

**LO TENEMOS
CUBIERTO.**



mhs[™]

Manual para Miembros

Información importante para usted y su familia.



**Hoosier
Healthwise**

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

VOLUME 24
0223.MA.M.JB.1



La información de este libro está disponible en otros idiomas o formatos, como en español, en letra grande, en Braille o en CD de audio. Comuníquese con Servicios para Miembros de MHS por teléfono al 1-877-647-4848 o en línea en mhsindiana.com si necesita esta información en otro idioma o formato.



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

¡Le Damos la Bienvenida a MHS!

Gracias por hacer de MHS su elección para una mejor atención médica a través de su inscripción en Hoosier Healthwise. Estos son los pasos a seguir como miembro nuevo.



Completar la Evaluación de sus Necesidades de Salud Complete la encuesta en línea, por teléfono al 1-888-252-3410 o en un kiosco de farmacia de Walmart. **Complete el proceso en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que se convirtió en miembro para obtener una recompensa de \$30 en My Health Pays®.**



Registrarse para Obtener su Cuenta en el Portal Seguro para Miembros Su cuenta del portal le da acceso a su información segura, como reclamaciones, información del consultorio de su médico, balances de My Health Pays® y más.



Elegir a su Médico Utilice la búsqueda de Find a Provider (Buscar un proveedor) en mhsindiana.com. Luego, inicie sesión en su cuenta del portal o llámenos al 1-877-647-4848 para elegir a su médico. **Puede obtener una recompensa de \$15 en My Health Pays® por utilizar su cuenta del portal para elegir un médico dentro de los primeros 30 días como miembro.**



Acudir a su Médico Después de elegir a su médico, concierte una cita para un control de inmediato. Este es su nuevo hogar médico.



Leer el Manual y la Guía de Referencia Rápida Su Manual y Guía de Referencia Rápida le informan sobre sus beneficios y los servicios y programas que puede utilizar como miembro.



Enviar el formulario de Notificación de Embarazo Si Está Embarazada a MHS dentro de su primer trimestre (\$50) o dentro de su segundo trimestre (\$25). **Enviar mediante el Portal para Miembros o llamando al 1-877-647-4848.**



¡MHS le Brinda Beneficios! Envíe un mensaje de texto que diga MHSTEXT al 36698 para recibir mensajes y recordatorios a lo largo de su membresía con MHS. (Se aplican tarifas de mensajería estándar. Envíe un mensaje de texto que diga STOPMHS para dejar de recibir los mensajes en cualquier momento.)

ÍNDICE

Su Equipo de MHS	6
Le Damos la Bienvenida a MHS	7
Cómo comunicarse con nosotros, cómo obtener asistencia lingüística, dónde encontrar información sobre sus beneficios en línea y mucho más.	
Su Año de Cobertura	10
Un cronograma de lo que puede hacer para mantenerse saludable y sacar el máximo partido a sus beneficios a través de su año de beneficios.	
Servicios Cubiertos por Hoosier Healthwise	12
Programas de Pruebas, Exámenes de Detección e Inmunizaciones	17
Servicios y Programas de Salud Conductual Cubiertos	22
Beneficios Dentales y de la Vista	24
Servicios de Farmacia	26
Cuándo y Dónde Acudir para Recibir Atención	28
Cómo sacar el máximo partido a sus visitas al médico, incluido cómo establecer un “hogar médico” para usted y su familia y cómo elegir a su médico.	
Sala de Emergencias: Cuándo Ir	32
Cobertura para Atención fuera de Indiana o de Proveedores fuera del Plan	34
Programas de Atención y Administración de Casos	35
Información sobre los programas de administración de la salud ofrecidos a todos los miembros de MHS y cómo unirse. Incluye enfermedades crónicas como diabetes, embarazo y primer año de vida, niños con necesidades especiales y más.	
Servicios Especiales de MHS	39
Healthy Kids Club, MemberConnections, teléfono celular SafeLink, Member Advisory Council y más.	
Transporte	39
My Health Pays®	40
¡Obtenga más con MHS! Obtenga recompensas por actividades saludables.	
Inscripción Abierta y Redeterminación	43
Cómo mantener sus beneficios	
Quejas, Reclamos y Apelaciones	45
Revisión Externa Independiente y Audiencia Estatal Imparcial.....	46
Derechos y opciones de apelación.....	47
Avisos Importantes	48
Decisiones médicas.....	48
Fraudes, Dispendios y Abusos.....	49
Derechos y Responsabilidades de los Miembros	50
Palabras y Acrónimos a Saber	51
Prácticas de Privacidad	53
Declaración de No Discriminación	59
Eslóganes de Idioma	60

SU EQUIPO DE MHS

Los miembros del personal de MHS están aquí para ayudarlo a recibir la mejor atención a través de su elegibilidad con el programa Hoosier Healthwise. A lo largo de este manual, encontrará importantes consejos y recordatorios de algunos de nuestros miembros del personal de MHS.

¡Conozca a sus guías del manual!



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al Cliente



Jessica Parks
Directora,
Relaciones Comunitarias



Mark Vonderheit
Director,
Red de Proveedores



Allison Baughn
Directora Sénior



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

LE DAMOS LA BIENVENIDA A MHS




Este manual para miembros ofrece una descripción general de sus beneficios de atención médica. MHS quiere que sea fácil para usted sacar el máximo partido de sus beneficios y servicios. MHS puede ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cómo Comunicarse con Nosotros

	Servicios para Miembros	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 discapacidades auditivas o del habla)
	Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas	1-877-647-4848
	Emergencia	911
	Sitio web	mhsindiana.com
	Por Correo	MHS Member Services 550 N. Meridian St., Suite 101, Indianapolis, IN 46204

Manténgase Conectado En Línea con MHS

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 para estilos de vida saludables. Asegúrese de que su dirección de correo electrónico esté actualizada con el Estado para obtener esta información importante.

¡Servicios para Miembros Están para Ayudarlo!

Podemos responder a sus preguntas sobre su seguro médico, incluidos los beneficios, médicos y servicios de MHS. Estas son algunas de las razones por las que podría comunicarse con Servicios para Miembros:

- Si necesita elegir o cambiar de médico [página 10]
- Para completar la evaluación de sus necesidades de salud [página 10]
- Para programar el transporte [página 39]
- Si recibe una factura de su médico o proveedor de atención médica [página 11]
- Para obtener asistencia de idiomas [página 8]
- Si tiene preguntas acerca de las decisiones tomadas con respecto a su atención

MHS ofrece un servicio telefónico de voz en vivo las 24 horas en inglés, español y birmano. Puede dejar un mensaje y MHS lo llamará en el plazo de un día hábil. Comuníquese con Servicios para Miembros de MHS si necesita ayuda para entender cualquier material escrito de MHS, como folletos, volantes, cartas y este manual. Podemos enviarle materiales en un idioma o formato diferente, como en español, en letra grande, en Braille o en CD de audio. También puede comunicarse con Servicios para Miembros de MHS para sugerir cambios a cualquiera de las políticas, servicios y procesos que MHS le proporciona como miembro.

“Como valioso miembro de MHS, usted escuchará de nosotros por teléfono, correo y correo electrónico con frecuencia. Lea y responda a toda la información que enviamos, ya que es clave para su salud y para mantener su cobertura.”

Si no tiene noticias nuestras, es posible que no tengamos su número de teléfono y dirección correctos. Indíquenos si se muda o cambia su número de teléfono.”



Todd Roberts

Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

Manténgase en Contacto

Siempre informe a MHS y a su trabajador social estatal si se muda u obtiene un nuevo número de teléfono o dirección de correo electrónico. Si se muda a otro condado o si se muda a más de 30 millas del consultorio de su médico, es posible que no pueda mantener el mismo médico. Llame y hable con Servicios para Miembros de MHS si se muda.

El DFR de Indiana debe conocer los cambios en su información actual. Llame al 1-800-403-0864 o diríjase a FSSABenefits.IN.gov, cree una cuenta o haga clic en "Report a Change" (Informar de un cambio).

Cuando reporta el cambio, puede solicitar un recálculo de su contribución o pagos de primas para el Package C de HHW (CHIP). Obtenga más información sobre esto en la página 41.

Línea de Asesoramiento de Enfermería de MHS Disponible las 24 horas

Todo el mundo tiene preguntas sobre su salud. Si tiene una pregunta, puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas al 1-877-647-4848. La línea de asesoramiento de enfermería es una línea telefónica gratuita de consejos médicos con personal de enfermería licenciado y bilingüe. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Estas son algunas de las preguntas que puede formular:

- Preguntas sobre el embarazo
- Qué hacer si su bebé está enfermo
- Cómo lidiar con el asma
- Cuánto medicamento debe usar/administrar
- Cuándo necesita ir a la sala de emergencias

Asistencia Lingüística

MHS proporciona personal bilingüe o un intérprete para ayudar a los miembros que hablan idiomas distintos del inglés. Podemos ayudarlo a programar citas y responder preguntas por teléfono. Este es un servicio sin cargo. Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y pida asistencia lingüística.

Los miembros con problemas de audición pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Indiana al 1-800-743-3333 para el servicio de TDD/TTY. Este número se puede utilizar en cualquier lugar de Indiana. Pídale al operador que lo conecte a MHS al 1-877-647-4848, o a cualquier otro número. Dígale a su médico si necesita un intérprete de lengua de señas para sus visitas médicas.

Sitio Web de MHS: mhsindiana.com

El sitio web de MHS lo ayuda a obtener respuestas cuando le resulte conveniente. Si no tiene una impresora, puede pedirle a MHS que le envíe por correo cualquier formulario, página web o cualquier otra información imprimible en mhsindiana.com, o en las páginas de Facebook o Twitter de MHS. Estas son algunas páginas importantes de nuestro sitio web:

- **mhsindiana.com/HHWscreening**

Cuando se realiza la prueba de sus necesidades de salud dentro de los 30 días de ingresar a MHS, usted recibe una recompensa de \$30 en My Health Pays®. O realícela dentro de los 90 días posteriores a unirse a MHS y obtenga una recompensa en My Health Pays® de \$10. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 38.

"MHS puede proporcionar un intérprete en persona para todos los idiomas, incluso para aquellos que utilizan el lengua de señas.

Consulte con su médico primero. Si el médico no tiene a alguien en el personal para que lo ayude, entonces MHS le proporcionará un intérprete. Llámenos al menos siete días antes de su visita al médico para que podamos hacer estos planes para usted."



Jessica Parks
Directora,
Relaciones Comunitarias

- **Para Miembros > Hoosier Healthwise > Beneficios y Servicios**

Encuentre actualizaciones y guías para miembros, como una copia de este manual, folletos y guías de instrucciones. También puede encontrar copias de formularios para miembros, boletines para miembros e información sobre programas y servicios especiales de MHS.

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

Encuentre médicos, especialistas, hospitales y otros centros dentro del plan de MHS mediante esta búsqueda en línea rápida y sencilla.

- **mhsindiana.com/events**

Descubra cuándo estaremos en su ciudad en nuestro calendario de eventos para la comunidad organizados en toda Indiana. MHS participa en cientos de eventos comunitarios públicos y gratuitos cada año. Visítenos en estos eventos para obtener más información sobre sus beneficios y mucho más.

- **Para Miembros > Hoosier Healthwise > Salud y Bienestar**

Nuestra biblioteca de salud gratuita le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas de salud. Este recurso tiene más de 4,000 hojas de información de salud sobre una variedad de temas de salud para ayudarlo a cuidar de usted mismo y de su familia.

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

Envíe un mensaje a Servicios para Miembros de MHS.

Regístrese para Obtener su Cuenta en el Portal Seguro para Miembros

Cree una cuenta y acceda a herramientas que lo ayudarán a gestionar su atención médica de forma más rápida y sencilla, todo sin tener que coger el teléfono:

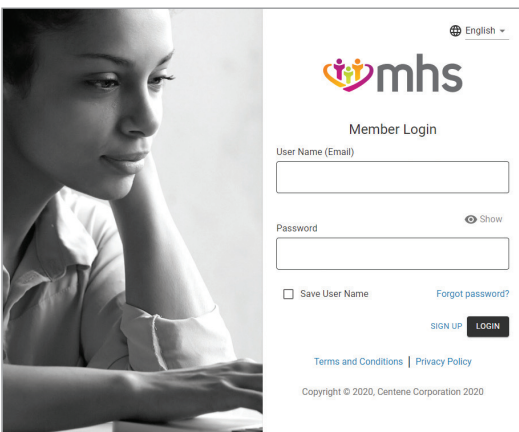
- Vea su resumen de beneficios, como beneficios de farmacia
- Encuentre declaraciones de la Explicación de Beneficios (EOB)
- Busque/cambie a su médico
- Vea los informes de calidad de los médicos
- Vea y realice un seguimiento de sus reclamaciones. Puede ver el importe aprobado, el importe pagado y la fecha de pago.
- Comuníquese con los Servicios para Miembros de MHS
- Solicite, ordene o imprima una tarjeta de identificación
- Aprenda acerca de las referencias para la atención y si se requiere una autorización

“Si no está seguro de si debe buscar atención médica en una sala de emergencias por un evento que no amenaza la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas.”



Todd Roberts

Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente



Su Año de Cobertura >>



Evaluación de sus Necesidades de Salud

La Evaluación de sus Necesidades de Salud (HNS) es un cuestionario que le pregunta sobre sus antecedentes médicos y si tiene alguna afección médica. Queremos saber sobre su salud de inmediato para que podamos ayudarlo a satisfacer sus necesidades con el equipo de atención médica adecuado. Es por eso que ofrecemos una manera de ganar dólares de recompensa con el programa My Health Pays®. MHS le dará una recompensa de \$30 en My Health Pays® si completa el HNS dentro de los 30 días posteriores a convertirse en miembro. O puede obtener una recompensa de \$10 en My Health Pays® por completarlo dentro de los 90 días posteriores a su afiliación.

Lo llamaremos antes de que transcurran 90 días, pero no tiene que esperar. Visite mhsindiana.com/HHWscreening o llame al Departamento de Administración de Casos de MHS y solicite realizar la encuesta.

Elija a su Médico de Inmediato

MHS se preocupa de que usted tenga un hogar médico exitoso. Esto comienza con la elección de médicos de MHS para usted y su familia. Como miembro de MHS, puede elegir al médico que desee. Él o ella le ayudará a manejar su atención médica y le ayudará a obtener los servicios que su familia necesita.

Es importante que elija el médico que desea en un plazo de 30 días después de convertirse en miembro de MHS. Si no lo hace, MHS elegirá a un médico por usted.

Cómo Elegir su Médico de MHS:

Primero, busque una lista de médicos en su área:

- Diríjase a la página mhsindiana.com/find-a-provider o
- Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y pida una lista.

A continuación, elija a su médico de la lista. Puede elegir entre los siguientes tipos de médicos de MHS:

- Práctica familiar
- Práctica general
- Medicina interna
- OB/GYN
- Pediatría

Por último, ¡háganos saber su elección!

- Elija a su médico a través de su cuenta del portal seguro para miembros en mhsindiana.com/login.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-877-647-4848.

Después, MHS le enviará una carta confirmando el médico o los médicos que usted eligió.

Programe una Primera Cita y Conozca a su Médico

Después de elegir a su médico, llame al consultorio del médico dentro de los 60 días para hacer una cita para su primera visita de control o atención preventiva. MHS se preocupa de que usted tenga un hogar médico exitoso. Esto significa que usted debe desarrollar una relación con un médico en el que usted confía y acudir para todas sus necesidades de atención médica. Este médico se llama Proveedor Médico Primario (PMP).

Si está embarazada, complete el formulario de Notificación de Embarazo (NOP)

Este formulario está disponible a través de su cuenta en línea o llamándonos. Completar este formulario puede ayudarla a empezar a ganar recompensas adicionales de My Health Pays®.

QUÉ HACER AHORA QUE ESTÁ AFILIADO



**6
Meses**



**1
Año**

Obtenga su Atención Preventiva

La mejor manera de mantenerse saludable es recibir atención preventiva de forma regular. Las visitas de atención preventiva son GRATUITAS para todos los miembros de MHS. Los adultos y los niños por igual necesitan atención preventiva y vacunas. Vaya a las páginas 16-19 para ver un calendario de exámenes anuales, exámenes de detección e inmunizaciones.

Conserve sus Beneficios

Como su socio de salud, queremos que siga recibiendo beneficios si los necesita. Un año calendario después de que usted comience sus beneficios a través de Hoosier Healthwise, deberá renovar sus beneficios a través de la redeterminación. ¿Sabe la fecha de su próxima renovación de beneficios? Llame a su trabajador social estatal o al Centro de Servicio de FSSA al 1-800-403-0864 para obtener ayuda.

MHS le enviará un correo electrónico y lo llamará para recordarle cuándo es el momento de renovar sus beneficios. Asegúrese de que MHS tenga su número de teléfono y correo electrónico correctos para recibir estos y otros recordatorios.

Como miembro de Hoosier Healthwise, puede obtener servicios de transporte gratuitos para citas de redeterminación. Obtenga más información sobre sus beneficios de transporte en la página 37.

Muestre Siempre su Tarjeta de Identificación de Miembro de MHS

Debe mostrar su tarjeta de ID de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o vaya a la farmacia. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que tenga que pagar por la atención recibida. Si recibe una factura por los servicios cubiertos o se le indica que presente una reclamación, comuníquese con Servicios para Miembros de MHS de inmediato al 1-877-647-4848.

	<p>HOOSIER HEALTHWISE MEMBER ID CARD</p>
<p>Member Name: Member RID:</p>	<p>PROVIDERS: This card is used for identification purposes only and does not entitle the card holder to services which are available under the programs administered by the State of Indiana. Verify eligibility before delivering services: Secure Portal: - mhsindiana.com/login - Check eligibility, get prior auth, cover no benefits and more. Pharmacy Prior Auth: Evolve Pharmacy Solutions Phone: 1-866-299-0928, Fax: 1-866-399-0929 AcartaHealth Fax: 1-855-678-6976 MHS Provider Fax: 1-866-972-4245 MHS Provider Services: 1-877-647-4848</p>
<p>RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV RXGROUP: RX5440</p>	<p>MEMBERS: It is against the law for this card to be used by anyone except the person whose name is printed on the front of this card. MHS Website: mhsindiana.com - Check covered benefits, find a provider, My Health Pays® rewards and more. MHS My Health Pays® Info Line: 1-877-259-6959 MHS 24 hr Nurse Advice Line: 1-877-647-4848 MHS Member Services: 1-877-647-4848 TDD/TTY: 1-800-743-3333</p>
	<p>CLAIMS INFORMATION MHS Claims PO Box 3002 - Farmington, MO 63640-3802</p>
<p>Coverage and reimbursement provided in accordance with Indiana Medicaid reimbursement.</p>	

Seguro Secundario

También debe mostrar sus tarjetas de identificación para cualquier otro seguro médico que tenga cada vez que reciba atención médica. Infórmele a MHS si tiene otro seguro médico. Si cancela o pierde su otro seguro médico, por favor recuerde hablar con un trabajador social del Estado para actualizar su información.

“Su médico de MHS es su hogar médico. Lo mejor es hablar siempre con su médico antes de recibir servicios de atención médica de otro proveedor.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

Servicios Cubiertos

Un servicio cubierto es un servicio que se paga bajo sus beneficios de salud a través de Hoosier Healthwise o el Package C del Children's Health Insurance Plan (CHIP). Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su paquete de beneficios. Si un servicio no está cubierto, su médico debe decirle si usted tiene que pagar por el servicio. Algunos paquetes de beneficios tienen primas y copagos que debe pagar.

Package A del Programa Hoosier Healthwise de MHS (Standard Plan)

Hoosier Healthwise proporciona cobertura para todos los beneficios de salud esenciales a mujeres embarazadas, niños y aquellos niños que estaban en guarda temporal hasta los 25 años de edad.

BENEFICIO	COBERTURA
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Cubierta
Control rutinario de niño sano (detección, diagnóstico y tratamientos periódicos tempranos)	Cubierta
Ortopedia: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos, prótesis	Cubierta
Procedimientos cosméticos	No
Tiras de diabetes, control de azúcar en la sangre	Cubierta
Pruebas para determinar si tiene una afección de salud (diagnóstico)	Cubierta
Evaluación y tratamiento del retraso del desarrollo	Cubierta
Cuidado de los pies	Cubierta
Tratamiento para problemas de aprendizaje, resolución de problemas o memoria	No
Audífonos (cada cinco años)	Cubierta
Cuidado de la salud a domicilio	Cubierta
Hospitalizaciones	Cubierta
Laboratorio/rayos X	Cubierta
Equipo y suministros médicos	Cubierta
Servicios nuevos o experimentales o terapias alternativas	No
Servicios gratuitos de viaje a visitas al médico, farmacia, atención de emergencia y citas de redeterminación de Medicaid	Cubierta
Cirugías (ambulatorias)	Cubierta
Atención continua después de las estancias hospitalarias (después de la estabilización)	Cubierta
Medicamentos con Receta	Cubierta
Visitas al médico (servicios de su PMP/médico de familia)	Cubierta
Remisiones a especialistas	Cubierta
Terapias autorizadas: físicas, del habla, ocupacionales, respiratorias	Cubierta
Cuidados paliativos	No

Comuníquese con Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 para obtener más información sobre los servicios para discapacidades de aprendizaje y servicios de rehabilitación mental, que podrían estar cubiertos por otros programas.

SERVICIOS CUBIERTOS POR HOOSIER HEALTHWISE

Servicios de Autorremisión de Hoosier Healthwise

Usted puede recibir algunos servicios sin consultar a su médico para obtener una referencia, siempre y cuando 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 de Autorremisión no requieren una referencia de su PMP ni la aprobación de MHS.

Los miembros pueden dirigirse a cualquier proveedor calificado inscrito en Medicaid:

Quiropráctico

Cuidado de la visión de rutina (óptico)

Servicios de psiquiatría

Servicios de podología (pies)

Planificación familiar

Servicios de emergencia

Atención urgente

Inmunizaciones

Autocontrol de la diabetes

Estos servicios son de autorremisión si los proporciona un proveedor de la red propia:

Cuidado dental de rutina

salud conductual (salud mental, abuso de sustancias y dependencia química)

“Es tan importante cuidar de su bienestar mental como cuidar de su salud física. Puede encontrar un médico de salud conductual en línea en nuestra búsqueda de proveedores. MHS también tiene programas de manejo de casos para ciertas afecciones. Obtenga más información en la página 33.”



Allison Baughn
Directora Sénior

Servicios Cubiertos

Un servicio cubierto es un servicio que se paga bajo sus beneficios de salud a través de Hoosier Healthwise o el Package C del Children's Health Insurance Plan (CHIP). Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su paquete de beneficios. Si un servicio no está cubierto, su médico debe decirle si usted tiene que pagar por el servicio. Algunos paquetes de beneficios tienen primas y copagos que debe pagar.

El Package C de HHW (CHIP) permite a las familias recibir beneficios de atención médica a través del programa Hoosier Healthwise. La cobertura del Package C (CHIP) de HHW es para niños menores de 19 años que cumplan con los criterios del programa.

Primas del Package C (CHIP) de HHW

Hay un pequeño pago mensual de la prima para todos los miembros del Package C (CHIP) de HHW. Usted pagará su prima mensual al Estado, no a MHS. La cantidad que se le requiere pagar se basa en los ingresos de su familia y el número de niños en el programa Package C (CHIP) de HHW en su familia. Visite indianamedicaid.com para obtener información sobre los montos específicos.

Retraso en los Pagos y la Cancelación de la Inscripción del Package C (CHIP) de HHW

Las primas mensuales se deben pagar antes de la fecha de vencimiento indicada en su factura mensual del Estado. Después de esa fecha de vencimiento, tiene 60 días para hacer su pago antes de perder la cobertura del Package C (CHIP) de HHW.

Si su familia ha perdido la afiliación debido a la falta de pago de las primas, puede volver a solicitar la afiliación. Sin embargo, no será elegible hasta que todas las primas vencidas y la prima para el mes en curso sean pagadas al Estado. Un pago de menos de la cantidad total debida no será aceptado y se considerará no pago.

No se le cobrará por el tiempo entre la fecha de desuscripción y la fecha en que se reanude la cobertura. Sin embargo, los servicios recibidos durante ese período de tiempo no estarán cubiertos retroactivamente.

Copagos del Package C (CHIP) de HHW

Los miembros del Package C (CHIP) de HHW tienen copagos por algunos servicios:

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos con receta: genéricos, compuestos y de fuente única	\$3
Medicamentos con receta: nombre comercial	\$10
Transporte en ambulancia para casos de emergencia	\$10

Todos los medicamentos dispensados como Suministro de Emergencia no tendrán un copago.

SERVICIOS CUBIERTOS DEL PACKAGE C DE HOOSIER HEALTHWISE (CHIP)

Sus Beneficios de Salud del Package C (CHIP) de HHW

Comuníquese con su médico de MHS para recibir referencias y servicios hospitalarios. O llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. Ellos pueden ayudarle a encontrar médicos o a programar cualquier servicio que necesite.

BENEFICIO	COBERTURA
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Cubierta
Control rutinario de niño sano (detección, diagnóstico y tratamientos periódicos tempranos)	Cubierta
Ortopedia: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos y prótesis	Cubierta
Procedimientos cosméticos	No
Tiras de diabetes, control de azúcar en la sangre	Cubierta
Pruebas para determinar si tiene una afección de salud (diagnóstico)	Cubierta
Evaluación y tratamiento del retraso del desarrollo	Cubierta
Cuidado de los pies	Cubierta
Tratamiento para problemas de aprendizaje, resolución de problemas o memoria	No
Audífonos (cada cinco años)	Cubierta
Cuidado de la salud a domicilio	Cubierta
Hospitalizaciones	Cubierta
Laboratorio/rayos X	Cubierta
Equipo y suministros médicos	Cubierta
Servicios nuevos o experimentales o terapias alternativas	No
Servicios gratuitos de viaje a visitas al médico, farmacia, atención de emergencia y citas de redeterminación de Medicaid	No. En caso de emergencia, llame al 911.
Cirugías (ambulatorias)	Cubierta
Atención continua después de las estancias hospitalarias (después de la estabilización)	Cubierta
Recetas (puede ser necesario un copago)	Cubierta
Visitas al médico (servicios de su PMP/médico de familia)	Cubierta
Remisiones a especialistas	Cubierta
Terapias autorizadas: físicas, del habla, ocupacionales y respiratorias	Cubierta
Cuidados paliativos	No

“Su médico de MHS es su hogar médico. Lo mejor es hablar siempre con su médico antes de recibir servicios de atención médica de otro proveedor.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

SERVICIOS CUBIERTOS DEL PACKAGE C DE HOOSIER HEALTHWISE (CHIP)

“Es tan importante cuidar de su bienestar mental como cuidar de su salud física. Puede encontrar un médico de salud conductual en línea en nuestra búsqueda de proveedores. MHS también tiene programas de manejo de casos para ciertas afecciones. Obtenga más información en la página 33.”



Allison Baughn
Directora Sénior

Servicios de Autorremisión del Package C (CHIP) de HHW

Puede recibir servicios de Autorremisión sin tener que ver a su médico para obtener una referencia. Para estos servicios, puede visitar a cualquier proveedor de Medicaid de Indiana, y el Package C (CHIP) de HHW pagará los servicios cubiertos. Puede encontrar una lista de los proveedores de Medicaid de Indiana en IndianaMedicaid.com.

Los siguientes Servicios de Autorremisión no requieren una referencia de su PMP ni la aprobación de MHS.

Los miembros pueden dirigirse a cualquier proveedor calificado inscrito en Medicaid:

Quiropráctico

Cuidado de la visión de rutina (óptico)

Servicios de psiquiatría

Servicios de podología (pies)

Planificación familiar

Servicios de emergencia

Atención urgente

Inmunizaciones

Autocontrol de la diabetes

Estos servicios son de autorremisión si los proporciona un proveedor de la red propia:

Cuidado dental de rutina

salud conductual (salud mental, abuso de sustancias y dependencia química)

Pruebas, Exámenes de Detección e Inmunizaciones para Niños

Hay una serie de pruebas que su hijo debe realizarse cada año desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Estas pruebas se llaman control rutinario de niño sano, visitas de HealthWatch o visitas de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (EPSDT). Su niño debe ser examinado temprano para que se pueda detectar y tratar cualquier problema de salud. El tratamiento para cualquier afección que sea médicamente necesaria está cubierto. MHS y su médico le recordarán cuándo es el momento de su próximo examen.

Cada visita de bienestar debe incluir:

- Examen físico completo sin ropa
- Vacunaciones apropiadas para la edad (véase el calendario de vacunación en la página siguiente)
- Evaluación del estado nutricional/mediciones
- Pruebas de visión y audición apropiadas para la edad, y exámenes de agudeza
- Evaluaciones de riesgos para la salud oral y referencias dentales
- Pruebas de laboratorio según lo indicado
- Detección de la toxicidad del plomo en la sangre a partir de los 6 meses, para incluir:
 - Prueba de plomo en la sangre entre los meses 9 y 15, o lo más cerca posible a la cita del niño.
 - Otra prueba de nivel de sangre entre los meses 21 y 27, o lo más razonablemente cerca posible a la cita del niño.
 - Los niños que no han sido examinados previamente deben ser examinados entre los meses 28 y 72
 - Si el niño tiene un alto riesgo de exposición al plomo, la evaluación inicial debe realizarse en la visita a los 6 meses
 - Un resultado de la prueba de plomo en la sangre igual o superior a 3.5 ug/dl requiere pruebas confirmatorias y seguimiento adecuado
- Control y exámenes de detección del desarrollo, del comportamiento, psicosociales y de depresión
 - Incluyendo el tabaco, el consumo de alcohol y las pruebas de detección de depresión materna
- Educación para la salud, diagnósticos adicionales, tratamiento y referencias a especialistas según sea necesario, y orientación anticipada tanto para el niño como para el cuidador

La FSSA ha elegido hacer Bright Futures el estándar para la supervisión de la salud de los bebés, niños y adolescentes. Vea el sitio web de Bright Futures en brightfutures.aap.org. Para obtener una lista completa de las guías de salud preventiva, visite mhsindiana.com. Lo que es más importante, debe preguntar a su médico en cada visita si sus hijos están al día con todos los requisitos de salud preventiva para niños hasta los 21 años de edad.

Inmunizaciones (vacunas)

Por lo general, su médico le dará inmunizaciones (vacunas) durante un examen de salud del niño. Cada una de estas vacunas ayuda a proteger a su hijo, a su familia y a su comunidad de enfermedades peligrosas. Si piensa que su hijo podría recibir una vacuna, llame para programar su próxima cita de inmediato. Revise la tabla en la página siguiente para averiguar qué vacunas se administran en cada edad/control.



Puede obtener recompensas de My Health Pays® por cada niño de entre 0 y 15 meses que reciba un control rutinario de niño sano, por un máximo de hasta seis visitas. Además, puede obtener recompensas de My Health Pays® por cada control rutinario de niño sano anual que se realice un niño de entre 15 meses y 20 años. Obtenga más información sobre el programa de Recompensas de My Health Pays® en la página 38.

“MHS puede enviarle recordatorios de salud por correo si su hijo necesita una inmunización o un control de salud del niño. Si recibe un recordatorio, asegúrese de programar la cita de su hijo con su médico de inmediato.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

Tabla 1 Programa de Inmunización Recomendado para Niños y Adolescentes de 18 años, o menos, el 2020 en Estados Unidos

Estas recomendaciones se deben leer en conjunto con las notas que se presentan a continuación. De acuerdo con lo indicado con las barras verdes, se debe proporcionar una vacuna compensatoria a aquellos que se atrasaron o empezaron de forma tardía su proceso de vacunación. Observe el programa compensatorio (Tabla 2) para determinar los intervalos mínimos entre las dosis. En color gris se indican los grupos de vacunas por edad para los niños en edad escolar y los adolescentes.

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11-12 años	13-15 años	16 años	17-18 años	
Hepatitis B (HepB)	1° dosis	2 ^{da} dose				3° dosis	3° dosis											
Rotavirus (RV): RV1 (Serie de 2 dosis), RV5 (Serie de 3 dosis)		1° dosis	2° dosis		Ver Notas													
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DtaP <7 años)		1° dosis	2° dosis	2° dosis	3° dosis		4° dosis	4° dosis										
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b tipo b (HIB)		1° dosis	2° dosis	2° dosis	Ver Notas		3° o 4° dosis	Ver Notas										
Antineumocócica conjugada (PCV13)		1° dosis	2° dosis	2° dosis	3° dosis		4° dosis	4° dosis										
Poliovirus inactivado (IPV <18 años)		1° dosis	2° dosis	2° dosis	3° dosis		4° dosis	4° dosis										
Influenza (IIV)																		Vacunación Anual: solo de 1 dosis
Influenza (LAIV)																		Vacunación Anual: solo de 1 dosis
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)					Ver Notas		1° dosis	2° dosis										
Varicela (VAR)							1° dosis	2° dosis										
Hepatitis A (HepA)					Ver Notas		Serie de 2 dosis, Ver Notas											
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (DtaP ≥7 años)																		Tdap
Virus del papiloma humano (HPV)																		Ver Notas
Antimeningocócica (MenACWY-D ≥9 meses, MenACWY-CRM ≥2 meses)																		1° dosis
Antimeningocócica B																		2° dosis
Antineumocócica polisacárida (PPSV23)																		Ver Notas

Rango de edades recomendadas para todos los niños
 Rango de edades que recomendadas para recibir la inmunización compensatoria
 Rango de edades recomendadas para determinados grupos de alto riesgo
 Se recomienda en función de las decisiones clínicas compartidas o * se puede utilizar en este grupo de edad
 Sin Recomendación/No Aplica

Programa de Inmunización Recomendado para Personas de entre 0 y 18 años de edad: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>

Puede encontrar esta tabla y más guías de atención preventiva en mhsindiana.com. Haga clic en For Members (Para miembros) > Hoosier Healthwise > Benefits & Services (Beneficios y servicios) > Benefits Overview (Descripción general de beneficios) > Doctor Visits & Screenings (Visitas al médico y exámenes de detección).

ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA PARA ADULTOS

		EDAD EN AÑOS												
		18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75+
EXÁMENES DE DETECCIÓN		Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
Examen para Personas Sanas Hable con su médico sobre temas físicos, mentales y de estilo de vida para promover una vida saludable.		Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
Presión arterial Conozca sus cifras; mantenga su presión arterial bajo control.		Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
Índice de Masa Corporal (BMI) Mantenga un peso saludable. Averigüe su IMC.		Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
Examen de Detección de la Aneurisma Aórtica Abdominal Una sola vez mediante ecografía para hombres con antecedentes de tabaquismo.		Hombres con mayor riesgo												
Examen de Detección de Cáncer de Mama Evaluación universal a los 50 años; a los 40 años hable con su médico.		Todas las mujeres												
Prevención del Cáncer Cervical Edad de 21 a 65 años; prueba de Papanicolaou cada 3 años. Edad de 30 a 65 años; cada 5 años si tiene una prueba de Papanicolaou y una prueba de VIH.		Mujeres												
Detección de Clamidia *Mujeres sexualmente activas de 16 a 24 años de edad al menos una vez al año. Mujeres de 25 años o más con mayor riesgo.		Mujeres con mayor riesgo												
Examen de Detección del Colesterol Los hombres de 25 a 35 años y las mujeres mayores de 20 años que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Todos los hombres de 35 años o más.		Mujeres con mayor riesgo												
Detección de Cáncer Colorrectal Análisis de sangre oculta en heces (FOBT) anualmente. 0 Sigmoidoscopia cada 5 años, con FOBT de alta sensibilidad cada 3 años. 0 Colonoscopia de cribado cada 10 años		Todos los hombres												
Examen de Detección de Depresión Hable sobre el estrés con su médico. Obtener ayuda es lo mejor que puede hacer.		Mujeres con mayor riesgo												
Cuidado Dental Cuide sus dientes y encías. Realice una visita dental de rutina por lo menos una vez al año.		Tanto hombres como mujeres												
Examen de Detección de Diabetes (Tipo 2) Puede hacer mucho para prevenir o demorar la diabetes tipo 2.		Cada año para hombres y mujeres												
Examen de Detección de Hepatitis C		Hombres y mujeres en riesgo de infección y todos los adultos nacidos entre 1945 y 1965												
Examen de Detección de VIH		Tanto hombres como mujeres												
Examen de Detección de la Osteoporosis Mantenga sus huesos fuertes. Las personas con mayor riesgo necesitan pruebas de densidad ósea.		Aquellos con alto riesgo												
		Todas las mujeres												
		Mujeres con mayor riesgo												

Referencias: US Preventive Services Task Force • JNC Express: Prevention, Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure • National Heart, Lung, and Blood Institute • www.cdc.gov/STD/chlamydia

Para Adultos

Cada año, los adultos deben recibir un control anual de su médico. Dependiendo de su edad y sexo, es posible que necesite ciertas pruebas de detección e incluso vacunas.

Atención de Salud Preventiva para Mujeres

Las mujeres necesitan ciertos exámenes de salud que los hombres no necesitan. Estas pruebas son pruebas sencillas que pueden marcar una gran diferencia. Todas las mujeres deben hablar con su médico acerca de hacerse exámenes de atención preventiva, como pruebas de Papanicolaou, pruebas de clamidia y mamografías. Los exámenes preventivos de salud de las mujeres y el control de la natalidad (planificación familiar) son servicios de autorremisión. Esto significa que usted puede ver a un médico que no sea su médico de MHS. No tiene que obtener una referencia de su médico, pero debe visitar a un proveedor de la red Medicaid de Indiana.

“Los problemas de comportamiento (salud mental) son muy comunes. Sin embargo, a veces la gente no quiere hablar de estos problemas porque se sienten avergonzados. Esto se conoce como estigma.”

Una cosa que todos podemos hacer es hablar con personas que tienen problemas de salud mental. Esta es una manera de permitir que una persona hable de lo que le está sucediendo. Cuando uno conoce a una persona con una enfermedad mental que puede trabajar o ser un buen vecino, el estigma se reduce.”



Allison Baughn
Directora Sénior

El cuidado de la salud conductual es el cuidado de su salud mental. Una persona que lucha con su salud conductual puede enfrentar estrés, depresión, ansiedad o necesitar ayuda con el abuso de sustancias.

MHS tiene administradores de casos de salud conductual que ayudan a los miembros con necesidades especiales de atención médica trabajando junto 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 indicaciones para la salud conductual:

- Está preocupado por el abuso de sustancias o por problemas de salud mental
- Está triste o siente que necesita ayuda
- Necesita nombres de terapeutas o médicos
- Necesita ayuda para encontrar recursos en su comunidad para la salud mental
- No entiende sus beneficios de salud mental
- Necesita servicios de salud mental y no está cerca de su casa

Crisis Text Line

Si está en crisis y necesita apoyo, puede enviar un mensaje de texto a MHS a 741741. Es gratis, confidencial y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Si no desea usar MHS, o si alguien en su hogar no es elegible para MHS, puede usar la línea de vida nacional de prevención del suicidio. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con consejeros capacitados a través de 988.

Servicios de Salud Conductual Cubiertos

- Servicios de diagnóstico
- Segundas opiniones
- Intervención en crisis
- Pruebas psicológicas
- Servicios hospitalarios y ambulatorios
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Asesoría y tratamiento de adicciones
- Hospitalización parcial
- Tratamiento residencial por trastorno por uso de sustancias
- Programa de Tratamiento con Opioides (OTP)

El cuidado a largo plazo, los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, los servicios de instalaciones psiquiátricas estatales y los servicios de instalaciones de tratamiento psiquiátrico residencial no están cubiertos por Hoosier Healthwise o el Package C (CHIP) de HHW.

Programas de Salud Conductual

- **Embarazo y Atención después del Parto:** si está embarazada o acaba de tener un bebé, recibirá una encuesta e información sobre la depresión. Si su encuesta muestra que puede estar experimentando signos 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 sano.

- **Programas de Administración de Cuidados Intensivos:** MHS tiene programas de administración de casos para varias afecciones de salud conductual.
 - **Programa de Autismo/Enfermedades Generalizadas del Desarrollo (Trastornos del Espectro Autista):** el programa de MHS le ayuda a obtener la atención y el tratamiento necesarios para mejorar los problemas sociales, de comunicación, de comportamiento, médicos y de otro tipo que puedan estar presentes. Queremos ayudarlo a aprender más sobre el autismo y cómo trabajar hacia el manejo del cuidado personal. También trabajamos para ayudar a obtener otros servicios disponibles que puedan mejorar el aprendizaje y otras habilidades.
 - **Programa de Manejo del Trastorno Bipolar:** el programa de trastorno bipolar de MHS le ayuda a entender sus emociones. Queremos que los miembros tengan la ayuda que necesitan para vivir una vida mejor y más feliz. MHS se asocia con varios proveedores que saben cómo tratar a las personas que experimentan síntomas de trastorno bipolar.
 - **Seguimiento de Admisión en el Hospital:** si usted o su hijo han estado en el hospital por una razón de salud mental o abuso de sustancias, MHS puede ayudar. Usted o su hijo necesitan estar seguros en casa. MHS le ayudará a asegurarse de que usted o su hijo hagan sus citas de seguimiento y tomen todos los medicamentos necesarios según lo indique el hospital.
- **Opción de Rehabilitación de Medicaid (MRO) y Otros Servicios:** la cobertura de los servicios de MRO y establecimiento de tratamiento residencial psiquiátrico es administrada directamente por el Estado de Indiana. MHS trabajará con el Estado y sus médicos para coordinar esta atención.
 - **Plan de Servicios Familiares:** los miembros también pueden ser elegibles para un Plan de Servicios Familiares Individualizado bajo el programa First Steps para niños muy pequeños o un Plan de Educación Individualizado para servicios basados en la escuela. Estos programas también son administrados directamente por el Estado, y MHS coordina con ellos para asegurar que los miembros estén recibiendo toda la atención que necesitan.
- **Programa Choose Health:** diseñado para ayudar a los individuos diagnosticados con depresión, TDAH o depresión perinatal dándoles las herramientas para alcanzar sus metas de salud y bienestar. Cuando se trata de su salud y bienestar, es importante entender que la salud mental es parte de la salud general. Como parte del programa, tendrá acceso a otro profesional de la salud, su entrenador de Choose Health. Trabajaremos con usted y su médico para asegurarnos de que tenga todo lo que necesita para sentirse mejor de nuevo. También hablaremos con otros miembros del equipo de atención médica, como especialistas en salud mental, para ayudar con cualquier problema que pueda surgir. Póngase en contacto con nosotros si está interesado en unirse a este programa.
 - **Programa de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH):** el programa de TDAH de MHS le ayuda a entender y manejar los problemas sociales, psicológicos y conductuales que a menudo vienen con el TDAH. Ayudamos a los padres y a los niños a aprender a abordar los problemas y a vivir vidas felices y saludables con el TDAH.
 - **Programa de Depresión:** los miembros que experimentan largos períodos de tristeza, sentimientos de desesperanza o infelicidad pueden tener depresión. El programa de depresión de MHS le ayuda a encontrar las causas de sus sentimientos tristes, a resolver cualquier crisis inmediata, a mejorar su nivel de funcionamiento y a obtener los medicamentos y/o consejería necesarios.

“Tener un hogar médico para su cuidado dental es importante. Su dentista revisa su atención año a año para encontrar necesidades importantes de atención preventiva, al igual que su médico.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

Beneficios Dentales

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Exámenes orales: uno cada seis meses por miembro
- Limpieza: una cada seis meses por miembro, a partir de 12 meses
- Tratamientos de fluoruro: una vez cada 6 meses para miembros hasta la edad de 20 años
- Serie de rayos X de aleta de mordida: un juego cada 12 meses
- Serie de radiografías de boca completa o radiografías panorámicas: un juego cada tres años
- Servicios periodontales como escalamiento y aplanamiento de raíces
- Sellantes: uno por diente, por vida, para miembros de 20 años de edad y menores
- Servicios restaurativos menores, como empastes
- Servicios restauradores importantes, como coronas
- Extracciones dentales (basadas en necesidad médica)
- Ortodoncia para miembros hasta la edad de 20 años (basado en la necesidad médica)
- Prótesis dentales, parciales y reparaciones (con límites)
- Cirugía dental (con límites)
- Servicios dentales de emergencia

Algunos servicios dentales deben ser aprobados por adelantado por MHS, como las dentaduras y la cirugía dental. Su dentista puede ayudarlo a obtener la aprobación.

Encontrar un Dentista

- Visite mhsindiana.com/find-a-provider
- Llame a Servicios para Miembros al 1-877-647-4848

Consulta Odontológica

Durante su visita, su proveedor dental se asegurará de que sus dientes y encías estén saludables. Si se encuentran problemas, su dentista o higienista dental recomendará el cuidado personal y el tratamiento.

Sus Antecedentes de Salud

Dado que la salud bucal está relacionada con la salud general, es probable que su visita comience con sus antecedentes de salud. Informe a su proveedor dental sobre cualquier problema de salud que tenga o medicamentos que tome. Esto incluye cualquier medicamento de venta libre, hierbas o suplementos que tome, así como drogas recreativas que use. También se le puede preguntar sobre el cuidado diario de sus dientes y encías. Dígame a su proveedor dental si aprieta los dientes o respira a menudo por la boca. También debe plantear cualquier problema de salud bucal que le afecte.

Su Evaluación Dental

Su dentista o higienista dental puede comenzar por la detección del cáncer oral. Esto implica sentir el cuello y la garganta y mirar dentro de la boca. Entonces, su proveedor dental hará lo siguiente:

- **Examinar los dientes.** Si tiene caries, se marcará en su registro dental. Se tomarán notas sobre cualquier restauración, como empastes o dientes agrietados.
- **Examinar las encías.** Se utiliza una sonda para medir las cavidades (áreas donde la encía se ha separado del diente) y la recesión de las encías. Su dentista o higienista dental también evaluará cualquier sangrado que ocurra. (El sangrado de las encías puede ser un signo de enfermedad de las encías.)
- **Tomar radiografías e impresiones** (fotografías y moldes de los dientes), si es necesario. Estos se incluirán en su registro para que su dentista o higienista dental pueda consultarlos en su próxima visita. Esto ayuda a realizar un seguimiento de cualquier cambio en la boca a lo largo del tiempo.

Limpieza y Mucho Más

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

- Una limpieza para ayudar a prevenir la enfermedad de las encías. Su proveedor dental limpiará debajo de la línea de las encías, donde su cepillo de dientes y el hilo dental no pueden llegar.
- Un pulido cosmético para eliminar manchas en las superficies de los dientes (si es necesario).
- Evaluación y tratamiento adicionales para cualquier problema que encuentre su proveedor dental. Usted puede ser referido a un especialista.
- Instrucción para dar a sus dientes y encías el mejor cuidado en casa.

Beneficios de la Vista

Los beneficios de la Vista para Hoosier Healthwise y el Package C (CHIP) de HHW se proporcionan como parte de sus beneficios de MHS.

Busque un Oftalmólogo

- Visite visionbenefits.envolvehealth.com
- Haga clic en “Provider Search” (Búsqueda de proveedores) en la parte superior de la página.
- Elija “MHS Health Services – Indiana (Medicaid)” como su “HealthPlan” (Plan médico)

Atención de Rutina Cubierta

- Miembros menores de 20 años:
 - Un examen de la vista de rutina por año
 - Lentes nuevos después de su examen si su visión ha cambiado significativamente desde su último par, o según lo determine su médico.
- Miembros mayores de 21 años:
 - Un examen ocular de rutina cada dos años
 - Lentes nuevos después de su examen si su visión ha cambiado significativamente desde su último par, o según lo determine su médico. Si su visión no ha cambiado, entonces está cubierto para gafas nuevas una vez cada cinco años.

Cobertura Adicional

- Reemplazo de anteojos y/o marcos para los marcos perdidos, dañados o robados, según lo determine su médico.
- Las lentes de contacto están cubiertas si usted tiene una razón médica por la que no puede usar gafas, según lo determinado por su médico.
- Pruebas y tratamientos médicamente necesarios para los miembros con enfermedades oculares u otras enfermedades que afectan los ojos.
- La cirugía de la vista y las terapias de entrenamiento están cubiertas si son médicamente necesarias, según lo determine su médico.

Beneficios Mejorados de la Vista

Los miembros pueden optar por no recibir el beneficio de gafas estándar y recibir \$75 para lentes de contacto y ajuste de lentes, marcos de lujo o complementos para lentes.

“Tener un hogar médico para su cuidado de la vista es importante. Su oftalmólogo revisa su cuidado año a año para encontrar necesidades importantes de cuidado preventivo, al igual que su médico.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

“Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o vaya a la farmacia. Esto asegura que usted está consiguiendo utilizar los beneficios que son parte de su plan.”



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

Cuando necesite medicamentos recetados o de venta libre (OTC), su médico le dará una receta. Su médico se pondrá en contacto con su farmacia directamente, o usted puede llevar la receta por escrito a su farmacia.

Encontrar una Farmacia

Todos los miembros de MHS deben usar una farmacia dentro de la red, incluyendo farmacias de orden por correo. Busque una farmacia en línea en mhsindiana.com/find-a-provider.

Recetas Cubiertas/Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)

Los medicamentos recetados están cubiertos si el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Esto incluye medicamentos autoinyectables (como insulina) y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar. Los medicamentos OTC solo están cubiertos si están incluidos en el formulario de medicamentos OTC.

Los artículos que necesita para cuidar de la diabetes también son un beneficio cubierto. Esto incluye elementos como agujas, jeringas, monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas para glucosa en orina. Puede obtener estos artículos en su farmacia.

Su beneficio de farmacia tiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). La PDL contiene los medicamentos que están cubiertos. Un equipo de médicos y farmacéuticos actualizan esta lista cuatro veces al año. La actualización de esta lista brinda la certeza de que los medicamentos son seguros y útiles para usted y económicos para el programa Indiana Medicaid.

Algunos medicamentos OTC están cubiertos por Indiana Medicaid. Incluso los medicamentos OTC que figuran en la lista requieren que la receta de un médico esté cubierta.

Puede encontrar un enlace a su formulario de PDL y medicamentos OTC en el sitio web de MHS en mhsindiana.com. Haga clic en Members (Miembros) > Hoosier Healthwise > Benefits & Services (Beneficios y servicios) > Pharmacy (Farmacia).

Medicamentos Recetados no Cubiertos

- Medicamentos que no cuentan con la aprobación de la FDA
- Medicamentos experimentales o de investigación
- Medicamentos utilizados para ayudarla a quedar embarazada
- Medicamentos utilizados para perder peso
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para tratar un problema eréctil
- Medicamentos que no están en el formulario de medicamentos sin receta

Medicamentos Genéricos y Preferidos

Su farmacéutico le dará medicamentos genéricos cuando su médico los haya aprobado. Los medicamentos genéricos son los mismos que los medicamentos de marca y hacen que la atención médica sea más asequible. Los medicamentos genéricos se deben usar cuando estén disponibles. Si no están disponibles, se pueden usar medicamentos de marca. O, si el medicamento de marca es menos costoso, entonces puede considerarse el “medicamento preferido.”

Los medicamentos genéricos y preferidos se deben usar cuando estén disponibles para su afección médica, a menos que su médico proporcione una razón médica por la que deba usar un medicamento diferente.

Autorización Previa para Medicamentos

Algunos medicamentos pueden necesitar autorización previa antes de que estén cubiertos. Para obtener autorización, su médico necesitará proporcionar información sobre su salud y luego se tomará una decisión si el medicamento está cubierto. Su médico debe enviar una solicitud de autorización previa si:

- Un medicamento aparece como no preferido en la PDL o si es necesario cumplir ciertas condiciones antes de que usted reciba el medicamento
- Usted está recibiendo más de la droga que generalmente se prescribe
- Se deben probar otros medicamentos primero

En la mayoría de los casos, puede recibir hasta un suministro de tres días (72 horas) de un medicamento que requiere autorización previa mientras espera una decisión. La decisión se tomará dentro de un día (24 horas), sin incluir los domingos ni algunos días festivos. Su proveedor será notificado de la decisión. Su proveedor puede encontrar formularios de autorización previa en el sitio web de MHS en mhsindiana.com.

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN

“Si no está seguro de si debe buscar atención médica en una sala de emergencias por un evento que no amenaza la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas de MHS.”



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

“Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen problemas y preocupaciones especiales en materia de salud. Es importante tener un médico que pueda atender esas necesidades. Si tiene cerca de los 18 años de edad y ve a un pediatra, hable con su médico acerca de mudarse a un proveedor médico primario para adultos.”



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra

Cuándo y Dónde Acudir para Recibir Atención

Es importante visitar al médico adecuado para el tipo de cuidado adecuado. Es posible que escuche las palabras Proveedor Médico Primario (PMP), doctor, médico y proveedor de MHS. Todos estos títulos significan un médico o un centro donde usted recibe servicios de salud.

Su Proveedor Médico Primario (PMP): debe visitar a su PMP para visitas por enfermedad, controles regulares, vacunas, recetas médicas, referencias a especialistas y hospitales y cuidado del embarazo.

Especialistas: un especialista es un médico que trabaja en un área de atención médica. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Para poder visitar a un especialista, primero debe obtener una referencia de su PMP.

Clínica sin Cita Previa/Centro de Atención de Urgencias: las clínicas sin cita previa proporcionan atención de alta calidad cuando se necesita atención médica rápida para afecciones que no ponen en peligro la vida.

Sala de Emergencias (ER): la atención de emergencia está disponible para usted cuando sienta que tiene una emergencia médica que pone en peligro su vida. Si no está seguro de si es una emergencia, llame a su PMP. Si no puede comunicarse con el consultorio de su PMP, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas. Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le aconsejan que vaya a la sala de emergencias, entonces no se le cobrará un copago por su visita a la sala de emergencias.

Merece Tener un Hogar Médico: Un Proveedor Médico Primario (PMP)

Usted se merece un hogar médico exitoso, donde:

- Usted y su médico puedan construir una relación de confianza.
- Usted tenga un lugar al que siempre pueda ir para visitas por enfermedad y controles regulares.
- Usted sienta que su médico y su personal se ocupan de usted y son responsables de su atención médica.

Visite su PMP para visitas por enfermedad, controles regulares, vacunas, recetas médicas, referencias a especialistas y hospitales y atención del embarazo. Su PMP trabajará para conocer su historial médico, tomarse el tiempo de escuchar sus preocupaciones, explicarle las cosas de una manera que pueda entender, y trabajar con usted para mantenerlo saludable.

Llame siempre a su médico para cancelar citas. Si usted no cancela sus citas, y si olvida más de tres citas, su médico puede tener el derecho de pedirle a MHS que lo traslade a un médico diferente.

Elegir o Cambiar su Médico de MHS

Tanto si elige a su médico por primera vez como si lo cambia, el proceso es fácil y rápido. Puede cambiar su médico en cualquier momento. Los nuevos miembros deben elegir a su médico dentro de los primeros 30 días de convertirse en miembro de MHS. Si no elige un médico, se le asignará a un médico el día 30 de su afiliación.

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN

Primero, busque una lista de médicos en su área:

- Diríjase a la página mhsindiana.com/find-a-provider
- Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y pida una lista

A continuación, elija su PMP de esa lista:

- Medicina Familiar
- Medicina general
- Medicina Interna
- Obstetricia/ginecología (OBG/GYN)
- Pediatría

Elija entre los tipos de PMP que se mencionan a continuación:

- Doctor en Medicina (MD)
- Doctor en Medicina Osteopática (DO)
- Asistente Médico (PA)
- Profesional de enfermería (NP)
- Enfermera partera
- Especialista en Enfermería Clínica (CNS)

Por último, háganos saber su elección. Puede informarnos mediante una de las siguientes dos maneras:

- 1) Elija a su médico a través del Portal de miembros seguro en mhsindiana.com/login. Los nuevos miembros pueden ganar una recompensa eligiendo su PMP de esta manera.
- 2) Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848, y díganos quién desea como su médico.

Después, MHS le enviará una carta con la confirmación del médico que eligió.

Cuánto Tiempo Puede Tardar en Programar una Cita

MHS quiere que usted reciba atención cuando la necesite. Trabajamos duro para crear una red de proveedores que funcione para usted, y nuestra red sigue creciendo. Pero, a veces usted todavía tendrá que esperar para ver a un proveedor. Utilizamos las normas del Estado para los tiempos de espera de las citas. Llame a Servicios para Miembros de MHS si tiene alguna pregunta o preocupación acerca del tiempo de espera de la cita en el consultorio de su médico. A continuación se indica cuánto tiempo debe tardar en concertar una cita con su médico:

TIPO DE CITA	PLAZO PARA PROGRAMAR LA CITA:
Atención urgente o visitas por enfermedad	Programado en un día (24 horas)
Visitas no urgentes	Programado en tres días (72 horas)
Exámenes preventivos para adultos/visitas de bienestar anuales	Programado en tres meses
Nueva visita de embarazo	Programado en el plazo de un mes
Exámenes preventivos de niños/control rutinario de niño sano	Programado en el plazo de un mes
Exámenes para niños con necesidades especiales	Programado en el plazo de un mes

Cuando esté en el consultorio del médico, solo debe esperar hasta una hora para la cita programada.

“El equipo de Relaciones con los Proveedores de MHS trabaja a lo largo del año para agregar médicos, instalaciones y hospitales a la red de MHS. Cuanto más pueda ofrecer MHS en nuestra red cercana a usted, más opciones hay para USTED.”



Mark Vonderheit
Director,
Red de Proveedores

Aproveche al Máximo sus Consultas Médicas

- Llegue puntual
- Traiga su tarjeta de seguro y su documento de identidad con fotografía
- Apague sus teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos
- Escriba una lista de preguntas para hacerle al médico
- Traiga sus registros médicos y de vacunas y cualquier medicamento que esté tomando actualmente
- Describa síntomas y quejas
- Haga preguntas y tome notas durante cada visita
- Hable con el médico sobre los pasos siguientes para su plan de atención
- Programe visitas de seguimiento y cualquier control anual

Especialistas

Un especialista es un médico que trabaja en un área de atención médica. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Su médico lo puede referir a un especialista si es necesario. Normalmente, su médico lo referirá a otro médico de la red de MHS a menos que su afección médica pueda ser tratada mejor por alguien que no sea un médico de la red de MHS.

Cuando visite a un especialista, asegúrese de que tenga la información de contacto correcta para su médico. Su especialista enviará un informe a su médico que detalla su plan de atención.

Servicios de Autorremisión

MHS permite algunas visitas de especialistas de autorremisión. Una autorremisión significa que no tiene que obtener una referencia de su médico. Para obtener una lista de los servicios de autorremisión para Hoosier Healthwise, consulte la página 11; para el Package C (CHIP) de HHW, consulte la página 13.

Cambios de PMP o Consultorio de un Especialista

A veces ya no se le puede asignar a un médico o especialista porque el médico se está mudando de lugar, se está mudando a un nuevo plan de salud (ya no está en el plan MHS), o porque el médico ya no acepta pacientes de su edad o sexo. Si este cambio ocurre con un médico que está viendo actualmente, MHS le enviará una carta para informarle. La carta le explicará qué opciones tiene y si puede elegir quedarse con su médico.

Puede continuar viendo a su médico si ha abandonado la red durante el período actual de tratamiento activo, o hasta 90 días naturales, lo que sea menor, si se somete a tratamiento activo para una afección crónica o aguda. Si está embarazada y ya está en el segundo o tercer trimestre, puede continuar con su médico hasta 30 días después del parto.

Clínicas sin Cita Previa o de Atención de Urgencias

(ATENCIÓN QUE NO ES DE EMERGENCIA/FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN)

Si tiene un problema médico que no pone en peligro la vida pero no está seguro de qué hacer, siempre debe llamar primero a su médico. Incluso si el consultorio está cerrado, escuche el mensaje y siga las instrucciones para el cuidado fuera del horario de atención. MHS requiere que todos los médicos tengan una línea telefónica fuera del horario de atención. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea gratuita de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas.

Si tiene un problema médico que no pone en peligro la vida y necesita ver a un médico de inmediato, considere la posibilidad de acudir a una clínica sin cita previa o a una clínica de atención de urgencias antes de ir a la sala de emergencias.

Clínicas sin Cita Previa

Las clínicas sin cita previa proporcionan atención de alta calidad cuando se necesita atención médica rápida para afecciones que no ponen en peligro la vida, como:

- Esguinces, torceduras, fracturas y cortes
- Síntomas de gripe o resfriado
- Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo
- Quemaduras leves
- Estaduras o mordeduras
- Dolor de oído, dolor de garganta y fiebre

Clínica de Atención de Urgencias

Muchas clínicas están abiertas más tarde por la noche y han ampliado las horas de los fines de semana. Las clínicas de atención de urgencias ayudan a los pacientes a recibir atención sin tener que esperar en la sala de emergencias de su hospital local. Estas clínicas pueden usar asistentes médicos y enfermeros practicantes para tratarlo. Los asistentes médicos y los profesionales de enfermería están capacitados y supervisados en la prestación de atención médica. Realizan muchos de los servicios de rutina que los médicos suelen proporcionar. Pueden tomar historias clínicas, realizar exámenes físicos y exámenes, ordenar medicamentos, pruebas de laboratorio y radiografías, y enseñar a los pacientes a mantenerse sanos.

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



Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cuando reciba atención médica o acuda a una farmacia. De lo contrario, es posible que deba pagar por la atención. Si recibe una factura por los servicios cubiertos o se le indica que presente un reclamo, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

“Si no está seguro de si debe buscar atención médica en una sala de emergencias por un evento que no amenaza la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas.”



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

Sala de Emergencias: Cuándo Ir

La atención de emergencia está disponible para cuando siente que tiene una emergencia médica que amenaza la vida. Una emergencia médica que amenaza la vida es una enfermedad o lesión de tal gravedad, incluyendo dolor severo, que la falta de atención médica inmediata podría ser razonablemente esperada por una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina que:

- Ponga la salud física del paciente (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su niño nonato) en grave riesgo;
- Resulte en un deterioro grave de las funciones corporales de la persona; o bien
- Resulte en disfunción grave del órgano corporal o parte del individuo.

Cuándo Acudir a la Sala de Emergencias

- Fracturas
- Heridas con pistola o cuchillo
- Sangrado que no se detiene
- Está embarazada, en trabajo de parto y/o sangrando
- Dolor torácico intenso o ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Envenenamiento
- Quemaduras graves
- Shock (puede sudar, sentirse sediento o mareado o tener piel de color pálido)
- Convulsiones
- Dificultad para respirar
- De repente no puede ver, moverse o hablar

Esta no es una lista completa de cuándo debe recibir atención de emergencia. Si tiene una afección de salud que ocurre con frecuencia (una afección crónica), hable con su médico acerca de lo que sería una emergencia médica potencialmente mortal para usted. Siempre puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas al 1-877-647-4848 si no está seguro de si debe ir a la sala de emergencias.

Cuando NO Acudir a la Sala de Emergencias

- Tiene gripe, un resfrío, dolor de garganta o dolor de oído
- Tiene un esguince o tensión
- Tiene un corte o raspón que no necesita puntos de sutura
- Para obtener más medicamento o para volver a surtir una receta
- Presenta sarpullido debido al uso del pañal

CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN

Tiempos de Espera en la Sala de Emergencias

En una sala de emergencias, las emergencias que ponen en peligro la vida se ven primero. Si usted va a la sala de emergencias por una lesión o enfermedad que no es potencialmente mortal, es posible que tenga que esperar varias horas para que le vean. Es muy importante que vea a su médico de familia o que visite un centro de atención de urgencias para casos que no sean de emergencia.

Esté Preparado para una Emergencia

Asegúrese de conocer la ubicación y el número de la sala de emergencias más cercana a usted. Puede encontrar una cerca de usted usando nuestra búsqueda "Find a Provider" (Encuentre un Proveedor) en mhsindiana.com/find-a-provider, o puede llamar a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y pedir una lista para ser enviada por correo. Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, puede llamar al 911 o al número local de emergencias para obtener servicios de emergencia. Usted tiene el derecho de usar cualquier hospital u otro entorno de emergencia para la atención de emergencia.

Seguimiento de Atención de Emergencia

Si visita la sala de emergencias, por favor bríndeles la información de contacto correcta para su médico de MHS. El personal de la sala de emergencias enviará un informe a su médico de MHS que detalla su plan de atención y diagnóstico. Si tiene que quedarse en el hospital, asegúrese de hablar con el médico en el personal sobre por qué está allí. Cuando salga del hospital, el médico del personal le dará instrucciones para seguir. Es muy importante seguir todas las instrucciones, incluso si se siente mejor. El día después de ir a la sala de emergencias, o el día después de salir del hospital de una admisión de emergencia, llame para programar una visita de seguimiento con su médico de MHS.

Cobertura de Atención de Emergencia

Las visitas a la sala de emergencias no necesitan la aprobación de su médico ni de MHS. Las visitas a la sala de emergencia para los miembros de Hoosier Healthwise (Package A de HHW) y Package C (CHIP) de HHW están cubiertas.

La atención posterior a la estabilización es un servicio cubierto que recibe después de la atención de emergencia. Este es el cuidado que recibe después de que se estabiliza para que su afección se mantenga estable. Cuando visita la sala de emergencias, los médicos y enfermeros deben examinarlo y asegurarse de que está lo suficientemente bien antes de que le permitan salir. El médico puede decidir que necesita otras pruebas o servicios después de que esté estable, pero aún en el hospital, y el médico puede llamar a MHS para solicitar otras pruebas o servicios.

"Usted se merece un hogar médico exitoso, donde tenga un lugar al que siempre pueda ir para las visitas por enfermedad y controles regulares. Los médicos de la sala de emergencias no conocen su historial médico ni su domicilio médico."



Dr. Eric A. Yancy
Director Médico y Pediatra



Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cuando reciba atención médica o acuda a una farmacia. De lo contrario, es posible que deba pagar por la atención. Si recibe una factura por los servicios cubiertos o se le indica que presente un reclamo, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

“Recuerde mostrar su tarjeta de ID de miembro y decirle al personal que es un miembro de MHS. Si no se lo comunica, puede recibir una factura por correo. Si recibe una factura, llame inmediatamente a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.”



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

Cobertura para Recibir Atención fuera de Indiana

Atención sin Cita Previa o Urgente

Si está fuera del Estado y necesita ir a una clínica de atención de urgencias o sin cita previa por un problema que no es potencialmente mortal, debe llamar a su médico de MHS o a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS al 1-877-647-4848 para obtener aprobación antes de irse. De lo contrario, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibe en la clínica.

Atención de Emergencia

Si está fuera de Indiana y tiene una emergencia que amenaza la vida, vaya a la sala de emergencias más cercana. La cobertura de la sala de emergencias para la atención fuera de Indiana está cubierta. Obtenga más información sobre la atención de emergencia en la página 30.

Atención de Proveedores fuera del Plan

Fuera del plan significa que el médico o centro al que desea ir no forma parte de la red de proveedores de MHS o de la red de Indiana Medicaid. Usted podría ser responsable de los cargos de la atención fuera del plan no autorizada si el proveedor no es un Proveedor de Indiana Medicaid o si el servicio no está cubierto por su plan de MHS.

MHS solo cubre la atención fuera del plan si:

- MHS no tiene un médico dentro del plan para proporcionarle los servicios que necesita, o no tiene un médico dentro del plan dentro de 60 millas de su casa
- Es para la continuidad del cuidado para una miembro embarazada que se transfirió a MHS durante su tercer trimestre
- MHS autorizó el servicio fuera del plan

Servicios de Autorremisión

Consulte la página 11.

Proveedores de Atención Médica para Indígenas Norteamericanos y Nativos de Alaska

Cualquier miembro indígena norteamericano/nativo de Alaska (AI/AN) que sea elegible para recibir servicios de un proveedor de atención médica indígena participante puede optar por recibir servicios cubiertos de ese proveedor de atención médica indígena, Y si ese proveedor de atención médica indígena participa en la red como PMP, puede elegir a ese proveedor de atención médica indígena como PMP, siempre y cuando ese proveedor de atención médica indígena tenga la capacidad de proporcionar los servicios.

Programas de Administración de Salud

MHS tiene enfermeros que están entrenados para ayudar a nuestros miembros con sus afecciones de salud. MHS también tiene trabajadores sociales para ayudarlo con las necesidades de emergencia de vivienda y servicios públicos, así como para ayudarlo a conectar con los servicios basados en la comunidad. MHS puede comunicarse con usted para ofrecerle estos programas.

Si usted o su hijo tienen o están en riesgo de tener una de las siguientes afecciones de salud mencionadas, llame para que podamos darle más información sobre nuestros programas y ayudarlo a inscribirse. Si desea unirse a un programa u obtener más información, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Programas de de Casos Médicos

- **Programa de Niños con Necesidades Especiales:** los niños con afección crónicas son elegibles para este programa. Esto incluye afecciones como:
 - Parálisis cerebral
 - Fibrosis quística
 - Discapacidad del desarrollo
 - Autismo
 - Lesiones cerebrales traumáticas
 - Síndromes congénitos con retrasos significativos en el desarrollo
 - Otras necesidades especiales de atención médica

Los niños inscritos en el programa reciben servicios de administración de cuidados por parte de un equipo dedicado de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de cuidados de MHS, especializados en las necesidades de atención médica de los niños.

- **Programa de Enfermedad Renal Crónica (ERC):** la ERC es una enfermedad en la que los riñones son menos capaces de eliminar los desechos y el exceso de líquido de la sangre. El MHS le ayuda a controlar los riesgos de la ERC, como la diabetes y la presión arterial alta. Esto puede ayudarlo a mantenerse fuera de la terapia de reemplazo renal. Nuestro equipo le ayudará a aprender cómo mejorar su dieta y a obtener servicios para la enfermedad y sus causas.
- **Programa de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC):** la ICC es una enfermedad que ocurre cuando el corazón está demasiado débil para bombear sangre. Nuestro programa de ICC se centra en la administración de fármacos (medicamentos). Esto le ayudará a disminuir su probabilidad de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, visitas a urgencias y hospitalización.
- **Programa de Enfermedad de las Arterias Coronarias (CAD):** la CAD ocurre cuando una sustancia llamada placa se acumula en las arterias que suministran sangre al corazón (llamadas arterias coronarias). Nuestro programa de CAD le ayuda a lidiar con los efectos de la CAD, como dolores de pecho, limitaciones físicas y colesterol alto. Lo hacemos a través de la administración de fármacos (medicamentos), cambios en el estilo de vida, dieta y otras formas de hacer frente.

“Usted es el que cuida de usted y de su familia. Sin embargo, las personas con problemas de salud se mantienen más saludables, durante más tiempo, cuando tienen a alguien en su esquina. Los administradores de casos trabajan junto con su médico para recordarle que debe recibir toda su atención preventiva importante.”



Allison Baughn
Directora Sénior

“Las madres que se unen a nuestros programas de embarazo tienen más probabilidades de tener un embarazo a término y menos probabilidades de tener un bebé en la UCIN. ¡Ayude a su bebé a comenzar de la mejor manera!”



Allison Baughn
Directora Sénior

- **Programa de Diabetes (“Azúcar”)**: la diabetes también se conoce como “azúcar”. La diabetes tipo 1 es una enfermedad en la que el cuerpo ya no puede producir insulina. La diabetes tipo 2 es una enfermedad en la que las células del cuerpo son menos sensibles a la insulina. Ambos tipos pueden causar niveles altos de azúcar en la sangre. Póngase en contacto con nosotros si usted o su hijo tienen diabetes.
- **Programas de Administración Mejorada del Asma y de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**: el asma no se puede curar, pero la mayoría de las personas con asma pueden controlar sus síntomas y prevenir los ataques de asma evitando los desencadenantes del asma y usando correctamente medicamentos recetados como los corticosteroides inhalados. La EPOC es un grupo de enfermedades pulmonares que causan dificultad para respirar. Nuestros programas le ayudarán a mantenerse saludable al detener los episodios agudos antes de que sucedan y mantenerlo fuera de la sala de emergencias.
- **Programa de Plomo**: el plomo es un metal pesado que se puede encontrar en la pintura, el polvo, el suelo, el agua, el aire y los alimentos. Puede ser perjudicial para las personas, especialmente para los niños. Si se descubre que su hijo tiene altos niveles de plomo en su sangre, MHS le proporcionará educación y alcance.

Programas Pregnancy y First Year of Life

Start Smart for Your Baby® y MHS Special Deliveries

MHS se preocupa por su salud y la salud de su bebé. Tenemos dos programas para miembros de MHS que están embarazadas llamados Start Smart for Your Baby y MHS Special Deliveries. Al unirse a cualquiera de los programas, podrá ganar más recompensas de My Health Pays®. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 38.

Start Smart for Your Baby es un programa educativo abierto a todas las mujeres embarazadas. MHS Special Deliveries es un programa de manejo de cuidado para miembros embarazadas. Los administradores de atención de MHS hablarán con usted y le sugerirán el programa que es adecuado para usted basándose en su historia clínica y el plan de atención de su médico.

Con cualquiera de los programas, las enfermeras obstétricas de MHS están aquí para asegurarse de que reciba la atención médica y los recursos que necesita durante y después de su embarazo. El personal de enfermería obstétrico de MHS puede:

- Ayudarle a entender lo que le está pasando a su cuerpo durante el embarazo
- Hablarle sobre los problemas que puedan surgir durante su embarazo
- Hablarle sobre qué hacer si tiene complicaciones durante su embarazo
- Ayudarla a hacer citas con el médico o programar un viaje gratuito al consultorio del médico
- Ayudarla a obtener un teléfono celular gratis si lo necesita. Puede utilizar este teléfono para comunicarse con su médico, su familia y otras personas importantes mientras está embarazada.
- Ayudarla a dejar de fumar o de consumir tabaco
- Ayudarla a encontrar más maneras de ganar recompensas de My Health Pays® yendo a sus visitas con el médico de obstetricia
- Contestarle cualquier otra pregunta sobre su salud y la salud de su bebé

Queremos ayudarla a cuidar de sí misma y de su bebé durante todo el embarazo. La información puede ser enviada por correo, teléfono y correo electrónico y está disponible en nuestro sitio web, mhsindiana.com. También se puede organizar una visita domiciliaria con una enfermera de obstetricia.

17P (caproato de alfa-hidroxiprogesterona)

MHS ofrece 17P a nuestros miembros que califican con un historial de parto prematuro. Este medicamento puede prevenir que tenga otro parto prematuro. Si se la identifica como candidata, nos pondremos en contacto con su médico tratante para hablar sobre la idoneidad de usar este medicamento.

First Year of Life

La nueva maternidad trae muchas alegrías y sorpresas. También trae muchas noches sin dormir y cambios en su vida. Queremos que nuestros miembros sepan que el personal de enfermería de First Year of Life en MHS también está aquí para dar apoyo. Podemos responder a sus preguntas y proporcionarle hojas de información útiles para que sepa qué esperar a medida que su bebé crece. También la llamaremos y le enviaremos recordatorios para programar las próximas inmunizaciones (vacunas) y las visitas de niño sano con el médico de su bebé según sea necesario.

Programas Adicionales

Opciones de Anticoncepción (Planificación Familiar)

Sus opciones de anticoncepción a menudo se denominan servicios de planificación familiar. Este es un programa cubierto de autorremisión. Eso significa que puede ir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Hoosier Healthwise. Sin embargo, lo animamos a que obtenga sus servicios de planificación familiar de su médico u otro médico de MHS. Si no se siente cómodo hablando con su médico y no sabe dónde obtener estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. En cualquier caso, los servicios de planificación familiar son privados.

Programa Right Choices

Para proteger la salud de nuestros miembros, MHS participa en el programa Right Choices según lo dirigido por el Estado de Indiana. Los miembros son referidos al programa si se encuentra que están usando los servicios de Medicaid más que otros miembros. A continuación, estos miembros se asignan a un médico y a una farmacia. Deben utilizar estas instalaciones específicas para todas las necesidades de atención médica, excepto en caso de emergencia.

Los miembros referidos al programa recibirán una carta de MHS que les dará la bienvenida al programa. El periodo de inscripción de Right Choices puede durar hasta dos años y puede renovarse por un periodo adicional de dos años en revisión. Sin embargo, los miembros tienen el derecho de apelar su remisión al programa dentro de 60 días. Para más preguntas, o si usted ha recibido una carta de bienvenida, Llame al Administrador de MHS Right Choices al 1-877-647-4848.

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



Jessica Parks
Directora, Relaciones
Comunitarias

Dejar de Fumar o Consumir Tabaco

MHS lo anima a liberarse del tabaco y dejar de fumar. El consumo de tabaco sigue siendo la causa más evitable de muerte y enfermedad en los Estados Unidos, cobrando más de 480,000 vidas al año. Dejar de fumar puede tener beneficios inmediatos y a largo plazo para usted y sus seres queridos. ¡Déjenos ayudarlo hoy mismo!

Llame a la LÍNEA GRATUITA Y CONFIDENCIAL Indiana Tobacco Quitline hoy mismo al 1-800-QUIT-NOW. La línea para dejar de fumar Quitline es un programa de asesoría telefónica basado en la evidencia que ofrece orientación individual a los usuarios de tabaco que han decidido dejar de fumar, proporciona apoyo profesional a lo largo de todo el proceso continuo de abandono de una persona y discute el apoyo a la medicación. Si no está listo para dejar de fumar, el personal de Quitline le ayudará a averiguar lo que puede hacer para prepararse para dejar de fumar con éxito. Además, Quitline ofrece un Web Coach y soporte para mensajes de texto – Text2Quit.



Además, por inscribirse en Quitline, puede obtener \$20 en recompensas de My Health Pays®

Las características clave del programa incluyen:

- Asesoramiento ofrecido en más de 170 idiomas
- Acceso las 24 horas al día, 7 días a la semana, a entrenadores para dejar de fumar altamente entrenados y dedicados
- Asesoría telefónica proactiva uno a uno con un entrenador para dejar de fumar
- Desarrollo de un plan para dejar de fumar para mejorar sus posibilidades de éxito incluyendo la elección de una fecha para dejar de fumar
- Kit de inicio gratuito de terapia de reemplazo de nicotina de 2 semanas (chicle/ parches) para aquellos que sean elegibles
- Servicios ampliados para mujeres embarazadas y jóvenes consumidores de tabaco (13-17 años)
- Consejos prácticos y consejos para ayudarlo a lidiar con los deseos, encontrar maneras de cambiar sus actividades/comportamientos diarios que desencadenan el tabaquismo y evitar el aumento de peso
- Inscribese en el servicio Web Coach Only para establecer una fecha para dejar de fumar, escoger un medicamento, conquistar y controlar sus impulsos, controlar su ambiente y obtener apoyo social
- Para obtener apoyo adicional, inscribese en el programa Text2Quit para recibir hasta 300 mensajes de texto adaptados a su plan de abandono

Razones para Dejar de Fumar

- **En EE. UU., 1 de cada 5 muertes se debe al consumo de tabaco.**
- **En promedio, los fumadores viven 10 años menos que aquellos que no fuman.**
- **En comparación con las personas que no fuman, los fumadores tienen más problemas de salud y acuden al médico con mayor frecuencia.**
- **En Indiana, un fumador promedio gasta más de \$2,500 al año en cigarrillos. Eso equivale a \$130,000 durante toda su vida.**

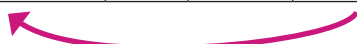
Existe muchas buenas razones para dejar de fumar. Solicite la ayuda de MHS hoy.

Transporte

MHS quiere asegurarse de que reciba la atención que necesita. Ofrecemos transporte ilimitado GRATUITO a y desde las visitas al médico, para surtir las recetas después de una visita al médico, citas de redeterminación de Medicaid, citas de WIC y eventos de miembros de MHS. Usted puede comunicarse con el proveedor de transporte de MHS a través de Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. Después de que se le indique al miembro, diga "transporte". Puede hablar con un representante de transporte en directo de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. El transporte se programa a través de un sistema de mensajes fuera del horario de atención y los fines de semana. Todos los mensajes se responden en el plazo de un día.

Llame para programar su viaje por lo menos tres (3) días hábiles (72 horas) antes de su visita médica programada. Programe su cita con el médico antes de llamar para que le proporcionen transporte. MHS puede llamar al consultorio de su médico para verificar la visita al médico.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	¡Llame HOY mismo para obtener un transporte!			Dr. Smith, control a las 10 a.m.		



Aquí hay otra información que puede que necesite saber sobre el transporte:

- Es posible que tenga hasta una hora de espera para que su viaje lo recoja antes de su visita programada.
- Si necesita transporte debido a una necesidad de atención urgente, tenga en cuenta que podría tardar más tiempo en llegar ya que no se trata de una recogida programada previamente. Llame inmediatamente para preparar su recorrido.
- Todo el transporte debe ser para una cita médica que esté cubierta por Indiana Medicaid, para recoger recetas después de una visita médica cubierta, renovar su cobertura de Hoosier Healthwise Medicaid, o para ciertos eventos de miembros de MHS.
- Si tiene una emergencia que amenaza su vida, llame al 911 o al número local de emergencias.
- Los niños menores de 16 años siempre deben viajar con un adulto de 18 años o más. El consentimiento de los padres es generalmente requerido para menores de 18 años a menos que una de las excepciones en las leyes de consentimiento de menores se aplique; los jóvenes adultos de 18 años o más generalmente pueden dar su consentimiento por sí mismos.
- MHS ofrece reembolso por gasolina y kilometraje bajo ciertas condiciones. Llame a Servicios para Miembros de MHS para obtener más información sobre esta opción.

Puede llevarse a otra persona con usted. Cualquier conductor adicional debe ser aprobado por adelantado. El transporte tratará de trabajar con su situación si usted pide a los pasajeros adicionales. El transporte puede negarse a transportar a cualquier persona que no haya sido aprobada para viajar con antelación.

Tenga lista la siguiente información cuando llame para pedir transporte:

- Su tarjeta de Medicaid o la de su hijo
- Su dirección y su número de teléfono
- La fecha y hora de su cita médica
- El nombre, dirección y número de teléfono de la oficina o clínica
- El número de personas que van a viajar (paciente y padre o tutor solamente)
- Si necesita una furgoneta accesible para sillas de ruedas
- Si necesita ayuda desde y hacia la puerta
- Si usted un asiento para de seguridad. Si no tiene un asiento de seguridad, se le puede proporcionar uno.

El transporte se negará a transportar a cualquier niño sin el asiento de seguridad apropiado.

Llamar para que le recojan después de su cita:

- Puede tomar de 15 minutos a una hora para que un auto llegue después de que usted llame.
- El transporte lo puede llevar a una farmacia de camino a casa después de una visita al médico.
- Debe estar listo cuando llegue su transporte.
- El transporte lo recogerá en el mismo lugar en el que lo dejaron. No puede recoger a varios miembros de la familia en lugares diferentes.

Para obtener información sobre el reembolso del kilometraje de gasolina o los pases de autobús, póngase en contacto con Servicios para Miembros de MHS.

Transporte para los Miembros del Package C (CHIP) de HHW

El transporte médico no emergente está cubierto como un beneficio mejorado.

"Si no está seguro de si debe buscar atención médica en una sala de emergencias por un evento que no amenaza la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas de MHS."



Todd Roberts
Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

“Empiece a obtener recompensas hoy mismo. Complete su Evaluación de Necesidades de Salud en línea en mhsindiana.com/HHWscreening o llame a MHS Care Engagement al 1-888-252-3410.”



Jessica Parks
Directora, Relaciones
Comunitarias

Programas Exclusivos para los Miembros de MHS

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



MHS recompensará las elecciones saludables de los miembros a través de nuestro programa My Health Pays®. Los miembros pueden ganar recompensas en dólares por cosas como exámenes de detección, atención preventiva y más. Use sus recompensas de My Health Pays® para ayudar a pagar **artículos cotidianos en Walmart***, **servicios públicos**, **transporte**, **telecomunicaciones** (factura de teléfono celular), **servicios de cuidado infantil**, **educación** o **alquiler**.

¡Empiece hoy! Puede empezar a ganar recompensas de My Health Pays® tan pronto como se convierta en miembro de MHS. Complete cualquiera de las actividades saludables elegibles que se describen a continuación. A continuación, los dólares de recompensa se colocan automáticamente en su tarjeta de My Health Pays®. Todos los nuevos miembros reciben por correo la tarjeta de My Health Pays®.

Obtenga recompensas completando las siguientes actividades saludables:

- \$30** Completar un examen de "necesidades de salud" a "evaluación de necesidades de salud" dentro de los 30 días de hacerse miembro.

- \$10** Completar un examen de "necesidades de salud" dentro de los 90 días de hacerse miembro.

- \$15** Por crear una cuenta del portal para miembros y utilizar su cuenta del portal para miembros para seleccionar un PMP en un plazo de 30 días a partir de la inscripción. (Uno por año natural)

- \$10** Por visita de atención sanitaria para lactantes de hasta 15 meses de edad (\$60 máx.). (Estas visitas se recomiendan antes de los 30 días y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses)

- \$20** Visita anual de atención de bienestar con un médico de atención primaria. (Uno por año natural; a partir de 16 meses de edad)

- \$20** Por una visita dental anual. (solo entre 1-20 años; uno por año natural)

- \$20** Por inscribirse en el programa para dejar de fumar con la línea de tabaco Indiana. Llame al 1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669).

- \$50** si es dentro del primer trimestre Envíe un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) a MHS. Inicie sesión en su cuenta del portal para miembros para completar su NOP.
- \$25** si es dentro del segundo trimestre

- hasta **\$80** Participación en la Administración de Casos de Obstetricia: Visite mhsindiana.com/rewards para obtener más información.

- \$20** Visita posparto: consulte a su médico 3-8 semanas después del parto.

Para comprobar su saldo, inicie sesión en su cuenta del portal seguro o llame al 1-866-809-1091.

* Esta tarjeta no se puede utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego. Esta tarjeta es emitida por el Bancorp Bank de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; miembro de FDIC. La tarjeta no se puede utilizar en cualquier lugar en el que se acepten tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del Titular de la Tarjeta para ver las restricciones de uso completas. Los fondos caducan 90 días después de la finalización de la cobertura del seguro o 365 días después de la fecha en que se obtuvo la recompensa, lo que ocurra primero.

Healthy Kids Club de MHS

El Healthy Kids Club es un programa educativo gratuito para niños menores de 12 años. Promueve maneras divertidas para que los niños se mantengan sanos. Los niños recibirán una tarjeta de membresía y boletines electrónicos mensuales con consejos y recetas saludables. Puede inscribir a sus hijos en el club en mhsindiana.com/kidsclub.

MemberConnections®

Este es un equipo de extensión del personal de MHS que puede ayudarle a usted en persona a entender su cobertura de salud y otros recursos comunitarios. MemberConnections puede proporcionar ayuda en persona o por teléfono. Ellos le ayudarán a establecer una relación con su médico, le ayudarán a comprender sus beneficios para la salud y le pondrán en contacto con los recursos de la comunidad. Si necesita transporte, comida, refugio u otros programas de salud, MemberConnections puede ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros de MHS para obtener más información al 1-877-647-4848.

Teléfono celular de Connections Plus®

MHS puede prestar un teléfono celular a nuestros miembros inscritos en la administración de cuidados que no tienen acceso a un teléfono regular. Los teléfonos celulares de Connections Plus están programados para hacer y recibir llamadas del equipo de Administración de Cuidado de MHS, el PMP de un miembro, otros médicos en el plan de tratamiento, la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas de MHS y la familia que apoya el plan de cuidado del miembro.

Teléfono celular de SafeLink

SafeLink es un programa federal que da a los miembros que califican un teléfono celular gratis, 350 minutos, 3 GB de datos y textos ilimitados por mes. El programa SafeLink le da la posibilidad de hacer y recibir llamadas de sus médicos, enfermeros, farmacia, 911, familiares y amigos. Y en el programa SafeLink usted tendrá llamadas ilimitadas al número gratuito de MHS 1-877-647-4848 para hablar con Servicios para Miembros de MHS, Administradores del Cuidado, MemberConnections o cualquier otro equipo de MHS sin contar sus minutos. Los miembros pueden conservar su teléfono de SafeLink independientemente de su inscripción en MHS.

Comité Asesor de Miembros

MHS invita a grupos de nuestros miembros de todo el Estado a hablar con nosotros cuatro veces al año. Las discusiones incluyen los servicios que ofrece MHS y cómo se sienten los miembros acerca de sus médicos así como cómo se sienten acerca de nuestros programas. Los miembros también consultan nuestros materiales impresos y la información del sitio web. MHS utiliza esta información para hacer cambios en el programa basados en los comentarios de nuestros miembros. Si está interesado en formar parte de nuestro Comité Asesor de Miembros, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

“Llame a MHS MemberConnections hoy mismo para ayudarle a entender sus beneficios, uno a uno.”



Jessica Parks
Directora, Relaciones
Comunitarias

Red de Educación Familiar

MHS y la Coalición de Salud para Minorías de Indiana se han unido para crear la Red de Educación Familiar. La red proporciona educación presencial y por teléfono a los miembros de MHS sobre una variedad de temas. Los representantes de la red pueden ayudar a explicar los beneficios y la cobertura del plan de salud de Medicaid, así como una descripción general de los programas de MHS y los servicios especiales disponibles para usted. Llame a Servicios para Miembros de MHS para programar una remisión gratuita al 1-877-647-4848.

Member Ombudsman

El programa Member Ombudsman de MHS es una asociación entre MHS y Mental Health America of Indiana. Un defensor es una persona que trabaja para ayudarlo a resolver un problema. Los miembros de MHS pueden comunicarse con un defensor de forma gratuita para discutir cualquier problema que puedan tener con MHS, los servicios de MHS, los médicos de MHS u otras partes de su servicio de salud. El defensor es neutral y no favorecerá a MHS o al programa Medicaid. El defensor trabajará con usted para resolver su problema. Si es miembro de MHS (o un representante legal), llame al teléfono si:

- Tiene preguntas sobre sus beneficios o servicios de MHS.
- Quiere saber cuáles son sus derechos y responsabilidades de MHS para su cobertura de MHS.
- Necesita ayuda con el proceso de apelaciones, como llenar el papeleo apropiado, documentar las apelaciones verbales o la guía a través del proceso de apelaciones.

Si desea la ayuda de un defensor, llame directamente al número gratuito 1-877-647-5326, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

INSCRIPCIÓN ABIERTA Y REDETERMINACIÓN

MHS es su proveedor de cobertura médica. Usted eligió MHS o fue asignado a MHS para proveer su cobertura de salud cuando se unió a Hoosier Healthwise o el Package C (CHIP) de HHW. Su cobertura dura un año. Al final de ese año, usted pasa por la redeterminación. Esto significa que necesita volver a aplicar o confirmar la información con el Estado para demostrar que todavía es elegible para Hoosier Healthwise o el Package C (CHIP) de HHW. Si se aprueba, continúa durante otro año de inscripción.

Inscripción Abierta

Durante sus primeros 90 días, a partir del primer día de su elegibilidad, tiene una inscripción abierta. Esto es cierto para cada año de inscripción con Hoosier Healthwise o el Package C (CHIP) de HHW. La inscripción abierta significa que usted puede cambiar de plan de seguro médico. Una razón por la que usted podría necesitar cambiar de plan de seguro médico es si su médico preferido es parte de la red de otro plan de seguro. Una vez cerrada la inscripción abierta, no podrá cambiar a otro plan de seguro médico. Los miembros inscritos en el programa Right Choices no son elegibles para la inscripción abierta. Obtenga más información sobre el programa Right Choices en la página 35.

Si desea dejar MHS o a su médico porque no está satisfecho con MHS, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. Es posible que podamos ayudarlo. O consulte la página 43 para obtener más información sobre las quejas.

Nativos norteamericanos/nativos de Alaska

Los nativos norteamericanos/nativos de Alaska tienen la opción de no recibir atención administrada y recibir cobertura de pago por servicio. Si es nativo americano/nativo de Alaska y desea excluirse de la atención administrada, póngase en contacto con su agente de inscripción.

Cambios en el Plan de Seguro Médico por Causa Justa

Si necesita solicitar un cambio en su plan de seguro médico fuera de la inscripción abierta, puede solicitar un cambio por causa justa. A continuación se muestran ejemplos de motivos de causa justa:

- La falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por Hoosier Healthwise;
- Acción correctiva impuesta contra el asegurador
- Un servicio no está cubierto por su médico o centro de atención médica por objeciones morales o religiosas, como se describe en la Sección 9.3.3 del Código del Estado de Indiana;
- Los servicios relacionados son necesarios aproximadamente al mismo tiempo, pero no están disponibles en la red del plan de salud. En este caso, el proveedor del miembro decide que la recepción de los servicios por separado someterá al miembro a riesgos innecesarios;
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica;
- Si al miembro le preocupa que el médico o centro de salud disponible no le proporcione atención de calidad. Esto incluye el incumplimiento de las normas de administración de la atención médica y las barreras lingüísticas o culturales significativas;
- El proveedor médico principal del miembro deja su plan de salud y se inscribe de nuevo en otro plan de salud;
- Acceso limitado a un proveedor médico primario u otro servicio de salud dentro de una distancia razonable de su lugar de residencia;
- El formulario de otro plan de salud es más consistente con las necesidades de salud existentes de un miembro; y
- Otras circunstancias determinadas para constituir una mala calidad de cobertura de salud.

Para solicitar un cambio por causa justa, llame a la Línea de Ayuda de Hoosier Healthwise al 1-800-889-9949. Revisarán su solicitud.

Solicitud de Cancelación de Inscripción

Puede cambiar de plan de salud después de los primeros noventa (90) días calendario de inscripción solo por causa;

- Se le requiere que agote el proceso interno de quejas y apelaciones de los planes de salud antes de solicitar un cambio de plan de salud;

“Esperamos que permanezca con MHS durante todos los años de su inscripción con Hoosier Healthwise. Trabajamos duro para proporcionar el mejor servicio al cliente y una sólida red de proveedores, para que usted pueda tener todo lo que necesita en su plan de salud.”



Todd Roberts

Gerente,
Servicio de Atención al
Cliente

- Puede presentar solicitudes de cambio de plan de salud al Intermediario de Inscripción verbalmente o por escrito, después de agotar el proceso interno de quejas y apelaciones de los planes de salud; y
- Cualquier pregunta sobre el proceso debe ser dirigida a través del corredor de inscripción. Puede comunicarse con el agente de inscripción al 800-889-9949. Esto incluye cómo obtener el formulario estandarizado del agente de inscripción para solicitar un cambio de plan de salud.

Redeterminación

Al final de su año de beneficios, tendrá que volver a solicitar o confirmar la información con el Estado para demostrar que todavía es elegible para Hoosier Healthwise o el Package C (CHIP) de HHW. Comuníquese con su trabajador estatal a través del Departamento de Recursos Familiares para averiguar lo que se requiere para que usted continúe con sus beneficios.

Puede tomar alrededor de 45 días para volver a aplicar o confirmar su información con el Estado. Para ayudarlo, MHS lo llamará y le enviará un correo electrónico para recordarle cuándo tiene 45 días de su último día de elegibilidad.

Programa de Mejoramiento de la Calidad

MHS quiere ayudarlo a obtener la atención de calidad que merece. El programa de Mejoramiento de la Calidad (QI) de MHS revisa toda la atención y los servicios que recibe de los médicos, hospitales y otros servicios que recibe de MHS. Esto ayuda a garantizar que la atención que recibe sea de buena calidad, útil y adecuada para usted. Si desea obtener más información sobre el programa de QI de MHS, llámenos o visite mhsindiana.com donde encontrará:

- El resumen de QI de MHS y la descripción del programa
- Información sobre inmunización para adultos y niños
- Normas que MHS busca cumplir y superar
- Normas de registro médico y guías de práctica

Encuestas de Satisfacción de los Miembros

Como parte del programa para el mejoramiento de la calidad, cada año se les pide a algunos miembros que respondan a una encuesta para contarnos acerca de la atención y los servicios que reciben de los médicos de MHS y MHS. MHS comparte las respuestas de la encuesta con los médicos de MHS y utiliza la información para ayudar a mejorar la atención a los miembros y cómo nos comunicamos con usted. Sus respuestas a estas encuestas son siempre anónimas, lo que significa que no sabemos quién ha respondido a la encuesta.

Si recibe una encuesta por correo electrónico o por teléfono, tómese su tiempo para responder y devolverla. Esto ayudará a que MHS y los programas de salud estatales sean lo mejor que puedan ser para usted y su familia.

Calificaciones del Proveedor

Tiene derecho a ver información sobre su médico, especialista u otro proveedor. Puede encontrar el nombre, dirección, número de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad y estatus de certificación de la junta usando nuestra herramienta Find-A-Provider (Buscar un proveedor) en mhsindiana.com. Para obtener información sobre la escuela de medicina o residencia de un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Nuestras listas se actualizan cada vez que se produce un cambio. O puede llamarnos y pedir una lista de proveedores para que le envíen por correo.

“Queremos escuchar lo que piensa sobre MHS y su cuidado. Si recibe una encuesta para miembros, asegúrese de participar.”



Jessica Parks
Directora, Relaciones
COMunitarias

QUEJAS, PROTESTAS Y APELACIONES

Esperamos que nuestros miembros siempre estén contentos 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 con respecto a su atención médica. Tenemos los pasos necesarios para resolver cualquier problema que pueda tener.

Quejas

Para presentar una queja, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. MHS toma sus quejas en serio. Registramos su queja y hacemos un seguimiento con usted acerca de cómo podemos ofrecerle un mejor servicio. MHS responderá a su queja con una resolución dentro de 24 horas. Si no está satisfecho con la manera en que se maneja su queja, o tomó más de 24 horas, su queja se convertirá automáticamente en una protesta.

Protestas

Usted o un representante pueden presentar una protesta ante MHS por escrito, llamando o en persona dentro de los 60 días calendario del asunto que es el sujeto de la queja.

Por Escrito: MHS Appeals, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244

Por Teléfono: Servicios para Miembros de MHS al, 1-877-647-4848

En persona: 550 N. Meridian St., Ste 101, Indianapolis, IN 46204

Una protesta por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma
- Su número de ID de miembro
- Las razones de su descontento
- Cómo quiere que MHS lo ayude

Puede presentar copias de documentos que ayudan a apoyar su caso en persona o por escrito.

MHS le enviará una carta dentro de tres días hábiles para decirle que tenemos su queja en el archivo. La carta incluye sus derechos y los siguientes pasos que puede tomar. Todas las protestas se responden dentro de los 30 días corridos. La resolución se le envía por escrito en un plazo de 30 días naturales. MHS puede pedir 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le informaremos por después de que finalicen los 30 días calendario. Puede solicitar una protesta acelerada si cree que una protesta estándar podría poner seriamente en peligro su vida o inhibir su capacidad para recuperar la máxima función. Usted puede presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión.

Si no está satisfecho con la resolución, tiene derecho a apelar.

Apelaciones

Una apelación es cuando usted, su proveedor o su representante no están satisfechos con el resultado de una decisión tomada por MHS y desean tomar medidas. Esto puede deberse a que usted no está satisfecho con los resultados de una protesta que presentó, O porque no está satisfecho con una decisión tomada por MHS cuando su médico pidió autorización previa o aprobación previa para algún tratamiento, terapia, equipo médico u otro servicio médico. Para nombrar a un representante o a su proveedor, envíe a MHS una carta firmada o un formulario de consentimiento indicando quién será su representante.

Las apelaciones deben ser presentadas dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en la carta informándole acerca de la decisión. Usted o su representante pueden escribir, llamar por teléfono, enviar por fax o correo electrónico la solicitud de apelación y dar su consentimiento (si es un representante) a:

Por Escrito: MHS Appeals, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244

Por Teléfono: Servicios para Miembros de MHS o Apelaciones de MHS al, 1-877-647-4848

Por Fax: 1-866-714-7993

Por Correo Electrónico: appeals@mhsindiana.com

QUEJAS, PROTESTAS Y APELACIONES

Su apelación por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma
- Su número de ID de miembro
- Las razones de su descontento
- Cómo quiere que MHS lo ayude

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

MHS se comunicará con usted en un plazo de tres días hábiles para informarle que hemos recibido la solicitud. Su caso será asignado a una persona con las calificaciones adecuadas para revisar su caso, tal como un médico o administrador. La persona asignada no habrá participado en la decisión original ni en la decisión de la revisión anterior.

Todas las apelaciones se responden dentro de los 30 días corridos. La resolución se le envía por escrito en un plazo de 30 días naturales. MHS puede pedir 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le informaremos por después de que finalicen los 30 días calendario.

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede tener derecho a una revisión externa e independiente.

Revisión Acelerada

Si esperar el tiempo regular para la respuesta a la apelación lo pondría en riesgo de lesiones corporales graves, puede pedir a MHS que considere hacer una revisión extra rápida. Esto se denomina “revisión acelerada”. Para solicitar una revisión acelerada, llame o escriba a MHS tan pronto como sea posible. MHS resuelve revisiones urgentes en un plazo de dos días naturales (48 horas).

Revisión Externa Independiente y Audiencia Estatal Imparcial

Revisión Externa Independiente

Se pueden solicitar revisiones externas e independientes para las decisiones tomadas por la Dirección Médica de MHS o la Gerencia de Utilización de MHS:

- Según la necesidad médica, o
- El servicio solicitado es experimental o de investigación

Antes de solicitar la revisión, el miembro debe completar el proceso de protesta y apelación. Para solicitar una revisión, llame o escriba a MHS dentro de los 120 días calendario de su decisión de apelación. MHS enviará el expediente completo del caso a una agencia de revisión externa e independiente que esté registrada en el Departamento de Seguros de Indiana y no tenga conexión con MHS. La agencia de revisión independiente tendrá un médico de la misma especialidad que revisará el caso. Ellos enviarán su respuesta al miembro y a MHS dentro de 72 horas para una apelación acelerada, o 15 días hábiles para una apelación estándar. MHS pagará por esta revisión. Un miembro puede solicitar una revisión externa por parte de una IRO, y tal proceso puede llevarse a cabo simultáneamente con una audiencia estatal imparcial.

Audiencia Estatal Imparcial

Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial en la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana. Para obtener ayuda para solicitar una audiencia estatal imparcial, comuníquese con Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 o escriba directamente a la FSSA dentro de los 120 días calendario de agotar los procedimientos de apelación de MHS:

Office of Administrative Law Proceedings
402 W. Washington St., Room E034
Indianapolis, IN 46204-2273.

Atención durante las Apelaciones

Usted sigue siendo nuestro miembro durante una apelación. Continuará recibiendo todos los servicios de atención médica cubiertos para su paquete de beneficios. Y MHS continuará cubriendo la atención que usted está apelando hasta que se tome la decisión final. Si la decisión final sobre su apelación es negar los servicios, es posible que deba pagar por esos servicios cubiertos.

Sus Opciones y Derechos de Apelación

Si MHS toma una decisión sobre su cuidado y usted no está de acuerdo, como miembro de MHS, usted tiene derecho a pedirnos que revisemos la determinación:

- Puede escribir o llamar a MHS para presentar una apelación y pedirnos que revisemos la decisión. Debe comunicarse con nosotros dentro de los 60 días naturales a partir de la fecha en que MHS tomó su decisión. Si no cumple esa fecha límite, no se podrá revisar el caso.
- Puede pedirle a MHS que lo ayude. Si nos llama, MHS le ayudará a llenar una apelación de miembro.
- Puede enviar documentación médica de MHS, declaraciones u otra evidencia, o cualquier alegación de hecho o conclusiones de la ley que usted crea que debemos saber. Puede pedir a su médico tratante o a su médico de atención primaria que nos envíe información que usted cree que deberíamos tener.
- Puede pedirle a alguien que lo represente, como su médico o un abogado, un miembro de su familia u otra persona en la que confíe. Para nombrar a un representante, envíe a MHS una carta o nota firmada en la que se indique el nombre de la persona, su relación y cómo contactarla. No es necesario que nombre a un representante si no lo desea.
- Si usted cree que esperar el tiempo normal para la respuesta a su apelación afectará su vida o salud, puede pedir a MHS que considere hacer una revisión extra rápida del caso, llamada “revisión acelerada”. Debe llamar o escribir a MHS para pedir esto lo más pronto posible.
- Puede participar en la resolución del caso mediante la presentación de la documentación que desee revisar y reuniones con el comité que está revisando el caso, ya sea en persona o por teléfono. Debe informarnos con anticipación, cuando nos llame o escriba, si planea participar. Es posible que la persona a la que ha nombrado como representante se una a usted para participar en la resolución del caso.
- Puede revisar cualquier historia clínica que MHS tenga registrada, y puede revisar el expediente del caso antes y durante el proceso de apelación sin costo alguno. Para pedir ver la información, llame o escriba a MHS.
- Puede comunicarse con Servicios para Miembros de MHS para verificar el estado de su caso por teléfono al 1-877-647-4848 o por Internet en mhsindiana.com/contact-us.
- Si no está satisfecho con los resultados de la revisión de su caso por parte de MHS, tiene derecho a pasar al siguiente nivel de apelación, incluida la revisión independiente, la audiencia estatal imparcial o ambas.

Decisiones Médicas

Los proveedores y el personal de MHS toman decisiones acerca de los tratamientos para nuestros miembros basándose en proporcionar la mejor atención y servicio posible. MHS no recompensa a ningún proveedor, médico o miembro de su personal por negar o reducir servicios o pagos. MHS no recompensa ni paga a los médicos ni al personal de MHS para evitar que reciba menos atención de la que necesita.

MHS no toma decisiones de cobertura basadas en creencias morales o religiosas. Usted puede tener una petición que un médico u hospital no puede seguir debido a sus creencias morales o religiosas. Si eso sucede, el médico o el hospital debe decírselo para que usted pueda decidir si desea que un médico u hospital diferente le cuide. Si tiene una directiva anticipada (vea esta sección) y su médico no sigue sus deseos, puede presentar una queja ante la Agencia de Certificación y Encuesta del Estado de Indiana.

Incentivos Médicos

MHS proporciona incentivos para los médicos basados en la calidad de la atención médica que se proporciona a nuestros miembros. Por ejemplo, se anima a los pediatras a asegurarse de que los niños reciban inmunizaciones (vacunas). No damos incentivos a los médicos de MHS por no proporcionar atención médica. Para obtener información más detallada sobre los planes de incentivos de MHS para médicos, llame a MHS Quality Improvement al 1-877-647-4848.

Directivas Anticipadas

Las directivas anticipadas se refieren a sus instrucciones habladas y escritas acerca de su futura atención médica y tratamiento. Al declarar sus opciones de atención médica en una directiva anticipada, ayuda a su familia y a su médico a entender sus deseos acerca de su atención médica. La ley de Indiana presta especial atención a las directivas anticipadas. Las directivas anticipadas son normalmente uno o más documentos que mencionan sus opciones de atención médica para cuando no puede tomar las decisiones por usted mismo. Con las directivas anticipadas, puede:

- Hacerle saber a su médico si desea o no utilizar máquinas de soporte vital
- Hacerle saber a su médico si le gustaría ser un donante de órganos
- Darle permiso a otra persona para decir “sí” o “no” a sus tratamientos médicos

Las directivas anticipadas solo se utilizan si no puede hablar por sí mismo. No le quita su derecho a hacer una elección diferente si más adelante puede hablar por sí mismo. Hay muchas maneras de hacer directivas anticipadas:

- Hable con su médico y su familia
- Elija a alguien para que hable o decida por usted, conocido como un representante de atención médica
- Poder notarial y/o testamento en vida

Para obtener 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>

Nuevos Tratamientos y Tecnologías

MHS tiene un grupo de médicos y personal que regularmente examinan nuevos servicios, tratamientos y medicamentos que están disponibles para ayudar a asegurar que usted reciba una buena atención.

Aviso sobre MHS como Segundo Pagador

En ocasiones, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si sufrió un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo, el seguro o la Compensación para Trabajadores tiene que pagar primero.

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

Derecho de Subrogación de MHS

La subrogación es el proceso mediante el cual MHS recupera parte o la totalidad de los costos de su atención médica de otra aseguradora o parte responsable. Los ejemplos incluyen:

- El seguro de su vehículo o el de su hogar
- El seguro del vehículo o el del hogar de la persona que causó su enfermedad o lesión
- Compensación para trabajadores

Aviso sobre MHS como Segundo Pagador (continuación)

Si una empresa aseguradora que no es MHS debe pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, MHS tiene el derecho de recibir dicho pago por parte de esa empresa aseguradora. MHS está subordinada a cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra una tercera persona que le haya causado su enfermedad o lesión, O cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra otro plan de seguro, como cualquier cobertura de automovilistas sin seguro, cobertura de automovilistas con seguro insuficiente, cobertura de paraguas personal, cobertura de pagos médicos, cobertura de seguro de automóvil sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro de primera parte. A menos que la ley requiera lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza por parte de MHS será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le proporcione cobertura para los servicios de atención médica.

Derecho de Reembolso de MHS

Si recibe dinero de una demanda o un acuerdo legal por una enfermedad o lesión, MHS tiene el derecho de pedirle que le reembolse el costo de los servicios cubiertos por los que pagó. No podemos pedirle que reembolse un monto superior al que recibió de la demanda o del acuerdo legal.

Sus Responsabilidades

Como miembro de MHS, usted acepta lo siguiente:

Informarnos sobre cualquier acontecimiento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de MHS.

Cooperar con MHS cuando esta solicite información y asistencia con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso.

Firmar documentos para ayudar a MHS a ejercer sus derechos de subrogación y reembolso.

- Autorizar a MHS a investigar, solicitar y divulgar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida permitida por la ley.
- Pagar todas esas cantidades a MHS recuperadas por demanda, acuerdo o de otro modo de cualquier tercera persona o su aseguradora, o de su aseguradora, como cualquier cobertura de automovilistas sin seguro, cobertura de automovilistas con seguro insuficiente, cobertura general personal, cobertura de pagos médicos, cobertura de seguro de automóvil sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro de primera parte en la medida de los beneficios proporcionados bajo la cobertura, hasta el valor de los beneficios proporcionados.
- Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagar los costos en los que incurramos en el cumplimiento de nuestros derechos en virtud de este plan, incluidos los honorarios razonables de los abogados.

Fraudes, Dispendios y Abusos en el Programa

Prevenir y limitar el desperdicio, el fraude y el abuso ayuda a proteger los programas de atención médica que le sirven a usted y a su familia. Si cree que un miembro del plan o un proveedor ha cometido desperdicio, abuso o fraude, tiene el derecho y la responsabilidad de reportar esto. Entre los ejemplos de fraude o abuso de miembros se incluyen:

- Un miembro que permite que otra persona use su tarjeta de ID del miembro para obtener atención médica
- Un miembro que busca que el plan pague los medicamentos que no necesita

Entre los ejemplos de fraude o abuso de proveedores se incluyen:

- Un proveedor que ordena pruebas innecesarias.
- Un proveedor que ordena DME que no necesita.

Su seguridad y bienestar son muy importantes para todos nosotros. Si usted o su familia tienen alguna preocupación, llámenos de inmediato. Si cree que un proveedor, miembro u otra persona está usando mal el programa, comuníquenoslo inmediatamente. MHS se toma en serio la búsqueda y denuncia de desperdicio, fraude y abuso. Llame a nuestra línea directa gratuita y confidencial al 1-866-685-8664. También puede llamar a la línea gratuita confidencial de la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana al 1-800-403-0864. No tendrá que proporcionar su nombre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE MHS

Como miembro de MHS, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información acerca de MHS, así como los servicios de MHS, médicos, proveedores y sus derechos y responsabilidades. Le enviaremos un manual para miembros cuando sea elegible y un boletín para miembros cuatro veces al año. Además, encontrará información detallada sobre MHS en nuestro sitio web en mhsindiana.com. También puede llamar a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.
- Obtener información sobre la estructura y operación de MHS
- Ser tratado con respeto y con consideración por su dignidad y privacidad
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de una manera apropiada para su afección y capacidad de entender
- Una discusión sincera acerca de las opciones de tratamiento médicamente necesarias y apropiadas, independientemente del costo de la cobertura de beneficios
- Participar con los profesionales en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, como se especifica en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y aislamiento
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos según lo permitido en las regulaciones federales de privacidad de atención médica
- Expresar sus quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que proporciona
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de Derechos y Responsabilidades de los Miembros
- Una fuente continua de atención primaria apropiada a sus necesidades y una persona designada formalmente como la principal responsable de coordinar sus servicios de atención médica
- Ayuda personalizada del personal de MHS para que pueda asegurarse de que recibe la atención necesaria, especialmente en los casos en que usted o su hijo tengan “necesidades especiales de atención médica”, como tratar con una enfermedad a largo plazo o una afección médica grave. Nos aseguramos de que usted tenga fácil acceso a toda la atención necesaria y le ayudaremos a coordinar la atención con varios médicos y a conseguir que los administradores de casos participen para que las cosas le resulten más fáciles. Si se ha determinado que usted tiene una necesidad especial de atención médica por una evaluación bajo 42 CFR 438,208(c)(2) que requiere un curso de tratamiento o supervisión regular de la atención, trabajaremos con usted para proporcionarle acceso directo a un especialista según sea apropiado para su afección y necesidades.
- Tener acceso a los servicios cubiertos
- Tener servicios disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana cuando dicha disponibilidad sea médicamente necesaria
- Obtener una segunda opinión de un profesional de la salud calificado sin costo alguno. Si la segunda opinión es de un proveedor fuera de la red, el costo no será mayor que si el proveedor estuviera dentro de la red.
- Acceso directo a especialistas en salud de la mujer para la atención rutinaria y preventiva, como planificación familiar, exámenes anuales para la mujer y servicios obstétricos, sin la aprobación del MHS o de su médico del MHS. Esto incluye control de la natalidad, pruebas de VPH, pruebas de clamidia y pruebas anuales de Papanicolaou.
- Recibir una notificación por escrito de una decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o autorizar un servicio en una cantidad, duración o alcance inferior a la solicitada. Usted recibirá esta información tan pronto como sea necesario para que sus necesidades médicas sean satisfechas y el tratamiento no se retrase. No pondremos en peligro su afección médica a la espera de la aprobación de los servicios. Las autorizaciones se revisan en función de sus necesidades médicas y se hacen de acuerdo con los plazos estatales.

Como miembro de MHS, tiene las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar la información (en la medida de lo posible) necesaria por MHS, sus médicos y otros proveedores de atención médica para que puedan cuidar adecuadamente de usted
- Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus profesionales
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas, en la medida de lo posible

PALABRAS Y ACRÓNIMOS A SABER

Administración de Casos	Programas de MHS para miembros con afecciones especiales de salud que ayudan a los miembros a manejar sus afecciones por medio del contacto rutinario y la ayuda de MHS.
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA)	Una agencia paraguas responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana; incluye la Oficina de Políticas y Planificación de Medicaid, División de Envejecimiento, División de Recursos Familiares, Oficina de Infancia Temprana y Aprendizaje fuera de la escuela, Indiana 211, la División de Salud Mental y Adicción, y la División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación.
Autorización Previa (PA)	Una decisión de su seguro de salud o plan de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamentos recetados o equipo médico duradero es médicamente necesario.
Autorremisión	Un servicio cubierto que un miembro puede obtener sin la aprobación de su médico de MHS, MHS o cualquier otra persona. Un miembro puede autorreferir para servicios especiales que no requieren revisión previa al servicio por parte de MHS o el Proveedor Médico Primario (PMP).
Beneficio	Cobertura de servicios de atención médica que un miembro de Medicaid recibe para el tratamiento de enfermedades, lesiones u otras afecciones permitidas por el Estado.
Costos Compartidos	Los costos que un miembro es responsable de pagar los servicios de salud cuando está cubierto por el seguro de salud.
División de Recursos Familiares (DFR)	Una División de la Administración de Servicios Familiares y Sociales. La agencia estatal que ofrece ayuda con capacitación laboral, asistencia pública, asistencia nutricional suplementaria y otros servicios. Los miembros pueden llamar a un agente de inscripción al 800-889-9949.
EPSDT	Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos. Estas son una serie de pruebas que su hijo necesita recibir desde el nacimiento hasta los 21 años de edad para ayudarlo a evitar enfermarse o detectar problemas potenciales de salud de manera temprana para que puedan ser tratados.
Evaluación de Necesidades de Salud (HNS)	Los miembros deben completar un cuestionario dentro de los 90 días siguientes a la afiliación a MHS para que MHS esté al tanto de las afecciones de salud del individuo. Esto permite a MHS adecuar las necesidades de los miembros con los programas y servicios adecuados.
Explicación de los Beneficios (EOB)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y cualquier pago realizado para esos gastos.
Healthy Indiana Plan (HIP)	Healthy Indiana Plan es un programa de seguro de salud asequible del Estado de Indiana para adultos sin seguro Hoosiers de 19 a 64 años de edad.
Hoosier Care Connect (HCC)	Hoosier Care Connect es un programa de atención médica para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas y que tampoco son elegibles para Medicare.
Hoosier Healthwise (HHW)	Programa de atención médica Medicaid de Indiana para niños de hasta 19 años de edad y mujeres embarazadas.
Ingresos	En términos de elegibilidad, dinero que usted gana a través de un trabajo, auto-empleo (ingreso ganado), o dinero que se le paga directamente, tal como SSI o SSDI (ingreso no ganado).
LCP	La compañía MHS utiliza para proporcionar transporte a los miembros elegibles.
Línea de Asesoramiento de Enfermería de MHS	La línea de Asesoramiento de Enfermería de MHS es la línea telefónica de asesoramiento médico de MHS que cuenta con personal de enfermería registrado. La línea de asesoramiento 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.
Medicaid	Un programa que ofrece seguro de salud a ciertas familias de bajos ingresos, personas con discapacidades y personas de edad avanzada con recursos financieros limitados. Medicaid está financiado por el Gobierno federal y estatal.
MHS	Servicios de Salud Administrados, abreviado MHS
Miembro Elegible	Persona certificada por el Estado como elegible para asistencia médica.
Miembro	Una persona que ha elegido MHS como su plan de cobertura de salud y obtiene sus beneficios a través de MHS.

PALABRAS Y ACRÓNIMOS A SABER

Medicamento Necesario	Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados.
Número de Identificación de Destinatario (RID)/ Número de Identificación de Miembro (MID)	El número único asignado a un miembro que es elegible para los servicios de Medicaid. Este número se encuentra en la parte delantera de su tarjeta de identificación de Medicaid.
OTC	De Venta Libre; se refiere a medicamentos como medicamentos para el resfriado y aspirina que se pueden comprar sin receta.
Package C del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) de HHW	Parte de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 que incluye una expansión del programa Medicaid que extiende la cobertura a niños de cero a 19 años de edad cuyos ingresos familiares son el Nivel Federal de Pobreza (FPL). CHIP también se conoce como el Package C de Hoosier Healthwise.
PDL	Lista de Medicamentos Preferidos. Su beneficio de farmacia tiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). La PDL muestra algunos de los medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia.
PHI	Información de Salud Protegida. Se trata de información sobre usted y su salud que debe mantenerse de forma segura y está sujeta a leyes que detallan quién puede ver la información y bajo qué circunstancias.
PMP	Proveedor Médico Primario, su médico de MHS. Un pediatra, médico de cabecera, médico de familia, internista o a veces un obstetra/ginecólogo que ha contratado con MHS para proporcionar atención primaria a los miembros y para referir, autorizar, supervisar y coordinar la provisión de beneficios. Los profesionales de enfermería y los asistentes médicos asociados con un proveedor médico primario contratado pueden ver a miembros que buscan atención primaria.
Programa de Pago de Reclamaciones Previas	El Programa de Pago de Reclamaciones Previas está dirigido a las personas que cumplen los requisitos de la Sección 1931 y reembolsa a los proveedores por los costos de los servicios prestados antes de su fecha efectiva de cobertura. Llame al 800-457-4584 para verificar la disponibilidad.
Programas de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP)	El nombre usado para describir todos los programas de asistencia de salud pública de Indiana, tales como Medicaid, HIP y Package C (CHIP) de HHW.
Proveedor	Cualquier profesional médico, dental o de salud conductual que pueda proporcionar atención a nuestros miembros. La mayoría de las veces se refiere a médicos (doctores).
Servicio Cubierto	Servicios médicos obligatorios requeridos por CMS y servicios médicos opcionales aprobados por el Estado que son pagados por Medicaid. Ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de medicamentos recetados y las visitas al consultorio médico.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Entrada en vigor: 03.01.2021

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-877-647-4848.
Personas con discapacidad auditiva TTY: 1-800-743-3333.
For help to translate or understand this, please call
1-877-647-4848. (TTY 1-800-743-3333).

Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Managed Health Services (MHS) es una entidad cubierta según se define y regula en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). MHS tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su Información Médica Protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una infracción de la seguridad de su PHI no protegida.

Esta Notificación describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y administración de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

MHS se reserva el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. MHS revisará y distribuirá este Aviso con prontitud siempre que se produzca un cambio importante en lo siguiente:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación.

Las notificaciones revisadas se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica

MHS protege su PHI. Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI.

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.
- Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento - Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previas relacionadas con sus beneficios.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Pago - Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Reglas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir

- procesar reclamaciones
- determinar la elegibilidad o cobertura de las reclamaciones
- emitir facturas de primas
- revisar los servicios para determinar las necesidades médicas
- realizar una revisión de utilización de las reclamaciones

Operaciones de Atención Médica - Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:

- proporcionar servicios a los clientes
- responder a quejas y apelaciones
- brindar administración de casos y coordinación de la atención
- realizar una revisión médica de las reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejora

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejora
- revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- administración y coordinación de casos
- detección o prevención de fraude y abuso en la atención de la salud.

Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal - Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI

Actividades de Recaudación de Fondos – Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Propósitos de Suscripción – Podemos usar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para tomar una decisión sobre una petición o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.

Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento - Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Según lo Requiera la Ley - Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.

Actividades de Salud Pública - Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.

Víctimas de Abuso y Negligencia - Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, si consideramos razonablemente que hubo abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos Judiciales y Administrativos - Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:

- una orden de un tribunal
- tribunal administrativo
- una citación
- órdenes de comparecencia
- orden judicial
- solicitud de presentación de pruebas
- solicitud legal similar.

Aplicación de la Ley - Podemos divulgar su PHI relevante para la aplicación de la ley cuando se nos exija hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:

- una orden judicial
- una orden de detención del tribunal
- una citación
- órdenes de comparecencia emitidas por un funcionario judicial
- una citación del gran jurado

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

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias - Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.

Donación de Órganos, Ojos y Tejidos - Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a personas que trabajan en adquisiciones, actividades bancarias o trasplantes de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

Amenazas a la Salud y la Seguridad - Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Funciones Gubernamentales Especializadas - Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:

- a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional
- a actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
- a los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.

Compensación de Trabajadores - Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la falta.

Situaciones de Emergencia - Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, amigo personal cercano, agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado.

Reclusos - Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.

Investigación - En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

Venta de la PHI: le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. "Venta de PHI" significa que recibimos un pago por divulgar la información médica personal.

Comercialización – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de Psicoterapia – Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Derechos Individuales

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Derecho a Solicitar Restricciones - Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como de divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que usted solicita y a quién se aplican las restricciones. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.

Derecho a Acceder y Recibir una Copia de su PHI - Usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenidas en un conjunto de registros designado. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si las razones de la denegación pueden revisarse y cómo solicitar tal revisión o si la denegación no puede revisarse.

Derecho a Modificar su PHI - Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios de su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.

Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos dentro del período de los últimos 6 años en los que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o divulgaciones que usted autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

Derecho a Presentar una Queja - Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de este Aviso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación - Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la lista de información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

MHS
Attn: Privacy Official
550 N. Meridian Street, Suite 101
Indianapolis, IN 46204
1-877-647-4848
TDD: 1-800-743-333

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Managed Health Services (MHS) cumple con las leyes federales vigentes sobre los derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MHS:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra de mayor tamaño, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que MHS no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja 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 queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda a fin de presentar una queja, MHS está disponible para brindarle asistencia. También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono mediante la siguiente información: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ESLÓGANES DE IDIOMA

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 ဖုန်းသက်ပါ။
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 दुआधिये 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

NOTAS

NOTAS





**Asegúrese. Mantenga su Salud. Obtenga Recompensas.
Obtenga Más con MHS.**

¡Comience a obtener recompensas ahora! Complete la Evaluación de Necesidades de Salud para que se le añadan \$30 a su tarjeta de My Health Pays®.
Obtenga más información en la página 8.

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