicamentos sean seguros y útiles para usted y de costo eficiente para el programa Medicaid de Indiana.

Algunos medicamentos de venta libre están amparados por el Medicaid de Indiana. Incluso los medicamentos de venta libre requieren una receta médica para que estén amparados.

Puede encontrar un enlace a su lista de medicamentos preferidos y al formulario de medicamentos de venta libre en el sitio web de MHS en mhsindiana.com. Haga clic en Para afiliados > Healthy Indiana Plan > Beneficios y servicios > Farmacia.

Medicamentos no amparados

- Medicamentos que no tienen la aprobación de la FDA
- Medicamentos experimentales o de investigación
- Medicamentos para ayudarla a quedar embarazada
- Medicamentos para bajar de peso
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos para tratar problemas de disfunción eréctil
- Medicamentos que no estén en el formulario de medicamentos de venta libre

Medicamentos genéricos y preferidos

Su farmacéutico le despachará medicamentos genéricos cuando el médico los haya aprobado. Los medicamentos genéricos son iguales que los de marca y permiten que la atención de salud sea más asequible. Los medicamentos genéricos se deben usar cuando estén disponibles. Si no están disponibles los genéricos, es posible que se le suministren medicamentos de marca. O, si el medicamento de marca es menos costoso, se puede considerar el "medicamento preferido".

Los medicamentos genéricos y los preferidos se deben utilizar cuando estén disponibles para su padecimiento a menos que el médico indique una razón de carácter médico por la cual deba utilizar un medicamento diferente.

Autorización previa para medicamentos

Algunos medicamentos pueden necesitar autorización previa de MHS. Si necesita un medicamento que requiera autorización previa, su médico necesitará proporcionar información sobre su salud para que se tome una decisión sobre si MHS puede pagar el medicamento. MHS ampara algunos medicamentos que se inyecten en un consultorio médico o clínica y algunos medicamentos de uso oral clasificados como medicamentos de especialidad. Estos medicamentos deben ser aprobados a través de MHS antes de que MHS los ampare. La lista de medicamentos de especialidad está disponible en nuestro sitio web. Su médico debe enviar una solicitud para autorización previa si:

- Un medicamento está indicado como no preferido en la PDL o si se deben reunir ciertos requisitos antes de que pueda obtener el medicamento
- Usted está obteniendo más cantidad de medicamento del que se le receta regularmente
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero

En la mayoría de los casos, puede obtener hasta tres días (72 horas) de suministro de un medicamento que requiera autorización previa mientras espera una decisión. La decisión se tomará en un día (24 horas) (no incluye domingos ni algunos días festivos) y se le notificará a su médico de la decisión.

Usted o quien lo receta puede descargar copias de sus formularios de autorización anteriores (incluyendo formularios de especialidad) en mhsindiana.com.

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN DE SALUD

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero.

Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscrpción

“Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen inquietudes y problemas especiales sobre la atención de salud. Es importante tener un médico que atienda esas necesidades. Si está próximo a cumplir 18 años y ve a un pediatra, hable con su médico sobre cómo cambiarse a un proveedor de atención médica primaria para adultos”.



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de MHS y pediatra en ejercicio

Cuándo y dónde acudir para obtener atención de salud

Es importante visitar al médico adecuado para la clase de atención adecuada. Puede que escuche las palabras “proveedor de atención médica primaria (Primary Medical Provider, PMP)”, “médico practicante”, “médico” y “proveedor de MHS”. Todos estos títulos se refieren a un médico o unas instalaciones donde obtiene servicios de atención de salud.

Su proveedor de atención médica primaria (PMP): Debe visitar a su PMP para eventualidades de enfermedad, controles regulares, inmunizaciones (vacunas), recetas, referencias a especialistas y hospitales y atención del embarazo.

Especialistas: Un especialista es un médico que trabaja en un área específica de atención de salud. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Para visitar a un especialista, debe recibir primero una referencia de su proveedor de atención médica primaria.

Clínicas de atención sin previa cita/Instalaciones de atención urgente: Las clínicas de atención sin previa cita brindan atención de alta calidad cuando se requiere atención médica rápida para una situación que no ponga en peligro su vida.

Sala de emergencia (Emergency Room, ER): La atención de emergencia está disponible para usted cuando sienta que tiene un evento de emergencia médica que ponga en peligro su vida. Si no está seguro de que el evento sea una emergencia médica, llame a su proveedor de atención médica primaria (PMP). Si no puede comunicarse con el consultorio de su PMP, puede llamar a la Línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día. Si su médico o en la Línea de ayuda de enfermería de MHS le autorizan a ir a la sala de emergencia, no tendrá que efectuar el copago por la visita a la sala de emergencia.

Usted merece un equipo médico integral – Un proveedor de atención médica primaria (PMP)

Usted merece un equipo médico integral exitoso, donde:

- Usted y su médico puedan establecer una relación de confianza.
- Usted tenga un lugar donde siempre pueda ir cuando se sienta enfermo y para los controles regulares.
- Usted sienta que su médico y su personal se ocupan de usted y son responsables de su atención de salud.

Visite a su PMP para eventualidades de enfermedad, controles regulares, inmunizaciones (vacunas), recetas, referencias a especialistas y hospitales y atención del embarazo. Su PMP se ocupará de conocer su historia clínica, se tomará el tiempo de escuchar sus inquietudes, explicarle lo necesario de manera tal que usted lo pueda comprender, y trabajar con usted para mantenerlo saludable.

Siempre llame a su médico para cancelar las citas. Si no cancela sus citas o si pierde más de tres citas, su médico puede tener el derecho de solicitar a MHS que le cambie a otro médico.

Cómo elegir o cambiar su médico de MHS

Sea que elija su médico por primera vez o cambie de médico, el proceso es fácil y rápido. Puede cambiar su médico en cualquier momento. Los nuevos miembros deben elegir su médico en el lapso de los primeros 30 días de afiliarse a MHS. Si usted no elige un médico, se le asignará uno el trigésimo día de su afiliación.

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN DE SALUD

Primero, consulte la lista de médicos en su área.

- Ingrese electrónicamente a: mhsindiana.com/find-a-provider
- O llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 y pida una lista.

Seguidamente, elija su médico entre los que se encuentran en la lista:

- Práctica familiar
- Práctica general
- Medicina interna
- Obstetra/Ginecólogo
- Pediatra

Y entre los siguientes tipos de médicos de MHS:

- Doctor en medicina (MD)
- Doctor en osteopatía (DO)
- Asistente de médico (PA)
- Enfermera graduada (NP)
- Enfermera partera (NM)
- Enfermera clínica especialista (CNS)

Por último, ¡inforáenos! Puede informarnos de tres maneras:

- 1) Elija su médico a través del Portal seguro del miembro de MHS en mhsindiana.com/login. Los miembros nuevos pueden obtener una recompensa por elegir a su proveedor de atención médica primaria de esta forma.
- 2) Llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 y díganos quién desea que sea su médico.

Posteriormente, MHS le enviará una carta confirmando el(los) médico(s) que eligió.

Cuánto tiempo puede tardar programar una cita

MHS desea que obtenga la atención cuando la necesite. Trabajamos arduamente para elaborar una Red de proveedores que le resulte útil, y nuestra red continúa creciendo. Pero aún así, a veces tendrá que esperar para ver a un proveedor. Utilizamos las normas del Estado para los tiempos de espera para las citas. Llame a los Servicios del miembro de MHS si tiene preguntas o inquietudes sobre el tiempo de espera de la cita para asistir al consultorio de su médico. A continuación se presenta un estimado del tiempo que le tomará programar una cita con su médico:

TIPO DE CITA	CITA PROGRAMADA POR:
Visitas por atención urgente o visitas por enfermedad	Programadas en el plazo de un día (24 horas)
Visitas que no sean de urgencia	Programadas en el plazo de tres días (72 horas)
Exámenes preventivos para adultos / visitas anuales de control	Programadas en el plazo de tres meses
Visita por nuevo embarazo	Programadas en el plazo de un mes
Exámenes preventivos del niño / controles del niño sano	Programadas en el plazo de un mes
Exámenes para niños con necesidades especiales	Programadas en el plazo de un mes

Cuando está en el consultorio del médico, solo tendrá que esperar hasta una hora para su cita programada.

“El equipo de relaciones con el proveedor de MHS trabaja durante todo el año para añadir médicos, instalaciones y hospitales a la red de MHS. Mientras más tenga MHS que ofrecer en nuestra red cerca de usted, más opciones habrá para USTED”.



Nancy Robinson
Directora, Red de
proveedores

Obtenga el máximo de la visita con su médico

- Llegue a tiempo
- Lleve consigo la tarjeta de seguro y la identificación con foto
- Apague su teléfono celular y otros dispositivos electrónicos
- Escriba una lista de las preguntas que le va a formular al médico
- Traiga sus registros médicos y de vacunas y cualquier medicamento que esté tomando actualmente
- Describa los síntomas y quejas
- Formule preguntas y tome notas durante cada visita
- Discuta los próximos pasos de su plan de atención de salud con el médico
- Programe visitas de seguimiento y los controles anuales

Especialistas

Un especialista es un médico que trabaja en un área específica de atención de salud. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Su médico puede referirle a un especialista si fuese necesario. Por lo general su médico le referirá a otro médico en la red de MHS a menos que considere que su padecimiento lo podría tratar mejor otro médico fuera de la red de MHS.

Cuando visite a un especialista, confirme que este tiene la información correcta de contacto de su médico. Su especialista le enviará un informe a su médico con información de su plan de atención.

Servicios que no precisan de referencia

MHS permite algunas visitas a especialistas que no precisan de referencia. Esto significa que usted no tiene que obtener una referencia de su médico. Para una lista de los servicios que no precisan de referencia para el Healthy Indiana Plan, consulte la página 11.

Cambios del PMP o el consultorio del especialista

A veces usted no puede continuar asignado a un médico o especialista debido a que este se muda de dirección, se cambia a un nuevo plan de salud (no continúa en el plan de MHS), o porque no toma pacientes de su edad o sexo. Si este cambio ocurre con el médico al que está actualmente acudiendo, MHS le enviará una carta para informarle. La carta explicará las opciones que tiene y si puede elegir permanecer con su médico.

Usted puede continuar consultando a su médico si este ha dejado la red a través del período actual de tratamiento activo o hasta durante 90 días calendario, lo que sea menor, si recibe tratamiento activo por un padecimiento crónico o grave. Si está embarazada, y está en su segundo o tercer trimestre puede continuar con su médico hasta 30 días después del parto.

Clínicas de atención sin previa cita y de atención urgente (ATENCIÓN QUE NO SEA DE EMERGENCIA/DESPUÉS DE HORAS LABORABLES)

Si tiene un problema de carácter médico que no ponga en peligro su vida pero no está seguro de qué hacer, siempre debe llamar a su médico primero. Incluso si el consultorio está cerrado, escuche el mensaje y siga las instrucciones para obtener atención después de horas laborables. MHS exige que todos los médicos tengan una línea telefónica después de horas laborables. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la Línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si tiene un problema de carácter médico que no ponga en peligro su vida y necesita ver un médico de inmediato, considere utilizar una clínica que acepta pacientes sin previa cita o una clínica de atención urgente antes de ir a la sala de emergencia.

Clínicas de atención sin previa cita

Las clínicas de atención sin previa cita brindan atención de alta calidad cuando se requiere atención médica rápida para una situación que no ponga en peligro su vida tales como:

- Esguinces, torceduras, fracturas y heridas
- Gripe y síntomas de resaca
- Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo
- Quemaduras leves
- Picaduras o mordeduras
- Dolor de oídos, garganta irritada y fiebre

Clínicas de atención urgente

Muchas clínicas están abiertas en la noche y tienen horarios prolongados en fines de semana. Las clínicas de atención urgente ayudan a los pacientes a obtener atención sin esperar en la sala de emergencia de su hospital local. Estas clínicas pueden utilizar los servicios de asistentes de médicos (Physician assistants, PA) o enfermeros profesionales (Nurse practitioners, NP) para tratarlos. Los asistentes de médicos y los enfermeros profesionales están capacitados y supervisados para brindar atención médica. Ellos realizan muchos de los servicios de rutina que por lo general proporcionan los médicos. Pueden tomar historias médicas, realizar reconocimientos médicos y exámenes, ordenar medicamentos, pruebas de laboratorio y radiografías y enseñar a los pacientes cómo mantenerse saludables.

Visite mhsindiana.com/find-a-provider para encontrar una clínica cerca de usted.

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS”.

“Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que efectuar el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

Sala de emergencia: Sepa cuándo ir

La atención de emergencia está disponible para usted cuando sienta que tiene un evento de emergencia médica que ponga en peligro su vida. Una emergencia de carácter médico que ponga en peligro la vida es una enfermedad o lesión de gravedad, incluyendo un dolor agudo, que cualquier persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina razonablemente considere que de no recibir atención médica inmediata podría:

- Colocar la salud de la persona (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto) en peligro grave;
- Resultar en la disfunción grave de las funciones corporales de la persona; o
- Resultar en una disfunción grave del órgano del cuerpo o parte de la persona.

Cuándo debe ir a la sala de emergencia

- Huesos rotos
- Heridas de pistola o cuchillo
- Sangrado que no se detiene
- Está embarazada y está en trabajo de parto o sangrando
- Dolor grave en el pecho o ataque al corazón
- Sobredosis de droga
- Envenenamiento
- Quemaduras graves
- Estado de shock (puede sudar, sentir sed o mareado o piel pálida)
- Convulsiones
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar

Esta no es una lista completa de cuándo debe obtener atención de emergencia: Si tiene un padecimiento que ocurre a menudo (una afección crónica), hable con su médico sobre lo que sería una emergencia de carácter médico que ponga en peligro su vida.

Cuándo NO DEBE ir a la sala de emergencia

- Gripe, catarrros, dolor de garganta y de oídos
- Un esguince
- Una herida o raspón que no requiera puntos
- Para obtener más medicamento o el reabastecimiento de una receta
- Dermatitis del pañal

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN DE SALUD

Cobertura de atención de emergencia

Las visitas a la sala de emergencia no necesitan aprobación de su médico ni de MHS. Sin embargo, si va a la sala de emergencia por un problema de salud que no constituye una emergencia, es posible que tenga que hacer un pago de \$8.

Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer efectivo el copago por asistir a la sala de emergencia.

Tiempo de espera en la sala de emergencia

En la sala de emergencia se atienden primero las emergencias que ponen en peligro la vida. Si va a la sala de emergencia por una lesión o enfermedad que no ponga en peligro su vida, es posible que deba esperar varias horas para que le atiendan. Es muy importante que consulte con su médico de familia o visite un centro de atención urgente en los casos que no sean de emergencia.

Esté preparado antes de una emergencia

Cerciórese de conocer la ubicación y número de la sala de emergencia más cercana a usted. Puede encontrar una cerca de usted utilizando nuestra herramienta de búsqueda "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en mhsindiana.com/find-a-provider, o puede llamar a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 y pedir que le envíen una lista. Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 911 o a su número de emergencia local para obtener servicios de emergencia. Tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otra sala de emergencia para la atención de emergencia.

Seguimiento de la atención de emergencia

Cuando acuda a la sala de emergencia, proporcione la información de contacto correcta de su médico de MHS. El personal de la sala de emergencia enviará un informe a su médico de MHS detallando su diagnóstico y plan de tratamiento. Si necesita permanecer en el hospital, cerciórese de hablar con el médico que forme parte del personal del hospital sobre el motivo por el cual está allí. Cuando se marche del hospital, este médico le dará instrucciones que debe cumplir. Es muy importante seguir todas las instrucciones, incluso si se siente mejor. Al día siguiente de haber ido a la sala de emergencia o de haber sido dado de alta del hospital por causa de una admisión de emergencia, llame para programar una visita de seguimiento con su médico de MHS.

Cuidados de postestabilización

La estabilización posterior es un servicio amparado que obtiene después de recibir atención de emergencia. Esta es la atención que recibe después de estar estabilizado para que su condición permanezca estable. Cuando visite la sala de emergencia, los médicos y enfermeras deben examinarlo y cerciorarse de que está suficientemente bien antes de que le permitan marcharse. El médico puede decidir que necesita otros exámenes o servicios después de estar estable cuando aún se encuentra en el hospital. En tal sentido el médico puede llamar a MHS para solicitar otras pruebas o servicios.

“Si acude a la sala de emergencia, recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro de HIP. Dígame al personal que usted es miembro de MHS. Si no les informa, puede que reciba una factura por correo. Si recibe una factura, llame de inmediato a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

“Usted merece un equipo médico integral exitoso, donde siempre pueda acudir cuando se sienta enfermo y para los controles regulares. Los médicos de la sala de emergencia no conocen su historia médica tan bien como su equipo médico integral”.



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de
MHS y pediatra en ejercicio

“Recuerde mostrar su tarjeta de identificación y decirle al personal que es miembro de MHS. Si no les informa, puede que reciba una factura por correo. Si recibe una factura, llame de inmediato a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

Cobertura por atención de salud fuera de Indiana

Atención sin previa cita o urgente

Si está fuera del Estado y necesita acudir a una clínica de atención sin previa cita o urgente debido a un problema que no ponga en peligro su vida, debe llamar a su médico de MHS o a la Línea de ayuda de enfermería de MHS al 1-877-647-4848 para obtener aprobación antes de ir. De lo contrario, es posible que tenga que pagar los servicios que obtiene en la clínica.

Atención de emergencia

Si se encuentra fuera de Indiana y se le presenta una emergencia que ponga en peligro su vida, vaya a la sala de emergencia más cercana. La cobertura de sala de emergencia por atención fuera de Indiana es la misma que la cobertura dentro del Estado. Conozca más sobre la atención de emergencia en la página 32.

Atención de salud por parte de médicos que no forman parte del plan

“No pertenecer al plan” significa que el médico o las instalaciones sanitarias adonde desea ir no forman parte de la Red de proveedores de MHS o de la red de Medicaid de Indiana. Usted podría ser responsable por los costos de atención no autorizada por proveedores que no pertenezcan al plan si el proveedor no es un Proveedor de Medicaid de Indiana o si el servicio no está amparado por su plan MHS.

MHS solo ampara atención de parte de proveedores que no pertenezcan al plan si:

- MHS no tiene un médico en el plan que proporcione los servicios que usted necesita, o no tiene un médico en el plan en el radio de 60 millas de su hogar
- Es para la continuidad de atención de una afiliada embarazada que se transfirió a MHS durante su tercer trimestre
- MHS autorizó el servicio de proveedores que no pertenezcan al plan

PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN DE SALUD

Estos programas están diseñados para mejorar la salud de nuestros miembros a través de la educación y la asistencia personalizada de nuestro personal profesional. Llámenos hoy para conocer cómo obtener estos servicios que hemos diseñado para usted.

Programas de gestión de salud

MHS tiene enfermeros capacitados para ayudar a nuestros miembros con sus padecimientos de salud. MHS también tiene trabajadores sociales para que le asistan con alojamiento de emergencia y necesidades de servicios públicos así como con servicios existentes en la comunidad. MHS puede comunicarse con usted para ofrecerle estos programas.

Si tiene o está en riesgo de tener alguno de los siguientes padecimientos indicados, llame para que podamos decirle más sobre nuestros programas y ayudarlo a inscribirse. Si desea pertenecer a un programa u obtener más información, llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. Puede ganar una recompensa de My Health Pays™ por inscribirse en ciertos programas.

Programas de gestión de caso médico

- **Programa para la Insuficiencia renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD):** La CKD es una enfermedad en la cual los riñones tienen menos capacidad de limpiar los desechos y los fluidos adicionales de la sangre. MHS contribuye a manejar los riesgos de CKD tales como diabetes y presión arterial alta. Esto puede contribuir a mantenerlo alejado de la terapia de reemplazo de riñón. Nuestro equipo le ayudará a conocer cómo mejorar su dieta y obtener servicios para el padecimiento y sus causas.
- **Programa para la Insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF):** La CHF es una enfermedad que ocurre cuando el corazón está demasiado débil para bombear sangre. Nuestro programa para la CHF se concentra en el manejo de los medicamentos. Esto contribuirá a disminuir la posibilidad de ataques al corazón, accidentes cerebro-vasculares, visitas a la sala de emergencia y hospitalización.
- **Programa para la Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease, CAD):** La CAD ocurre cuando una sustancia llamada placa se acumula en las arterias que suministran sangre al corazón (llamadas arterias coronarias). Nuestro programa para la CAD le ayuda a manejar los efectos de la CAD tales como dolores en el pecho, limitaciones físicas y colesterol alto. Esto lo realizamos a través del manejo de los medicamentos, cambios en el estilo de vida, dieta y otras formas de hacerle frente a la enfermedad.
- **Programa para la diabetes (“azúcar”):** La diabetes también se conoce como “azúcar”. La diabetes tipo 1 es una enfermedad en la cual su cuerpo no puede producir insulina. La diabetes tipo 2 es una enfermedad por causa de la cual las células de su cuerpo son menos sensibles a la insulina. Ambos tipos pueden ocasionar niveles elevados de azúcar en la sangre. Comuníquese con nosotros si usted o su hijo tiene diabetes.
- **Programas de gestión mejorada del asma y de gestión de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** El asma no puede curarse, pero la mayoría de las personas con asma puede controlar sus síntomas y prevenir los ataques de asma evitando los factores desencadenantes y utilizando correctamente el medicamento recetado, tal como los corticosteroides inhalados. EPOC es un grupo de enfermedades pulmonares que ocasionan problemas con la respiración. Nuestros programas le ayudarán a permanecer saludable deteniendo los episodios agudos antes de que ocurran y ayudándole a mantenerse alejado de la sala de emergencia.

“Usted se ocupa de sí mismo y de su familia. Sin embargo, las personas con padecimientos de salud permanecen más saludables por más tiempo cuando disponen de apoyo. Los gestores de caso trabajan junto con su médico para ayudarlo a que recuerde que obtenga todos los cuidados preventivos importantes”.



Noel Wyatt
Administrador principal,
Salud conductual

¡Gane recompensas!

Recompensas de My Health Pays™ por el asesoramiento de la gestión de enfermedades

Evaluación inicial del historial	\$10
Creación de un plan de atención con metas tangibles	\$25
Finalización exitosa del plan de atención	\$50
TOTAL DE RECOMPENSAS POSIBLES	\$85

“Las madres que se incorporan a nuestros programas de embarazo tienen mayores posibilidades de tener un embarazo a término y menos probabilidades de que su bebé esté en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (Neonatal intensive care unit, NICU). ¡Ayude a su bebé a iniciar su vida de la mejor forma posible!”



Noel Wyatt
Administrador principal,
Salud conductual

Programas para el embarazo y el primer año de vida

Start Smart for Your Baby® (Buen comienzo para su bebé) y Special Deliveries (Partos especiales) de MHS (se ofrecen exclusivamente a los miembros de MHS)

MHS se ocupa de su salud y de la salud de su bebé. Tenemos dos programas educativos de gestión de atención para las mujeres embarazadas afiliadas a MHS llamados Start Smart for Your Baby (Buen comienzo para su bebé) y Special Deliveries (Partos especiales) de MHS. Afiliándose a cualquiera de los dos programas, reunirá los requisitos para ganar más recompensas de My Health Pays™. Conozca más sobre My Health Pays™ en la página 40.

Start Smart for Your Baby es un programa educativo disponible para todas las miembros embarazadas. Special Deliveries de MHS es un programa de gestión de la atención para las miembros embarazadas. Los administradores de atención a la salud de MHS hablarán con usted y le sugerirán el programa que sea adecuado para usted en función de su historia médica y el plan de atención de su médico.

Con cualquiera de los dos programas las enfermeras obstétricas de MHS se cercioran de que obtenga la atención médica y los recursos que necesita durante y después de su embarazo. Las enfermeras obstétricas de MHS pueden:

- Ayudarla a comprender lo que está ocurriendo en su cuerpo durante el embarazo.
- Hablar sobre los problemas que pueden presentarse durante su embarazo.
- Hablar sobre lo que puede hacer si surgen complicaciones durante el embarazo.
- Ayudarla a coordinar las citas médicas y programar un traslado gratuito al consultorio del médico.
- Ayudarla a obtener un teléfono celular gratis si lo necesita. Puede utilizar este teléfono para comunicarse con su médico, la familia y otras personas importantes mientras está embarazada.
- Ayudarla a dejar de fumar o utilizar tabaco.
- Ayudarla a encontrar más formas de recibir recompensas de My Health Pays™ por asistir a las visitas con su obstetra.
- Responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su salud y la de su bebé.

Deseamos ayudarla a que se ocupe de usted misma y de su bebé durante todo su embarazo. La información se puede enviar por correo, teléfono o correo electrónico y está disponible en nuestro sitio web, mhsindiana.com. También se puede programar una visita domiciliaria con una enfermera obstétrica.

17P (caproato de alfa hidroxiprogesterona)

MHS ofrece 17P a quienes estén afiliadas y reúnan ciertos requisitos con una historia de partos prematuros. Este medicamento puede evitar que tenga otro parto prematuro. Si se le identifica como candidata, nos comunicaremos con su médico tratante para discutir si es adecuado el uso de este medicamento.

El primer año de vida (Se ofrece exclusivamente a los miembros de MHS)

La nueva maternidad brinda muchas alegrías y sorpresas. También trae consigo muchas noches sin dormir y cambios en su vida. Deseamos que nuestros miembros sepan que el personal de enfermería para el Primer año de vida en MHS también está aquí para ofrecerle apoyo. Podemos responder sus preguntas y proporcionarle hojas con información útil para dejarle saber lo que necesita a medida que su bebé crezca. También le llamaremos y le enviaremos recordatorios para programar las próximas inmunizaciones (vacunas) y las visitas de rutina del niño con el médico de su bebé según sea necesario.

Programas adicionales

Opciones para el control de la natalidad (planificación familiar)

Sus opciones de control de la natalidad a menudo se conocen como servicios de “planificación familiar”. Es un programa amparado que no necesita referencia. Eso significa que puede ir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte el Plan Healthy de Indiana. Sin embargo, le animamos a que obtenga los servicios de planificación familiar a través de su médico o de otro médico de MHS. Si no se siente cómoda hablando con su médico y no sabe donde puede obtener estos servicios, comuníquese con los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. En cualquier caso, los servicios de planificación son privados.

Programa de Opciones adecuadas (Right Choices)

Para proteger la salud de nuestros miembros, MHS participa en el Programa de Opciones adecuadas (Right Choices) según lo indica el estado de Indiana. Los miembros reciben una referencia para el programa si se descubre que están utilizando los servicios de Medicaid más a menudo que otros miembros. Se asignan estos miembros a un médico, una farmacia y un hospital (debe estar aprobado por su médico). Deben usar estas tres instalaciones específicas para todas sus necesidades de atención a la salud, salvo en un caso de emergencia.

Los miembros que se refieran al programa recibirán una carta de MHS dándoles la bienvenida al programa. El período de inscripción en el Programa de Opciones adecuadas (Right Choices) puede durar hasta dos años y se puede renovar por un período adicional de dos años luego de una revisión. Sin embargo, los miembros tienen el derecho de apelar su referencia al programa en el plazo de 33 días. Si tiene preguntas o si ha recibido una carta de bienvenida, llame al Administrador del Programa de Opciones adecuadas (Right Choices) de MHS al 1-877-647-4848.

“¿Está embarazada? ¿Fuma? No es demasiado tarde para hacer un cambio. Dejarlo ahora puede marcar una diferencia en la vida de su bebé. La línea para dejar de fumar tiene un programa especial para ayudar a las mujeres durante su embarazo. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)”.



Dr. Eric A. Yancy
Director clínico general de
MHS y pediatra en ejercicio

¡Gane recompensas!

Recompensas de My Health Pays™ por dejar de fumar

Inscríbase en el Programa para dejar de fumar de Indiana Tobacco Quitline	\$40
Complete su primera llamada de orientación telefónica	\$25
Complete su tercera llamada de orientación telefónica	\$30
Termine el Programa para dejar de fumar	\$50
TOTAL DE RECOMPENSAS POSIBLES	\$145

Deje de fumar o utilizar tabaco

MHS le anima a que deje de fumar o utilizar productos de tabaco. El uso del tabaco es la mayor causa prevenible de muerte y enfermedad en los Estados Unidos, que cobra más de 480,000 vidas al año. Dejar de fumar puede tener beneficios inmediatos y a largo plazo para usted y sus seres queridos. ¡Permítanos ayudarle hoy mismo!

Llame hoy mismo a la línea GRATUITA y CONFIDENCIAL de Indiana para dejar de fumar al 1-800-QUIT-NOW. La Línea de ayuda para dejar de fumar es un programa de orientación telefónica basado en la evidencia que ofrece tutoría personalizada a los usuarios de tabaco que han decidido dejarlo, proporciona apoyo profesional mediante una asistencia continua a la persona y discute el tratamiento con medicamentos. Si no está listo para dejarlo, el personal de la línea de ayuda para dejar de fumar le ayudará a encontrar la forma en que pueda prepararse para lograrlo satisfactoriamente. Además, la línea de ayuda para dejar de fumar ofrece un orientador virtual y textos de apoyo: Text2Quit.



Además puede ganar recompensas de My Health Pays™ por tratar de dejar de fumar. Revise el cuadro de la izquierda para ver cuánto puede ganar.

Las características clave del programa incluyen:

- Asesoría en más de 170 idiomas
- Acceso a orientadores dedicados y altamente capacitados las 24 horas, los 7 días de la semana
- Asesoría telefónica proactiva personalizada con un orientador para dejar de fumar
- Desarrollo de un plan para dejar de fumar para mejorar las posibilidades de éxito incluyendo la elección de un Día para dejar de fumar
- Kit básico gratis de dos semanas de terapia de reemplazo de nicotina (chicle/parches) para quienes reúnan los requisitos
- Servicios ampliados para mujeres embarazadas y usuarios juveniles de tabaco (13-17 años)
- Orientación y consejos prácticos para ayudarle a enfrentar los antojos, encontrar formas de cambiar sus actividades/conductas diarias que disparan el deseo de fumar y evitar que suba de peso
- Inscripción en el servicio del Orientador virtual para establecer una fecha para dejar de fumar, escoger un medicamento, conquistar y controlar el impulso, controlar su ambiente y obtener apoyo social
- Para mayor apoyo, inscríbase en el Programa Text2Quit para recibir hasta 300 mensajes de texto adaptados a su plan para dejar de fumar

Motivos para abandonar el hábito

- **El uso del tabaco es responsable por 1 de cada 5 muertes en EE. UU.**
- **Los fumadores viven 10 años menos en promedio que los no fumadores.**
- **Los fumadores tienen más problemas de salud y visitan al médico mucho más a menudo que las personas que no fuman.**
- **El fumador promedio de Indiana gastará más de \$2,500 en cigarrillos al año. ¡Eso significa \$130,000 en el transcurso de la vida!**

Existen muchos motivos estupendos para dejar de fumar. Pídale ayuda a MHS hoy mismo.

Los miembros de HIP que usan tabaco tienen 12 meses para dejar el uso del tabaco o tendrán una contribución mayor a la cuenta POWER (PAC). Si no deja de usar tabaco su pago a la PAC se le aplicará un sobrecargo de 50% a su pago. Contacte con nosotros hoy mismo para conocer sobre nuestros programas que le pueden ayudar a dejar de fumar.

Transporte

Los miembros del HIP de MHS reciben transporte ilimitado de ida y vuelta a las visitas médicas para obtener medicamentos después de una visita al médico, para ciertos eventos o para reinscribirse en el HIP. Puede llamar al proveedor de transporte de MHS mediante los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. Después de que se le dirija a las instrucciones, diga “transporte”. Puede hablar en directo con un representante del transporte entre las 8 a.m. y las 8 p.m., de lunes a viernes. El transporte se programa a través de un sistema de mensajes después de horas laborables y en fines de semana. Todos los mensajes se responden en el plazo de un día.

Llame para programar el transporte tres días hábiles (72 horas) antes de la visita médica programada. Programe su cita médica antes de llamar para solicitar transporte. MHS puede llamar al consultorio de su médico para verificar la visita al médico.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	¡Llame para obtener transporte HOY!			Control con el Dr. Smith a las 10 a.m.		



Esta es otra información que puede necesitar conocer sobre el transporte:

- Puede que deba esperar un período de hasta dos horas para que el transporte le recoja antes de su visita programada.
- Si necesita transporte debido a una necesidad de atención urgente, tenga en cuenta que podría tomarle más tiempo llegar debido a que esto no se había programado previamente. Llame de inmediato para pedir el transporte. Todo transporte debe ser para una cita médica que esté amparada por el Medicaid de Indiana, para recoger recetas después de una visita médica amparada o para renovar su cobertura de Medicaid del Plan Healthy de Indiana.
- Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 911 o a su número de emergencia local.
- Los niños menores de 16 años deben siempre trasladarse con un adulto de 18 años o más.

Puede ir con otra persona. Cualquier otra persona adicional debe ser aprobada con anticipación. El proveedor del transporte tratará de adaptarse a su situación si solicita cupo para pasajeros adicionales. El proveedor del transporte puede rehusarse a transportar personas que no hayan sido aprobadas previamente.

Tenga disponible la siguiente información cuando llame para solicitar un traslado:

- Su tarjeta de Medicaid o la de su niño
- Su dirección y número telefónico
- La fecha y hora de la cita
- El nombre, dirección y teléfono del consultorio o la clínica
- La cantidad de personas que se trasladarán (el paciente y el padre/madre o representante únicamente)
- Si necesitará una camioneta con acceso para silla de ruedas
- Si necesitará asistencia para llegar a la puerta o viceversa
- Si necesitará un(os) asiento(s) para vehículo. Si usted no dispone de un asiento para vehículo, se le puede proporcionar uno. El transportista se rehusará a transportar un niño sin el asiento de seguridad adecuado.

Llamar para que le recojan después de su cita:

- Puede tomar de 15 minutos a dos horas para que llegue el vehículo a recogerle después de que usted llame.
- El transporte le puede llevar hasta una farmacia cuando vaya de regreso a su casa después de una visita médica.
- Está listo cuando su transporte llegue.
- El transporte le recogerá en el mismo lugar donde lo dejó. No pueden recoger varios miembros de la familia en diferentes lugares.

Para información sobre el reembolso de millas o los boletos de autobús, comuníquese con los Servicios del miembro de MHS.

“Si no está seguro si debe obtener atención médica en una sala de emergencia o para un evento que no ponga en peligro la vida, llame al consultorio de su médico primero. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de MHS las 24 horas del día.

Si su médico o la línea de ayuda de enfermería le autorizan a ir a la sala de emergencia, su visita estará completamente amparada. No tendrá que hacer el copago por asistir a la sala de emergencia”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

“¡Comience a ganar recompensas hoy mismo! Rellene su Evaluación de necesidades de salud electrónicamente en mhsindiana.com/HIPscreening o llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848”.



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections



¿Sabía usted que puede utilizar las recompensas saludables de My Health Pays™ para efectuar sus pagos mensuales?

Programas solo para los miembros de MHS

Estos programas están diseñados para mejorar la salud de nuestros miembros a través de la educación y la asistencia personalizada de nuestro personal profesional. Llámenos hoy para conocer cómo obtener estos servicios que hemos diseñado para usted.

myhealthpays™

MHS recompensa las opciones saludables de sus miembros a través de nuestro Programa My Health Pays™. Los miembros pueden ganar recompensas en dinero mediante evaluaciones de salud, atención preventiva y más. Use sus recompensas de My Health Pays™ para pagar artículos de uso diario en Walmart*, servicios públicos, transporte, telecomunicaciones (teléfono celular) servicios de guardería, educación o renta.

¡Comience hoy mismo! Puede comenzar a ganar recompensas de My Health Pays™ tan pronto como se convierta en miembro de MHS. Realice cualquiera de las actividades saludables que se indican a continuación. Luego, la recompensa en dinero se coloca automáticamente en su tarjeta My Health Pays™. A todos los miembros nuevos se les envía una tarjeta My Health Pays™ por correo.

Gane recompensas realizando las siguientes actividades saludables:

\$30	Rellenar una evaluación de necesidades de salud en el plazo de 30 días de su afiliación.	
\$10	Rellenar una evaluación de necesidades de salud en el plazo de 90 días de su afiliación.	
\$15	Crear una cuenta en el portal del miembro, y utilizar su cuenta del portal del miembro, para seleccionar un proveedor de atención médica primaria (PMP) en el plazo de 30 días después de inscribirse. (Una por año calendario).	
\$10	Visita de control del bebé hasta los 15 meses de edad (máx. \$60) (Estas visitas se recomiendan antes de que cumpla 30 días de nacido y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses de edad).	
\$20	Visita anual de control con un médico de atención primaria (Una por año calendario; edad 16 meses o más).	
\$20	Visita anual al odontólogo. (Únicamente de 1-20 años; una por año calendario)	
\$20	Inscribirse en el Programa para dejar de fumar de Indiana Tobacco Quitline. Llame al 1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669).	
Hasta \$145	Inscribirse en Indiana Tobacco Quitline (\$40), completar la 1ra llamada de orientación (\$25), completar la 3ra llamada de orientación (\$30), completar el programa (\$50).	
\$50	Si lo hace en el 1 ^{er} trimestre	Enviar un formulario de Notificación de embarazo (NOP) a MHS. Ingresar a su cuenta de portal del miembro y rellenar su NOP.
\$25	Si lo hace en el 2 ^{do} trimestre	
Hasta \$80	Participar en la Gestión de caso de obstetricia: Visite mhsindiana.com/rewards para los detalles.	
\$20	Visita de postparto: Consulte a su médico entre los días 21- 56 siguientes al parto.	

Para revisar su saldo, ingrese a la cuenta del portal seguro o llame al 1-866-809-1091.

**Esta tarjeta no se puede utilizar para comprar alcohol, tabaco ni productos de armas de fuego. Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank bajo una licencia de Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; Miembro de FDIC. La tarjeta no se puede usar en cualquier localidad donde acepten tarjeta de débito Visa. Consulte el acuerdo de utilización para las restricciones completas de uso. Los fondos en su tarjeta vence 90 días después de que finalice su cobertura. de seguro, o 365 a partir de la fecha en que la recompensa fue acreditada, lo que ocurra primero.*

Club de los niños saludables de MHS (Healthy Kids Club)

El Club de los niños saludables es un programa educativo gratuito dirigido a los niños de 12 años o menos. Este fomenta formas divertidas para que los niños estén saludables. Los niños obtendrán una tarjeta de membresía, boletines informativos electrónicos con consejos prácticos saludables, recetas y un libro educativo divertido que se les envía cada tres meses. Puede inscribir a sus niños en el club en mhsindiana.com/kidsclub.

MemberConnections®

Este es un equipo de integración del equipo de MHS que puede ayudarle de forma personal a comprender su cobertura de salud y otros recursos de la comunidad. MemberConnections puede proporcionar ayuda en persona o telefónica. Ellos le ayudarán a establecer una relación con su médico, ayudarle a comprender sus beneficios de salud y ponerlo en contacto con recursos de la comunidad. Si necesita transporte, alimentos, refugio u otro programa de salud, MemberConnections puede ayudar. Para más información llame a los Servicios del miembro de MHS al teléfono 1-877-647-4848.

Teléfono celular Connections Plus®

MHS puede prestarle un teléfono celular a nuestros miembros inscritos en la gestión de atención a la salud que no dispongan de acceso a un teléfono regular. Los teléfonos celulares Connections Plus están programados para hacer/recibir llamadas desde el equipo de gestión de atención a la salud de MHS, el proveedor de atención médica primaria de un miembro, otros médicos que pertenezcan al plan de tratamiento, la línea de enfermería de 24 horas al día de MHS y la familia que apoye el plan de atención del miembro.

Teléfono celular SafeLink

SafeLink es un programa federal que brinda un teléfono celular gratuito a los miembros que reúnan ciertos requisitos y 250 minutos de textos ilimitados al mes. El Programa SafeLink le brinda la capacidad de hacer y recibir llamadas de sus médicos, enfermeras, farmacias, 911, familia y amigos. Y en el Programa SafeLink tendrá llamadas ilimitadas al número gratis 1-877-647-4848 de MHS para hablar con los Servicios del miembro de MHS, administradores de gestión médica, MemberConnections o cualquier otro equipo de MHS sin que cuente para sus minutos. Los miembros pueden conservar su teléfono SafeLink independientemente de su inscripción con MHS.

“Llame a MHS MemberConnections hoy para que le ayuden a comprender sus beneficios en una entrevista personal”.



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections

Consejo consultivo del miembro

MHS invita a grupos de nuestros miembros en todo el estado a que hablen con nosotros cuatro veces al año. Los temas a tratar incluyen los servicios que MHS proporciona y cómo los miembros se sienten en relación con sus médicos, así como con nuestros programas. Los miembros también consultan nuestros materiales impresos y la información del sitio web. MHS utiliza esta información para hacer cambios en los programas en función de los comentarios de nuestros miembros. Si está interesado en formar parte de nuestro Consejo consultivo del miembro, llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.

Red educativa familiar

MHS e Indiana Minority Health Coalition (Coalición de salud para las minorías de Indiana) se han asociado para crear la Family Education Network (Red educativa familiar). La red brinda educación personal directa o telefónica a los miembros de MHS sobre una diversidad de temas. Los representantes de la red pueden explicar los beneficios y la cobertura del plan de salud de Medicaid así como una información general sobre los programas de MHS y los servicios especiales que están a su disposición. Llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 para programar una referencia gratuita.

Defensor del miembro:

El Programa del mediador del miembro de MHS es una asociación entre MHS y Salud mental América de Indiana (Mental Health America of Indiana). El mediador es alguien que trabaja para contribuir a resolver los problemas. Los miembros de MHS pueden comunicarse con un mediador gratuitamente para discutir cualquier problema que pudieran tener con MHS, los servicios de MHS, los médicos de MHS o cualquier otra parte de su atención a la salud. El mediador es neutro, de modo que no se parcializa con MHS ni con el Programa de Medicaid. El mediador trabajará con usted para resolver el problema. Si usted es miembro de MHS (o un representante legal), llame si:

- Tiene preguntas no resueltas sobre sus beneficios o servicios de MHS;
- Desea conocer cuáles son sus derechos y responsabilidades para su cobertura de MHS;
- Necesita asistencia con el proceso de apelaciones, incluyendo rellenar la documentación adecuada, documentar las apelaciones verbales o asesoría en el proceso de la apelación.

Si desea la asistencia de un mediador, llame gratuitamente al 1-877-647-5326, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

CAMBIOS AL PLAN Y REDETERMINACIÓN

MHS es su plan de cobertura de seguro de salud. Usted elige a MHS o fue asignado a MHS para proporcionar su seguro de salud cuando se unió al HIP.

El HIP ahora hace coincidir su opción de plan de salud con el año calendario. Usted escogerá su plan de salud una vez al año y permanecerá con este todo el año, desde enero hasta diciembre. Este es su año de beneficios. Incluso si abandona el programa y regresa durante el año, permanecerá con el mismo plan de salud.

Cada otoño, desde el 1º de noviembre hasta el 15 de diciembre tendrá la oportunidad de cambiar su plan de salud para el próximo año de beneficios. Puede hacer esto llamando al 1-877-GET-HIP-9 e informándoles que desea un nuevo plan de salud para el próximo año. ¡Si está conforme con MHS, no necesita hacer nada! Se le reinscribirá automáticamente con nosotros para el próximo año.

Esto no cambia su período de elegibilidad por el programa. Aún así debe realizar el proceso de redeterminación cada 12 meses. Esto significa que debe volver a solicitar o confirmar la información con el estado para comprobar que aún reúne los requisitos para el HIP. Esto ocurrirá en función del mes en el cual ingresó al programa. Recibirá un recordatorio de que es el momento para la redeterminación de su elegibilidad. Si no responde como se le indicó, podría perder la cobertura.

Año de beneficios: Enero a diciembre. Sus límites de beneficios y la cuenta POWER se restablecen cada mes de enero.

Periodo de elegibilidad: 12 meses que comienzan cuando se le aprueba la cobertura. Esto puede ser diferente para cada persona.

Cambios de Plan de seguro de salud “por una causa”

Si necesita solicitar el cambio de su Plan de seguro de salud fuera de su período de inscripción (1 de noviembre-15 de diciembre), puede solicitar un cambio “por una causa”. Los siguientes son ejemplos de motivos “por una causa”:

- No puede participar en la selección del plan de salud debido a que no se ha inscrito completamente en el HIP en su momento;
- Falta de acceso a servicios necesarios desde el punto de vista médico amparados por el HIP;
- Un servicio no está amparado por su médico o la institución de atención a la salud por objeciones morales o religiosas, según se describe en la sección 9.3.3 del Código del Estado de Indiana;
- Los servicios relacionados son necesarios alrededor del mismo tiempo pero no están disponibles en la red del plan de salud. En este caso, el proveedor del miembro decide que recibir los servicios por separado someterá al miembro a un riesgo innecesario;
- Falta de acceso a proveedores experimentados en el trato con las necesidades específicas de atención a la salud;
- Se han impuesto medidas correctivas contra el asegurador;
- Si al miembro le preocupa que el médico disponible o la institución de atención a la salud no le proporcione atención de calidad, incluye el incumplimiento de las normas establecidas de administración de atención médica y barreras significativas de lenguaje o culturales;
- Acceso limitado a un proveedor de atención médica primaria u otro servicio de salud dentro de una distancia razonable desde su lugar de residencia;
- Otro formulario de un plan de salud está más acorde con las necesidades de atención a la salud actuales del miembro; y
- Otras circunstancias determinaron que constituye baja calidad de la cobertura de atención a la salud.

Para solicitar un cambio “por una causa” llame al 1-877-GET-HIP-9 (1-877-438-4479). El estado revisará su solicitud.

Si desea cambiar de médico o desincorporarse de MHS debido a que no está satisfecho con los servicios, llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. Es posible que podamos ayudarlo. O consulte la página 45 para más información sobre las quejas.

Redeterminación

Al final de su año de beneficios, debe volver a solicitar o confirmar la información con el estado para comprobar que aún reúne los requisitos para el HIP. Contacte con la División de recursos para la familia (Division of Family Resources) para averiguar lo que necesita para continuar con sus beneficios.

Debe participar en su proceso de redeterminación de elegibilidad anual. Si no lo hace puede estar sujeto a un bloqueo del programa HIP de hasta 6 meses. Las cartas para su elegibilidad vienen de la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, DFR) para informar sobre cualquier cambio. Debe cumplir con las instrucciones proporcionadas por la DFR.

Puede tomar hasta 45 días volver a solicitar o confirmar su información con el estado. Para ayudarlo, MHS le llamará y le enviará un correo electrónico para recordarle cuándo está a 45 días de su último día de elegibilidad.

“¿No tiene beneficios odontológicos, de la vista ni quiroprácticos? Tiene la oportunidad de aspirar al HIP Plus para obtener cobertura dental, de la vista y quiropráctica cuando comience su próximo año de beneficios. Cerciórese de pagar su contribución a la cuenta POWER cuando reciba su primera factura por correo para inscribirse en el plan HIP Plus. Puede conocer más sobre esto en nuestro sitio web en mhsindiana.com/powerup”.



Stoshala Payne
Supervisora, Inscripción

"Deseamos conocer su opinión sobre MHS y su atención de salud. ¡Si recibe una encuesta del miembro, le rogamos que participe!"



Carmen Ruiz
Representante de
MemberConnections

MHS desea que obtenga la atención de calidad que usted merece. El Programa de mejoramiento de la calidad de MHS (Quality Improvement, QI) revisa toda la atención y servicios que recibe de los médicos, hospitales y otros servicios de MHS. Esto contribuye a garantizar que la atención que reciba sea de buena calidad, útil y adecuada para usted. Si desea obtener más información sobre el Programa para el mejoramiento de la calidad de MHS, llámenos o visite mhsindiana.com donde puede encontrar información sobre:

- El resumen y la descripción del Programa de mejoramiento de la calidad de MHS
- La información sobre vacunas para adultos y niños
- Las normas que MHS busca cumplir y exceder
- Las normas de registros médicos y las pautas de práctica

Encuestas de satisfacción de los miembros

Como parte del Programa de mejoramiento de la calidad de MHS, todos los años se le pide a algunos miembros que respondan una encuesta para conocer sobre la atención y servicios que reciben de MHS y los médicos de MHS. MHS comparte las respuestas de la encuesta con los médicos de MHS y utiliza la información para contribuir a mejorar la atención a los miembros y la forma cómo nos comunicamos con usted. Sus respuestas a estas encuestas son siempre anónimas, lo que significa que no sabemos quiénes respondieron la encuesta. Si recibe una encuesta por correo o por teléfono, le rogamos que se tome el tiempo de responderla y devolverla. Esto ayudará a que MHS y los Programas de atención a la salud del estado sean lo mejor posible para usted y su familia.

Calificaciones del proveedor

Usted tiene el derecho a ver información sobre su médico, especialista u otro proveedor. Esta información incluye el nombre, títulos, afiliaciones a grupos de especialidad médica, certificaciones del Colegio de Médicos y afiliaciones a hospitales. Puede encontrar este tipo de información en "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en mhsindiana.com/find-a-provider. Las listas se actualizan cada vez que hay un cambio. O puede llamarnos y pedir que le enviemos una lista por correo.

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

Esperamos que nuestros miembros siempre estén satisfechos con MHS y nuestros proveedores. Díganos si no está satisfecho con los programas y servicios de MHS o con los servicios proporcionados por su médico o si no está de acuerdo con una decisión que MHS tomó en relación con su atención a la salud. Tenemos medios para manejar cualquier problema que usted pueda tener.

Quejas

Para plantear una queja puede llamar a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848. MHS toma sus quejas en serio. Registramos su queja y hacemos un seguimiento junto con usted sobre cómo podemos servirle de la mejor manera. MHS responderá a su queja con una solución en el plazo de 24 horas. Si no está satisfecho con la forma en la que se manejó su queja, o si esta no se ha resuelto en el lapso de 24 horas, puede tomar el próximo paso presentando una reclamación.

Reclamaciones

Usted o un representante puede presentar una reclamación escribiendo o llamando a MHS dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha inicial en la cual se presentó la queja. Si considera que se le señaló por error como usuario de tabaco, llame a MHS.

Dirección postal: MHS Member Services, 550 N. Meridian St., Suite 101, Indianapolis, IN 46204
Teléfono: Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.

Una reclamación por escrito debe incluir:

- Su nombre, teléfono, dirección y firma
- Su número de identificación de miembro
- El(los) motivo(s) por el(los) cual(es) no está satisfecho
- Cómo desea que MHS le ayude

Puede presentar copias de documentos que apoyen su caso en persona o por escrito.

MHS le enviará una carta en el lapso de tres (3) días hábiles para informarle que hemos recibido su reclamación. La carta incluye sus derechos y los próximos pasos que puede tomar. Todas las reclamaciones se resuelven en el plazo de 30 días calendario. El resultado se le envía por escrito en el lapso de 30 días calendario. MHS puede solicitarle 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le informaremos por escrito antes de la fecha límite de 30 días calendario.

Si no está satisfecho con el resultado de su reclamación, tiene el derecho de presentar una apelación.

Apelaciones

Una apelación se presenta cuando usted, su proveedor o su representante no están satisfechos con el resultado de una decisión tomada por MHS y desea tomar acción. Esto puede ocurrir porque no está satisfecho con los resultados de una reclamación que presentó, o porque no está satisfecho con una decisión que MHS tomó cuando su médico solicitó autorización previa o aprobación previa para un tratamiento, terapia, equipo médico u otro servicio médico. Para designar a un representante o a su proveedor, envíe una carta firmada a MHS o un formulario de consentimiento informándonos quién será su representante.

Las apelaciones se deben presentar en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que se le informó sobre la decisión. Usted o su representante pueden escribir, llamar por teléfono, enviar un fax o enviar por correo electrónico la solicitud de apelación y consentimiento (si tiene un representante) a:

Dirección postal: MHS Appeals, 550 N. Meridian St., Suite 101, Indianapolis, IN 46204
Teléfono: Servicios del miembro de MHS o Apelaciones MHS al teléfono 1-877-647-4848.
Fax: 1-866-714-7993
Correo electrónico: appeals@mhsindiana.com

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

Su apelación por escrito debe incluir:

- Su nombre, teléfono, dirección y firma
- Su número de identificación de miembro
- El(los) motivo(s) por el(los) cual(es) no está satisfecho
- Cómo desea que MHS le ayude

Puede presentar copias de documentos que apoyen su caso en persona o por escrito.

MHS le escribirá en un plazo de tres (3) días hábiles para informarle que recibimos su solicitud. Su caso será asignado a una persona con las calificaciones adecuadas para revisarlo, tal como un médico o un gerente administrativo. La persona asignada no habrá estado involucrada en la decisión original ni en la decisión de la revisión previa.

Todas las apelaciones se resuelven en el plazo de 30 días calendario. El resultado se le envía por escrito en el lapso de 30 días calendario. MHS puede solicitarle 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le informaremos por escrito antes de la fecha límite de 30 días calendario. Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, tiene derecho a una revisión independiente externa.

Revisión expedita

Si esperar el tiempo normal de la respuesta a la apelación le colocara en riesgo de sufrir una lesión o daño físico grave, puede solicitar a MHS que considere realizar una revisión agilizada. Esto se denomina “Revisión expedita”. Para solicitar una “revisión expedita” llame o escriba a MHS tan pronto como sea posible. MHS resuelve las revisiones expeditas en dos días calendario (48 horas).

Revisión independiente externa y audiencia estatal imparcial

Se pueden solicitar revisiones independientes externas de las decisiones tomadas por la Administración médica de MHS o la Administración de utilización de MHS:

- En función de la necesidad médica, o
- El servicio solicitado es de carácter experimental o investigativo.

Para solicitar una revisión, llame o escriba a MHS en el lapso de 33 días calendario de su decisión de apelar. MHS le enviará el archivo completo del caso a una agencia revisora independiente externa registrada con el Departamento de Seguros de Indiana la cual no tiene conexión con MHS. La agencia revisora independiente externa se encargará de que un médico de la misma especialidad revise el caso. Ellos enviarán su respuesta al miembro y a MHS aproximadamente en dos semanas. MHS pagará esta revisión. El miembro puede solicitar tanto una revisión independiente externa como una audiencia estatal imparcial pero no al mismo tiempo.

Audiencia estatal imparcial

Después de una apelación, o después de la revisión independiente externa, puede solicitar una “Audiencia estatal imparcial” ante la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (Indiana Family and Social Services Administration, FSSA). Para obtener ayuda en la solicitud de una audiencia estatal imparcial, comuníquese con los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848 o escriba a la FSSA directamente en el plazo de 60 días calendario después de agotar los procedimientos de apelación con MHS a: Hearings and Appeals Section, MS-04, Indiana Family and Social Services Administration, 402 West Washington Street, Room E034, Indianapolis, IN 46204.

Atención de salud durante las apelaciones

Usted continúa siendo nuestro miembro durante la apelación. Continuará obteniendo todos los servicios de salud amparados de acuerdo con su paquete de beneficios. Además, MHS continuará cubriendo la atención a la salud por la que usted apela hasta que se tome una decisión final. Si la decisión final sobre su apelación es denegar los servicios, usted tendría que pagar por estos.

Sus derechos sobre la apelación y las opciones

Si MHS toma una decisión sobre su atención a la salud y usted no está de acuerdo, como miembro de MHS tiene el derecho de solicitar que reconsideremos la decisión:

- Puede escribir o llamar a MHS para presentar una apelación y pedimos que reconsideremos la decisión. Debe comunicarse con nosotros en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que MHS tomó la decisión. Si no lo hace en el plazo fijado, perderá la oportunidad de que se reconsidere su caso.
- Puede solicitarle a MHS que le ayude. Si nos llama, MHS le ayudará a rellenar una apelación del miembro.
- Puede enviar documentación médica, declaraciones u otra evidencia o alegatos de hecho o conclusiones legales a MHS que considere que debemos conocer. Puede pedirle a su médico tratante o a su médico de atención primaria que envíe información que considere debemos tener.
- Puede pedirle a alguien que lo represente, como a su médico o a un abogado, un familiar u otra persona en la cual confíe. Para designar a un representante, envíe a MHS una carta o nota firmada informándonos el nombre de la persona, su relación con esa persona y dónde llamarle o escribirle. No tiene que designar un representante si no lo desea.
- Si considera que esperar el tiempo regular por la respuesta a su apelación pondrá en peligro su vida o su salud, puede pedirle a MHS que considere hacer una revisión superrápida de su caso, denominada "revisión expedita". Debe pedirla tan pronto como sea posible llamando o escribiendo a MHS.
- Puede participar en la resolución de su caso aportando documentos que desea que se revisen y reuniéndose con el panel que reconsidera su caso, bien sea en persona o a través del teléfono. Debe informarnos con anticipación sobre su plan de participar cuando nos llame o nos escriba. La persona que designó para que lo represente puede acompañarlo para participar en la resolución de su caso.
- Puede revisar los registros médicos que MHS tiene en su archivo sobre usted y puede revisar el archivo de su caso tanto antes como durante el proceso de apelación, sin cargo alguno. Para solicitar la consulta de la información, llámenos o escriba a MHS.
- Puede comunicarse telefónicamente con los Servicios del miembro de MHS para revisar el estado de su caso llamando al 1-877-647-4848 o electrónicamente en mhsindiana.com/contact-us.
- Si no está satisfecho con los resultados de la revisión de su caso por parte de MHS, tiene el derecho de pasar al siguiente nivel de apelación que incluye una revisión independiente, una audiencia estatal imparcial o ambas.

Apelaciones de farmacia en HIP y HIP Maternidad

Usted o su proveedor pueden solicitar la revisión de una apelación de farmacia en caso de que el Medicaid de Indiana:

- Niegue un servicio o medicamento de farmacia
- Disminuya un servicio o medicamento de farmacia
- Suspenda un servicio o medicamento de farmacia que estaba aprobado previamente
- No le proporcione servicio oportunamente

Para solicitar una revisión de la apelación de la farmacia si es miembro del Healthy Indiana Plan, comuníquese con MHS al 1-877-647-4848.

Las apelaciones se deben presentar en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que se le informó sobre la decisión. Usted o su representante pueden escribir, llamar por teléfono, enviar un fax o enviar por correo electrónico la solicitud de apelación y consentimiento (si tiene un representante) a:

Dirección postal: MHS Appeals, 550 N. Meridian St., Suite 101, Indianapolis, IN 46204

Teléfono: Servicios del miembro de MHS o Apelaciones MHS al teléfono 1-877-647-4848.

Fax: 1-866-714-7993

Correo electrónico: appeals@mhsindiana.com

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una "Audiencia de Medicaid". Envíe una carta a la siguiente dirección de Medicaid de Indiana en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión sobre su apelación. Un juez escuchará su caso y le enviará una carta con la decisión en el lapso de 90 días hábiles.

*Indiana Family and Social Services Administration
Hearing and Appeals Section, RM E034 – IGC-S, MS04
402 W. Washington St., Indianapolis, IN 46204*

Decisiones médicas

Los proveedores y el personal de MHS toman decisiones sobre los tratamientos de nuestros miembros en función de proporcionar la mejor atención y servicio posibles. MHS no recompensa a ningún proveedor, médico o miembro de su personal por denegar o disminuir servicios o pago. MHS no recompensa ni paga a los médicos o personal de MHS para que usted obtenga menos atención de la que necesita.

MHS no toma las decisiones de cobertura en función de los beneficios morales o religiosos. Usted puede tener una solicitud que un médico u hospital no pueda atender debido a sus creencias morales o religiosas. Si esto ocurre, ese médico u hospital debe decírselo para que pueda decidir si desea un médico u hospital diferente para su atención. Si usted ha expresado una instrucción previa (consulte esta sección) y su médico no cumple con sus deseos, puede presentar una queja ante la Agencia de certificación y encuestas del Estado de Indiana (Indiana State Survey and Certification Agency).

Incentivos para los médicos

MHS proporciona incentivos a los médicos en función de la calidad de atención a la salud que brindan a nuestros miembros. Por ejemplo, se anima a los pediatras a garantizar que los niños obtengan las inmunizaciones (vacunas). No damos incentivos a los médicos de MHS por no proporcionar atención. Para información más detallada sobre los planes de incentivos para los médicos de MHS, llame al Mejoramiento de la calidad de MHS al 1-877-647-4848.

Instrucciones previas

Las instrucciones previas también se conocen como “Declaración de voluntades anticipadas o Testamento vital”. se refieren a las instrucciones sobre su tratamiento y atención médica futuros. Al indicar sus opciones de atención a la salud en una instrucción anticipada, ayuda a su familia y al médico a entender sus deseos respecto a la atención a la salud. La ley de Indiana da especial atención a las instrucciones anticipadas. Estas instrucciones anticipadas comprenden uno o dos documentos donde se listan sus opciones de atención a la salud para cuando no pueda decidir por sí mismo. Con las instrucciones previas, puede:

- Informar a su médico si desearía o no utilizar máquinas para mantenerlo con vida
- Informar a su médico si desearía ser un donante de órganos
- Darle permiso a alguien más para decir “sí” o “no” a sus tratamientos médicos

Las instrucciones previas se utilizan únicamente si no puede hablar por sí mismo. No le quitan su derecho de tomar una decisión diferente si posteriormente puede hablar por sí mismo. Existen tres formas de hacer las instrucciones previas:

- Hable con su médico y la familia
- Elija a alguien que hable o decida en su nombre, conocido como un representante de atención de salud.
- Elabore un poder notarial y/o testamento vital

Para más información sobre sus derechos bajo la ley de Indiana puede visitar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Indiana, en: <https://www.in.gov/isdh/25880.htm>

Tratamientos y tecnologías nuevos

MHS tiene un grupo de médicos y personal que periódicamente investiga nuevos servicios, tratamientos y medicamentos que pueden estar disponibles para contribuir a que obtenga una buena atención.

Aviso sobre MHS como pagador secundario

A veces alguien más debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted está involucrado en un accidente de vehículo o lesionado en el trabajo, el seguro de indemnización laboral debe pagar primero.

MHS tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago de los servicios amparados cuando alguien más tiene que pagar primero.

Derecho de subrogación de MHS

Subrogar es el proceso mediante el cual MHS recupera parte o la totalidad de todos los costos de su atención a la salud de otro asegurador. Ejemplos de otros aseguradores:

- El seguro de su vehículo o del propietario residencial
- El seguro del vehículo o del propietario residencial de una persona que causó su enfermedad o lesión
- El seguro de indemnización laboral

Aviso sobre MHS como pagador secundario (cont.)

Si un asegurador distinto de MHS debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, MHS tiene el derecho de pedirle a ese asegurador que nos reembolse a nosotros. MHS está subrogada con respecto a la recuperación de parte de un tercero que haya ocasionado su enfermedad o lesión, o cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra otro plan de seguro, incluyendo, entre otros, la cobertura de conductor no asegurado o con cobertura insuficiente, cobertura personal tipo paraguas, cobertura de pagos médicos, cobertura de seguro de auto independientemente de quien haya ocasionado el accidente o cualquier cobertura de seguro que se aplique a la propiedad o persona asegurada. A menos que así lo exija la ley, la cobertura según esta política de MHS será secundaria cuando otro plan, incluyendo otro plan de seguro, le proporcione la cobertura de servicios de atención a la salud.

Derecho de MHS al reembolso

Si obtiene dinero de un juicio o liquidación por una enfermedad o lesión, MHS tiene el derecho de pedirle que devuelva el costo de los servicios amparados que hemos pagado. No podemos hacer que usted nos devuelva más de la cantidad de dinero que obtuvo de su demanda o liquidación.

Sus responsabilidades

Como miembro de MHS, usted acuerda:

- Informarnos sobre los eventos que pudieran afectar los derechos de subrogación o reembolso de MHS.
- Cooperar con MHS cuando le pidamos información y asistencia con la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar los documentos para ayudarle a MHS con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a MHS a investigar, solicitar y divulgar la información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso hasta el máximo permitido por la ley.
- Pagar a MHS todas las cantidades recuperadas por demanda, liquidación o de otro modo procedente de un tercero o del asegurador del tercero o de su propio asegurador, incluyendo, entre otros, la cobertura de conductor no asegurado, cobertura de conductor insuficientemente asegurado, cobertura personal tipo paraguas, cobertura de pagos médicos, y cobertura de seguro de auto, independientemente de quien haya ocasionado el accidente, o cualquier cobertura de seguro que se aplique a la propiedad o persona asegurada hasta el límite de beneficios proporcionado según la cobertura, hasta el valor de los beneficios proporcionados.
- Si no manifiesta su intención de ayudarnos, pudiera tener que pagarnos nuestros costos, incluyendo las costas razonables de abogados para hacer cumplir nuestros derechos según este plan.

Desperdicio, fraude y abuso del programa

Prevenir y limitar el desperdicio, fraude y abuso contribuye a proteger los programas de atención a la salud que le sirven a usted y a su familia. Si considera que un miembro del plan o un proveedor ha cometido un desperdicio, abuso o fraude, tiene el derecho y la responsabilidad de informarlo. Los ejemplos de fraude o abuso de los miembros incluyen:

- Un miembro que permita que alguien más use su tarjeta de identificación de seguro para obtener atención médica
- Un miembro que procura que el plan pague medicamentos que no necesita

Su seguridad y bienestar son muy importantes para nosotros. Si usted o su familia tiene inquietudes, llámenos de inmediato. Si considera que un proveedor, miembro u otra persona no está utilizando bien el programa, díganoslo de inmediato. MHS es firme sobre la detección y la denuncia del desperdicio, el fraude y el abuso. Llame a nuestra línea de ayuda gratuita y confidencial al 1-866-685-8664. También puede llamar a la línea de ayuda gratuita y confidencial de la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (Indiana Family and Social Services Administration, FSSA) al 1-800-403-0864. No necesita decir su nombre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO DE MHS

Como miembro de MHS, tiene el derecho de...

- Recibir información sobre MHS así como sobre los servicios, médicos, proveedores de MHS y sus derechos y responsabilidades. Le enviaremos un manual del miembro cuando reúna los requisitos y un boletín informativo cuatro veces al año. Además, la información detallada de MHS está ubicada en nuestro sitio web en mhsindiana.com. También, puede llamar a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles, presentadas de una manera adecuada a su condición y capacidad de comprensión.
- Poder discutir francamente sobre las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias desde el punto de vista médico, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Participar con los médicos en decisiones relativas a su atención a la salud, incluyendo el derecho de rehusar tratamiento.
- Estar libre de cualquier restricción o aislamiento utilizado como forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según lo especificado en las regulaciones federales sobre el uso de medios de restricción y aislamiento.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que sean modificados o corregidos según lo permitan las regulaciones federales sobre privacidad en la atención a la salud.
- Expresar quejas, reclamaciones o apelaciones sobre la organización o la atención que proporciona.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro.
- Tener una fuente continua de atención primaria adecuada a sus necesidades y una persona designada formalmente como responsable primario de coordinar sus servicios de atención a la salud.
- Ayuda personalizada del personal de MHS para que pueda tener la seguridad de que recibe la atención necesaria, especialmente en casos donde usted o su hijo tengan “necesidades especiales de salud” tal como el manejo de una enfermedad a largo plazo o enfermedades graves. Nos aseguramos de que obtenga acceso fácil a toda la atención necesaria, y le ayudaremos a coordinar la atención con los diversos médicos y administradores de caso involucrados para hacerle las cosas fáciles. Si se le ha determinado que padece de una necesidad especial de atención a la salud, según una evaluación de conformidad con la norma 42 CFR 438.208(c)(2) en la que se requiere un curso de tratamiento o monitorización de atención periódica, trabajaremos con usted para proporcionarle acceso directo a un especialista, según sea pertinente a su padecimiento y necesidades.
- Tener acceso oportuno a los servicios amparados.
- Tener servicios disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana cuando tal disponibilidad sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Obtener una segunda opinión por parte de un profesional calificado de atención a la salud, sin cargo alguno. Si la segunda opinión procede de un proveedor fuera de la red, el costo no será mayor que si el proveedor perteneciera a la red.
- Tener acceso directo a los especialistas de salud de la mujer para atención periódica y preventiva, incluyendo la planificación familiar, los exámenes anuales de la mujer y el servicio de obstetricia, sin necesidad de aprobación de MHS o su médico de MHS. Esto incluye control de la natalidad, pruebas de virus de papiloma humano (VPH), clamidia y Papanicolau.
- Recibir notificación escrita de una decisión para denegar una solicitud de autorización de un servicio en una cantidad, duración o alcance menor que el solicitado. Recibirá esta información tan rápidamente como sea necesario para que se atiendan sus necesidades de carácter médico y no se postergue el tratamiento. No pondremos en peligro su padecimiento esperando por la aprobación de los servicios. Las autorizaciones se revisan en función de sus necesidades de carácter médico y se realizan de conformidad con los marcos de tiempo establecidos.

Como miembro de MHS, tiene la responsabilidad de...

- Proporcionar la información (hasta donde sea posible) necesaria para MHS, sus médicos y otros proveedores de atención a la salud para que puedan brindarle la atención adecuada
- Cumplir con los planes e instrucciones que haya acordado con sus médicos de MHS
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de las metas de tratamiento mutuamente acordadas hasta el grado que sea posible

PALABRAS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER COMO MIEMBRO DEL HEALTHY INDIANA PLAN

Beneficio	Cobertura de servicio de atención a la salud que un miembro de Medicaid recibe del Estado para el tratamiento de enfermedades, lesiones u otros padecimientos.
Gestión del caso	Programas de MHS para miembros con padecimientos especiales que contribuyen a manejar sus problemas mediante el contacto periódico y la ayuda de MHS.
Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)	Una expansión de Hoosier Healthwise que prolonga la cobertura a niños entre las edades de cero a 19 años cuyo ingreso familiar está en el nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL).
Copago	Una forma de participación en la distribución de costos. Copagos se refiere a una cantidad de dinero específica que cada persona pagará por un servicio en particular, independientemente del precio cobrado por el servicio. El copago se puede cobrar al momento del servicio o facturado posteriormente.
Distribución de costos	Los costos que un miembro tiene la responsabilidad de pagar por servicios de salud cuando está amparado por un seguro médico.
Servicio amparado	Servicios médicos obligatorios exigidos por CMS y servicios médicos opcionales aprobados por el Estado que son pagados por Medicaid. Ejemplos de servicios amparados son la cobertura de medicamentos recetados y las visitas al consultorio del médico.
División de Recursos de la Familia (Division of Family Resources, DFR).	Una División de la Administración de Servicios Sociales y Familiares. El organismo estatal que ofrece ayuda con capacitación laboral, asistencia pública, asistencia suplementaria de nutrición y otros servicios.
Miembro que reúne los requisitos.	Persona certificada por el estado para recibir asistencia médica.
EPSDT	Servicios de Evaluación precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment Services, EPSDT). Estos son una serie de exámenes que su hijo necesita recibir desde el nacimiento hasta los 21 años para contribuir a evitar que se enferme o para detectar problemas potenciales de salud precozmente para que puedan ser tratados.
Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)	Una explicación de servicios prestados por su proveedor y los pagos realizados sobre esos gastos.
Administración de Servicios Sociales y Familiares y (Family and Social Services Administration, FSSA)	Una organización paraguas responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana; incluye la Oficina de Políticas y Planificación de Medicaid, la División de las Personas de la Tercera Edad, la División de Recursos para la Familia, la División de Salud Mental y Adicción y la División de Servicios de Rehabilitación y Discapacidades.
Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS)	Un cuestionario que los miembros deben llenar en el lapso de 90 días a partir de su afiliación a MHS para que MHS esté al tanto de la condición de atención a la salud de la persona. Esto permite a MHS adaptar las necesidades de los miembros con los programas y servicios adecuados.
Los miembros de Hoosier Care Connect (HCC)	Hoosier Care Connect es un programa de atención a la salud para personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas que tampoco reúnen los requisitos para Medicare.
Hoosier Healthwise (HHW)	Programa de atención a la salud de Medicaid de Indiana para niños hasta la edad de 19 años y mujeres embarazadas.
Healthy Indiana Plan (HIP)	El Healthy Indiana Plan es un programa de seguro de salud asequible del estado de Indiana para adultos residentes de Indiana no asegurados, en edades comprendidas entre 19 a 64 años.
Programas de cobertura de salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs).	El nombre utilizado para describir todos los programas de asistencia de salud pública, tales como Medicaid, HIP y CHIP.
Ingreso	En términos de requisitos, el dinero que gana mediante un trabajo, trabajador autónomo (ingreso devengado) o dinero que se le paga directamente, tal como SSI o SSDI (ingreso no devengado).
LCP	La empresa que MHS utiliza para proporcionar transporte a los miembros que reúnan ciertos requisitos
MHS	Managed Health Services, abreviado como MHS
Medicaid	Un programa que ofrece seguro de salud a ciertas familias de bajos ingresos, personas con discapacidades y personas de la tercera edad con recursos financieros limitados. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y el estatal.

PALABRAS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER COMO MIEMBRO DEL HEALTHY INDIANA PLAN

Salud clínicamente delicada	<p>Las personas que se determinan como clínicamente delicadas reciben cobertura de algunos beneficios adicionales incluyendo transporte que no sea de emergencia y servicios quiroprácticos. Debe contactar con el Estado para confirmar su condición de salud. Se considera que una persona presenta una salud clínicamente delicada si se ha determinado que padece una o más de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental discapacitante; • Trastorno crónicos por abuso de sustancias; • Padecimientos graves y complejos de carácter médico; • Discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente la capacidad de realizar una o varias actividades de la vida diaria; o • Discapacidad de acuerdo a determinación por parte de la Administración del Seguro Social.
Medicamento necesario	Servicios de atención a la salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas y que cumpla con las normas médicas aceptadas.
Miembro	Una persona que ha elegido a MHS como su plan de seguro y obtiene sus beneficios a través de MHS.
Línea de ayuda de enfermería de MHS	La línea de de ayuda enfermería de MHS es la línea telefónica de orientación médica con personal de enfermería diplomado. La línea de ayuda de enfermería de MHS está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Los miembros pueden llamar al 1-877-647-4848.
OTC	Medicamentos de venta libre (Over-The-Counter); se refiere a medicamentos tales como medicinas para el resfriado y aspirina.
PDL	Lista de medicamentos preferidos (Preferred drug list, PDL). Su beneficio de farmacia tiene una lista de medicamentos preferidos. La PDL muestra algunos de los medicamentos amparados por el beneficio de farmacia.
PE	Elegibilidad presunta (Presumptive eligibility, PE). Un programa de Medicaid que proporciona beneficios y atención a mujeres embarazadas mientras esperan la revisión por parte de la DFR de su solicitud ante Medicaid.
PHI	Información de salud protegida (Protected Health information, PHI). Esta es la información sobre usted y su salud que debe mantenerse de forma segura y está sujeta a las leyes que detallan quién puede ver la información y bajo cuáles circunstancias.
PMP	Proveedor de atención médica primaria (Primary Medical Provider, PMP), su médico de MHS. Un pediatra, médico general, médico de familia, internista o a veces un obstetra/ginecólogo que tiene un contrato con MHS para proporcionar atención primaria a los miembros y referir, autorizar, supervisar y coordinar la prestación de beneficios. Los enfermeros practicantes y asistentes de médicos relacionados con un proveedor de atención médica primaria contratado pueden ver a los miembros que solicitan atención de salud primaria.
Cuenta POWER	En el programa HIP, los primeros \$2,500 de gastos médicos por beneficios amparados se pagan con una cuenta de ahorros especial llamada una cuenta POWER (siglas en inglés de Personal Wellness and Responsibility [Bienestar y responsabilidad personal]). El estado pagará la mayoría de esta cantidad, pero usted también será responsable de pagar una pequeña porción de sus costos iniciales de atención a la salud. La porción es una contribución mensual asequible a su cuenta POWER en función de sus ingresos.
Autorización previa (Prior Authorization, PA)	Una decisión tomada por su plan o compañía aseguradora de salud en relación con un servicio de atención a la salud, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero que sea médicamente necesario.
Proveedor	Un profesional de atención médica, odontológica o conductual que puede proporcionar atención de salud a nuestros miembros. Más a menudo conocidos como médicos.
Número de identificación del recipiente (RID)	El número único asignado a un miembro que reúne los requisitos para recibir servicios de Medicaid. Este número lo puede encontrar al frente de su tarjeta de identificación de Medicaid.
Reinversión	Manejar bien su cuenta y obtener atención preventiva puede disminuir sus costos futuros. Si sus gastos anuales de atención a la salud son inferiores a \$2,500 al año, puede reinvertir sus contribuciones para disminuir su pago mensual el próximo año. También puede duplicar esta disminución si completa los servicios preventivos.
Autorreferencia	Un servicio amparado que puede obtener un miembro sin tener la aprobación de un médico de MHS, de MHS o de alguien más. Un miembro puede autorreferirse a sí mismo para servicios especiales que no necesiten una revisión previa al servicio por parte de MHS o el proveedor de atención médica primaria (PMP).

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA ATENTAMENTE.

Vigencia al 1.7.2017

Para obtener ayuda para traducir o comprender este texto, llame al 1-877-647-4848

Si tiene discapacidad auditiva TTY 1-800-743-3333.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono.

1-877-647-4848 (TTY 1-800-743-3333).

Servicios de interpretación sin costo para usted.

Deberes de las entidades amparadas:

Managed Health Services (MHS) es una Entidad amparada según la definición y regulación de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. La ley exige que MHS mantenga la privacidad de su información médica protegida (PHI), le proporcione esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, se someta a los términos de esta Notificación que está actualmente en efecto y se le notifique a usted si se produce una vulneración de su PHI no resguardada.

Esta Notificación describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos al acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán solo con su autorización por escrito.

MHS se reserva el derecho de cambiar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada sobre la PHI que ya tenemos sobre usted, así como su PHI que recibamos en el futuro. MHS revisará y distribuirá esta Notificación cuando se produzca un cambio material a lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestros derechos legales
- Otras prácticas sobre privacidad indicadas en la Notificación

Las notificaciones revisadas estarán disponibles en nuestro sitio web en mhsindiana.com.

Uso y divulgación permisibles de su PHI

La siguiente es una lista de cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento** – Podemos utilizar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención a la salud que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre los proveedores o para asistirnos en tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pagos** – Podemos utilizar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención a la salud que ha recibido. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad de acuerdo con las Reglas de Privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - procesamiento de reclamaciones
 - determinación de elegibilidad o cobertura por reclamaciones

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- emisión de facturación por primas
 - revisión de servicios por necesidades de carácter médico
 - realizar revisión de utilización de reclamaciones
- **Gestiones de atención a la salud** – Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras gestiones de atención a la salud. Estas actividades pueden incluir:
 - proporcionar servicios al cliente
 - responder a quejas y apelaciones
 - proporcionar gestión de caso y coordinación de atención
 - llevar a cabo las revisiones de carácter médico de los reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
 - actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención a la salud, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad sujeta a las Reglas de privacidad federales. La entidad también deberá tener una relación con usted en sus operaciones de atención a la salud. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento
 - revisar la competencia o calificaciones de los profesionales de atención a la salud
 - gestión de caso y coordinación de atención
 - detectar o prevenir el fraude y el abuso en la atención a la salud
- **Divulgaciones sobre el patrocinador del Plan de seguro/Plan de seguro de grupo** – Podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, tal como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención a la salud a usted si el patrocinador está de acuerdo con ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (tal como estar de acuerdo en no utilizar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o exigidas de su PHI.

- **Actividades de recaudación de fondos** – Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, tales como recaudar dinero para una fundación caritativa o una entidad similar para contribuir a financiar sus actividades. Si le contactamos para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de optar por excluirse o cesar de recibir tales comunicaciones en el futuro.
- **Finalidad de evaluación de riesgos** – Podemos usar o divulgar su PHI para fines de evaluación de riesgos, tales como tomar una determinación sobre una aplicación de cobertura o solicitud. Si utilizamos o divulgamos su PHI para fines de evaluación de riesgos, se nos prohíbe utilizar o divulgar su PHI que sea información genérica en el proceso de evaluación de riesgos.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento** – Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita o tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información relativa a alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud, tales como información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Según lo exija la Ley** – Si la ley federal, estatal, y/o local en vigencia exige el uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información PHI hasta el límite que el uso o divulgación cumpla con tal ley y está limitado a los requisitos de tal ley. Si dos o más leyes o regulaciones que rijan el mismo uso o divulgación son conflictivas, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública** – Podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública para evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de medicamentos y fármacos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso o negligencia** – Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, estatal o federal, incluyendo los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si consideramos que ha ocurrido abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales o administrativos** – Podemos revelar su PHI en procedimientos judiciales o administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - una orden de un tribunal
 - tribunal administrativo
 - citación
 - orden de comparecencia
 - orden judicial
 - solicitud de descubrimiento
 - solicitud legal similar
- **Autoridades policiales** – Podemos divulgar su PHI relevante a los funcionarios judiciales cuando se exija hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
 - orden de un tribunal
 - orden judicial expedida por un tribunal
 - citación
 - orden de comparecencias emitida por un funcionario judicial
 - citación de un gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

- **Forense, examinadores médicos y directores funerarios** – Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para el cumplimiento de sus deberes.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos** – Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a aquellos que trabajan en la donación, bancos o transplantantes de:
 - órganos de cadáveres
 - ojos
 - tejidos

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Amenazas a la salud y seguridad** – Podemos usar o divulgar su PHI si consideramos, de buena fe, que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o el público.
- **Funciones especializadas del gobierno** – Si es miembro del ejército de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo soliciten las autoridades de las Fuerzas Armadas. También podemos divulgar su PHI:
 - a funcionarios federales autorizados de seguridad nacional
 - a actividades de inteligencia
 - al Departamento de Estado para determinaciones sobre la idoneidad médica
 - para servicios de protección del Presidente y otras personas autorizadas
- **Seguro de accidentes de los trabajadores** – Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas al Seguro de accidentes de los trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de la falta.
- **Situaciones de emergencia** – Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, a un amigo personal cercano, a un organismo de socorro autorizado en caso de desastre. Utilizaremos nuestro criterio profesional y experiencia para decidir si la divulgación es en su interés. Si es en su mejor interés, solo divulgaremos la PHI que sea relevante a la implicación de la persona en su atención.
- **Presidarios** – Si usted es un presidiario en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario del orden público donde tal información sea necesaria para la institución para proporcionarle atención médica, para proteger su salud o seguridad; o la seguridad o la salud de otros; o para la protección y seguridad de la institución correccional.
- **Investigación** – Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y donde ciertas salvaguardas estén establecidas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgación de su PHI que requieren su autorización por escrito

Se nos exige obtener su aprobación por escrito para utilizar o divulgar su PHI con algunas excepciones, por los siguientes motivos:

- **Venta de la PHI** – Solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer una divulgación que se considere una venta de su PHI, lo cual significa que estaremos recibiendo compensación por divulgar la PHI de esta forma.
- **Mercadeo** – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo con excepciones limitadas, tales como cuando tenemos comunicaciones cara a cara con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia** – Solicitaremos su aprobación por escrito para utilizar o divulgar algunas de sus notas de psicoterapia que tengamos en nuestro archivo con limitadas excepciones tales como cierto tratamiento, pago o funciones de gestión de atención a la salud.

Derechos individuales

Los siguientes son sus derechos en relación con su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, contacte con nosotros utilizando la información al final de esta Notificación.

- **Derecho de revocar una autorización** – Puede revocar su autorización en cualquier momento; la revocación de la autorización debe ser por escrito. La revocación será efectiva de inmediato, salvo en la medida en que hayamos tomado acciones fundadas en la autorización y antes de que hayamos recibido su revocatoria por escrito.
- **Derecho de solicitar restricciones** – Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su PHI para el tratamiento, pago o gestiones de atención a la salud, así como divulgaciones a las personas involucradas en su atención o pago de su atención, tales como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que está solicitando y establecer a quienes aplican tales restricciones. No se nos exige que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de su PHI para los pagos o gestiones de atención a la salud a un plan de salud cuando usted haya pagado por el servicio o artículo como gasto de total desembolso directo.
- **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales** – Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerle en peligro si no se comunica mediante los medios alternativos o la ubicación alternativa que usted desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe establecer que la información pudiera ponerle en peligro si no se cambian los medios de comunicación o la ubicación. Debemos adaptarnos a su solicitud si esta es razonable y especifica los medios alternativos o la ubicación donde se debe entregar su PHI.
- **Derecho de acceder y recibir copia de su PHI** – Tiene el derecho, con limitadas excepciones, de ver u obtener copias de su PHI contenida en un registro designado establecido. Puede solicitar que le entreguemos copias en un formato distinto de las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no sea viable hacerlo. Debe solicitar por escrito tener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le diremos si los motivos para la denegación se pueden revisar y cómo solicitar tal revisión o si la denegación no se puede revisar.
- **Derecho de enmendar su PHI** – Tiene el derecho de solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar el motivo por el cual la información debe enmendarse. Podemos denegar su solicitud por ciertos motivos; por ejemplo, si no creamos la información que usted desea enmendar y quien creó la PHI puede realizar el cambio. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración que no está de acuerdo con nuestra decisión y anexaremos su declaración a la PHI que usted solicitó que enmendáramos. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo las personas que usted indique, sobre la enmienda e incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Derecho de recibir una lista de las divulgaciones** – Tiene el derecho de recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales divulgaron su PHI. Esto no se aplica a las divulgaciones con fines de tratamiento, gestiones de atención a la salud o divulgaciones que usted autorizó y ciertas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable en función del costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas cuando efectúe la solicitud.
- **Derecho de presentar una queja** – Si considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos o que hemos infringido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se encuentra al final de esta Notificación.

También puede presentar una queja con la Secretaría de la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos para los Derechos Civiles de E.E. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO TOMAREMOS ACCIÓN CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho de recibir una copia de esta Notificación** – Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento utilizando la lista de información de contacto que se encuentra al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene el derecho de solicitar una copia de la Notificación en papel.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre esta Notificación, nuestras prácticas sobre privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito utilizando la información de contacto indicada a continuación.

MHS
Attn: Privacy Official
550 N Meridian Street, Suite 101
Indianapolis, IN 46204
1-877-647-4848
1-800-743-3333

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Managed Health Services (MHS) cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina en función de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. MHS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

MHS:

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje por señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)

Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma primario no sea el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con MHS al 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

Si considera que MHS no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma en función de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante: Grievance and Appeals Coordinator, MHS, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244, 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333), Fax 1-866-714-7993. Puede presentar una reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, MHS está disponible para ayudarlo. También puede presentar una reclamación de derechos civiles electrónicamente ante el Departamento de salud y servicios humanos, Oficina para los derechos civiles de Estados Unidos, (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) a través del portal de quejas en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono ante: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios para las quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

RÓTULOS DE LOS IDIOMAS

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de MHS, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 MHS 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333)。
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu MHS hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) an.
Pennsylvania Dutch:	Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich MHS, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kaw! 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Burmese:	သင် သို့မဟုတ် သင်မှတူညီနေသူတစ်ဦးတို့တွင် MHS အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول MHS، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 MHS 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333)로 전화하십시오.
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về MHS, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'MHS, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Japanese:	MHS について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) までお電話ください。
Dutch:	Als u of iemand die u helpt vragen heeft over MHS, hebt u recht op gratis hulp en informatie in uw taal. Bel 1-877-647-4848 (TTY/TDD (teksttelefoon) 1-800 743-3333) om met een tolk te spreken.
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa MHS, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования MHS вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ MHS ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾ 'ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके , MHS के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी परामत करने का अधिकार है। किसी दुआथिये से बात करने के लिए 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।

1016.MA.O.WM.2 10/16

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

NOTAS



**Asegúrese. Permanezca saludable.
Obtenga recompensas.
Obtenga más con MHS.**

¡Comience a ganar recompensas hoy mismo!
Complete su Evaluación de necesidades de salud y obtenga \$30 en
su tarjeta de Recompensas saludables My Health Pays™. Conozca más en la página 8.

La versión en inglés de este libro está disponible llamando al 1-877-647-4848.
Visítenos electrónicamente en mhsindiana.com.