

**LO TENEMOS  
CUBIERTO.**



## Manual para Miembros

Información importante para usted y su familia.



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

VOLUMEN 24  
0223.MA.M.JB





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](http://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 el Healthy Indiana Plan (HIP). 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 Doctor** 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. **Puede ganar una recompensa de My Health Pays® de \$15 por usar su cuenta del portal para elegir un médico dentro de los primeros 30 días como miembro.**



**Acudir a su Doctor** 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.



**Si Está Embarazada, puede Obtener una Recompensa en My Health Pays® si Envía un formulario de Notificación de Embarazo** a MHS dentro de su primer trimestre (\$50) o dentro de su segundo trimestre (\$25). **Envíe la solicitud a través del 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

<b>Su Equipo de MHS</b> .....	6	
<b>Le Damos la Bienvenida a MHS</b> .....	7	
Cómo comunicarse con nosotros, cómo obtener asistencia lingüística, dónde encontrar información sobre sus beneficios en línea y mucho más.		
<b>Su Año de Cobertura</b> .....	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.		
<b>Servicios Cubiertos por Healthy Indiana Plan (HIP)</b> .....	12	
<b>Programas de Pruebas, Exámenes de Detección e Inmunizaciones</b> .....	14	
Recomendaciones para niños y adultos.		
<b>Cuenta de POWER</b> .....	21	
<b>Servicios y Programas de Salud Conductual Cubiertos</b> .....	24	
<b>Beneficios Dentales y de la Vista</b> .....	26	
<b>Servicios de Farmacia</b> .....	28	
<b>Dónde y Cuándo Acudir para Recibir Atención</b> .....	30	
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.		
<b>Sala de Emergencias: Cuándo Ir</b> .....	34	
<b>Cobertura para Atención fuera de Indiana o de Proveedores fuera del Plan</b> .....	36	
<b>Programas de Atención y Administración de Casos</b> .....	37	
Información sobre los programas de administración de la salud ofrecidos a todos los miembros de MHS y cómo unirse. Incluye afecciones crónicas como la diabetes, el embarazo y First Year of Life, Right Choices, el abandono del hábito de fumar y mucho más.		
<b>Servicios Especiales de MHS</b> .....	41	
Healthy Kids Club, MemberConnections, teléfono celular SafeLink, Member Advisory Council y más.		
<b>Transporte</b> .....	41	
Obtenga viajes gratuitos al médico y a la farmacia.		
<b>Programa de Recompensas My Health Pays®</b> .....	42	
¡Obtenga más con MHS! Obtenga recompensas por actividades saludables.		
<b>Cambios y Redeterminación del Plan</b> .....	45	
Cómo mantener sus beneficios.		
<b>Programa para el Mejoramiento de la Calidad</b> .....	46	
<b>Quejas, Reclamos y Apelaciones</b> .....	47	
Revisión Externa Independiente y Audiencia Estatal Imparcial.....		48
Derechos y opciones de apelación .....		49
<b>Avisos Importantes</b> .....	50	
Decisiones médicas .....		50
Fraudes, Dispendios y Abusos.....		51
<b>Derechos y Responsabilidades de los Miembros</b> .....	52	
<b>Palabras y Acrónimos a Saber</b> .....	53	
<b>Prácticas de Privacidad</b> .....	55	
<b>Declaración de No Discriminación</b> .....	61	
<b>Eslóganes de Idioma</b> .....	62	

## SU EQUIPO DE MHS

El personal de MHS está aquí para ayudarlo a tener la mejor atención a través de su elegibilidad con el Healthy Indiana Plan. 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,  
Administración de Casos



**Dr. Eric A. Yancy**  
Director Médico  
y Pediatra

### Codificación de Colores de los Planes HIP en este Manual

Dependiendo de su estado de ingresos, estado de embarazo y si paga una contribución mensual, puede estar en uno de varios planes de HIP.

Para ayudarlo a mostrar las diferencias en su manual, hemos codificado por colores estos planes:

-  **Naranja: HIP Plus**
-  **Azul: HIP Basic**
-  **Verde: HIP State Plan (Plus y Basic)**
-  **Rosa: HIP Maternity**

Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro de en qué plan está, puede iniciar sesión en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com) para averiguarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-877-647-4848.

# 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](http://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 41]
- 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, 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](http://FSSABenefits.IN.gov), cree una cuenta o haga clic en “Report a Change” (Informar de un cambio).

Al informar del cambio, es posible que pueda solicitar un nuevo cálculo de la cantidad de contribución de su Cuenta de POWER. Obtenga más información sobre esto en la página 21.”

### 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 de MHS 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](http://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](http://mhsindiana.com), o en las páginas de Facebook o Twitter de MHS. Estas son algunas páginas importantes de nuestro sitio web:

*“MHS puede proporcionar un intérprete en persona para todos los idiomas, incluso para aquellos que utilizan 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

# LE DAMOS LA BIENVENIDA A MHS

- **mhsindiana.com/HIPscreening**

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 40.

- **For Members (Para Miembros) > Healthy Indiana Plan > Benefits & Services (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.

- **For Members (Para Miembros) > Healthy Indiana Plan > Health & Wellness (Salud y bienestar)**

Nuestra biblioteca de salud gratuita le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas de salud. 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.

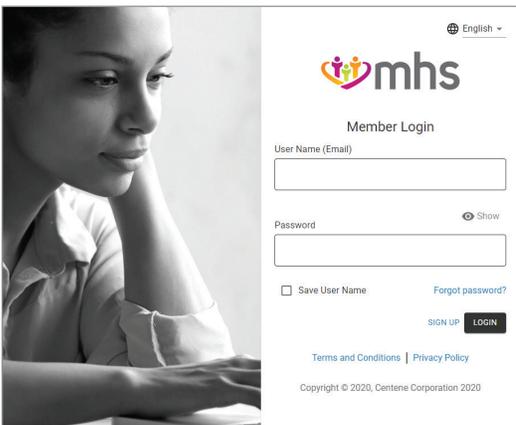
- **mhsindiana.com/contact-us**

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.*”

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**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 a [mhsindiana.com/HIPscreening](http://mhsindiana.com/HIPscreening), llame al Departamento de Administración de Casos de MHS y solicite la encuesta, o vaya a un kiosco de farmacia de Walmart.

### 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](http://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
- Endocrinólogo

Por último, ¡háganos saber su elección! Puede hacerlo de una de estas dos formas:

- Elija a su médico a través de su cuenta del portal seguro para miembros en [mhsindiana.com/login](http://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 la página 12 para ver un calendario de exámenes anuales exámenes de detección e inmunizaciones.

Como miembro de **HIP Plus** o **HIP State Plan Plus** obtener ciertos exámenes y exámenes preventivos le ofrece descuentos de HIP, buenos para su próximo año de beneficios. Obtenga más información en la página 14.

## Conserve sus Beneficios

Como su socio de salud, queremos que siga recibiendo beneficios si los necesita. HIP ahora hace coincidir su plan de salud elegido con el año calendario. Usted escogerá su plan de salud una vez al año y seguirá con ese plan de salud todo el año, de enero a diciembre. Este es su año de beneficios. Incluso si deja el programa y regresa durante el año, permanecerá con el mismo plan de salud. Cada otoño, del 1 de noviembre al 15 de diciembre, usted tendrá la oportunidad de cambiar su plan de salud para el próximo año de beneficios. Puede hacer esto llamando al 1-877-GET-HIP-9 y dejándoles saber que desea elegir un nuevo plan de salud para el próximo año. Si está contento con MHS, ¡no haga nada! Se le volverá a inscribir automáticamente con nosotros para el próximo año.

Esto no cambia su período de elegibilidad para el programa. Todavía tiene que pasar por su proceso de redeterminación cada 12 meses. Esto ocurrirá en función del mes en que usted ingresó al programa. Recibirá un recordatorio de que es hora de su redeterminación de elegibilidad. Si no responde como se le indica, podría perder la cobertura.

**Año de Beneficios:** de enero a diciembre. Sus límites de beneficios y su cuenta de POWER se restablecen cada enero.

**Período de Elegibilidad:** 12 meses que comienzan cuando usted es aprobado para la cobertura. Esto puede ser diferente para cada persona.

Cuarenta y cinco días antes del final de su período de elegibilidad de 12 meses, el Estado comenzará un proceso para ver si usted todavía es elegible para HIP. Durante este período de 45 días, el Estado le solicitará información adicional para determinar su elegibilidad continua. **Debe completar y devolver la información solicitada para seguir siendo elegible.**

Si actualmente se encuentra en el programa **HIP Basic**, tendrá la oportunidad de escalar del **HIP Basic** al **HIP Plus** pagando una contribución requerida a su Cuenta de POWER. Recuerde, los miembros de **HIP Plus** no pagan copagos y tienen mayores beneficios, incluyendo cobertura dental, de visión y quiropráctica. Obtenga más información sobre **HIP Plus** en la página 15.

¿Sabe la fecha de su redeterminación? Llame a su trabajador social estatal o al Centro de Servicio de FSSA al 1-800-403-0864 para obtener ayuda.

## Muestre Siempre su Tarjeta de Identificación de Miembro

Debe mostrar su tarjeta de ID de miembro de MHS 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. Su tarjeta se verá así:



**HIP Basic, Plus, State Plan  
y Maternity**

## 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, recuerde hablar con un trabajador social del Estado para actualizar su información.

## Servicios Cubiertos

Un servicio cubierto es un servicio que se paga bajo sus beneficios de salud a través de Healthy Indiana Plan. 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 un pago de contribución mensual y copagos que usted debe pagar.

## Sus Beneficios

El Healthy Indiana Plan (HIP) proporciona seguro de salud asequible para adultos Hoosiers sin seguro entre las edades de 19-64. El programa está patrocinado por el Estado. Ofrece beneficios completos de salud como servicios hospitalarios, atención de salud mental, servicios médicos, recetas y exámenes de diagnóstico.

Dependiendo de su estado de ingresos, estado de embarazo, y si usted paga una contribución mensual, usted puede estar en uno de varios planes HIP, como **HIP Plus**, **HIP Basic**, **HIP State Plan** y **HIP Maternity**. Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro de en qué plan está, puede averiguarlo a través de su cuenta del portal seguro en [mhsindiana.com/login](https://mhsindiana.com/login). También puede comunicarse con el Servicios para Miembros al 1-877-647-4848

La siguiente cuadrícula de beneficios enumera si el beneficio está cubierto para todos los planes HIP. Si un beneficio determinado solo está disponible para algunos planes HIP, se enumeran dichos planes.

BENEFICIO	COBERTURA
Terapias autorizadas: físicas, del habla, ocupacionales y respiratorias	Cubierta
Servicios/suministros quiroprácticos	HIP Plus, State Plan Plus y Maternity
Atención continua después de las estancias hospitalarias (después de la estabilización)	Cubierta
Procedimientos cosméticos	No
Evaluación y tratamiento del retraso del desarrollo	No
Tiras de diabetes, control de azúcar en la sangre	Cubierta
Visitas al médico (servicios de su PMP/médico de familia)	Cubierta
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Cubierta
Cuidado de los pies	Cubierto con restricciones*
Servicios gratuitos de viaje a visitas al médico, farmacia, atención de emergencia y citas de redeterminación de Medicaid	State Plan y Maternity
Audífonos (1 por miembro cada 5 años)	Cubierta
Cuidado de la salud a domicilio	Cubierta
Cuidados paliativos	Cubierta
Hospitalizaciones	Cubierta
Laboratorio/rayos X	Cubierta
Equipo y suministros médicos	Cubierta
Servicios nuevos o experimentales o terapias alternativas	No
Ortopedia: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos, prótesis	Cubierta
Recetas (puede ser necesario un copago)	Cubierta
Remisiones a especialistas	Cubierta
Cuidado dental de rutina	19-20 años, HIP Plus, State Plan y Maternity
Cuidado de la vista de rutina (óptico)	19-20 años, HIP Plus, State Plan y Maternity
Cirugías (ambulatorias)	Cubierta
Pruebas para determinar si tiene una afección de salud (diagnóstico)	Cubierta
Tratamiento para problemas de aprendizaje, resolución de problemas o memoria	State Plan
Chequeos del niño sano (detección, diagnóstico y tratamientos periódicos tempranos)	Cubierto (hasta el mes del cumpleaños 21 del miembro)

\*Cubierto cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de la diabetes y las enfermedades circulatorias de las extremidades inferiores.

# SERVICIOS CUBIERTOS Y DETALLES DEL PROGRAMA DE HIP

## Servicios de Autorremisión de Healthy Indiana Plan

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 autorremisiones no requieren una referencia de su PMP ni la aprobación de MHS.**

Los miembros pueden dirigirse a cualquier proveedor calificado inscrito en Medicaid:	HIP State Plan	HIP Basic	HIP Maternidad	HIP Plus
Quiropráctico	Cubierta		Cubierta	Cubierta
Cuidado de la vista de rutina (óptico)	Cubierta		Cubierta	Cubierta
Servicios de psiquiatría	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Servicios de podología (pies)	Cubierto*	Cubierto*	Cubierto*	Cubierto*
Planificación familiar	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Servicios de emergencia	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Atención urgente	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Inmunizaciones	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Autocontrol de la diabetes	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Estos servicios son de autorremisión si los proporciona un proveedor de la red propia:	HIP State Plan	HIP Basic	HIP Maternidad	HIP Plus
Cuidado dental de rutina	Cubierta		Cubierta	Cubierta
salud conductual (salud mental, abuso de sustancias y dependencia química)	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta

\*Cubierto cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de la diabetes y las enfermedades circulatorias de las extremidades inferiores.

*“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 35.”*



**Allison Baughn**  
Directora Sénior  
Administración de Casos

# SERVICIOS CUBIERTOS Y DETALLES DEL PROGRAMA DE HIP

	EDAD EN AÑOS												
	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75+
<b>EXÁMENES DE DETECCIÓN</b>													
<b>Examen para Personas Sanas</b> 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												
<b>Presión Arterial</b> Conozca sus cifras: mantenga su presión arterial bajo control.	Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
<b>Índice de Masa Corporal (BMI)</b> Mantenga un peso saludable. Averigüe su IMC.	Cada año, tanto para hombres como para mujeres												
<b>Examen de Detección de la Aneurisma Aórtica Abdominal</b> Una sola vez mediante ecografía para hombres con antecedentes de tabaquismo.	Hombres con mayor riesgo												
<b>Examen de Detección de Cáncer de Mama</b> Evaluación universal a los 50 años; a los 40 años hable con su médico.	Todas las mujeres												
<b>Prevención del Cáncer Cervical</b> 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 con mayor riesgo												
<b>Detección de Clamidia</b> *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												
<b>Examen de Detección del Colesterol</b> 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												
<b>Examen de Detección de Cáncer Colorrectal</b> 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	Hombres con mayor riesgo												
<b>Examen de Detección de Depresión</b> Hable sobre el estrés con su médico. Obtener ayuda es lo mejor que puede hacer.	Mujeres con mayor riesgo												
<b>Cuidado Dental</b> Cuide sus dientes y encías. Realice una visita dental de rutina por lo menos una vez al año.	Tanto hombres como mujeres												
<b>Examen de Detección de Diabetes (Tipo 2)</b> Puede hacer mucho para prevenir o demorar la diabetes tipo 2.	Cada año para hombres y mujeres												
<b>Examen de Detección de Hepatitis C</b>	Hombres y mujeres en riesgo de infección y todos los adultos nacidos entre 1945 y 1965												
<b>Examen de Detección de VIH</b>	Tanto hombres como mujeres												
<b>Examen de Detección de la Osteoporosis</b> 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.

*“Puede ver los estados de cuenta que muestran sus débitos y créditos (si tiene un pago) a su Cuenta de POWER a través de su cuenta de miembro en mhsindiana.com/login. Obtenga más información sobre el Portal Seguro para Miembros en la página 7.”*



**Mark Vonderheit**  
Director,  
Red de Proveedores

## Descuentos para HIP en Atención Preventiva

MHS quiere que usted reciba la atención preventiva que necesita. Esta es la razón por la que los servicios preventivos no se pagan desde su cuenta de POWER. Además, administrar su cuenta y recibir atención preventiva puede reducir su contribución del próximo año. Si sus gastos de atención médica a lo largo del año no utilizan todos los fondos de su Cuenta de POWER, puede reinvertir la parte del saldo restante que contribuyó hacia su próximo año de cobertura de HIP. Esto se denomina Transferencia de Miembro. También puede hacer que su transferencia de miembro se duplique si recibe ciertos servicios preventivos. Si gestiona su cuenta de forma inteligente y recibe la atención preventiva recomendada, puede reducir o eliminar las contribuciones necesarias el próximo año con la renovación.

Por ejemplo, si pagó un total de \$240 en contribuciones para su año de beneficios (\$20/mes), usted pagó el 10% de la cuenta de POWER anual. Si termina el año con \$1,000 restantes en su cuenta de POWER, consigue pasar el 10% de eso al año próximo, o \$100.

Si recibe servicios preventivos, puede duplicar esa Transferencia de Miembro, y obtener \$200 para su contribución para su próximo año de beneficios. Esos \$200 reducirían la cantidad que paga en contribuciones de la Cuenta de POWER en el próximo año de beneficios.

Cualquier servicio preventivo lo calificará para duplicar su cuenta de transferencia. Estos son algunos ejemplos:

SERVICIO	APLICACIÓN PERTINENTE
Físico Anual	Todos
Examen de Detección de Glucosa en la Sangre	Todo, específico de la enfermedad
Examen de Detección de Tétanos y Difteria	Todos
Pruebas de colesterol	Hombres mayores de 35 años, mujeres mayores de 45 años
Mamografía	Mujeres de más de 50 años
Examen de Papanicolaou	Mujeres de entre 21-50 años de edad

\*Consulte con su médico sobre recomendaciones específicas basadas en su edad e historial médico.

Dado que sus médicos y su plan de salud pueden tardar hasta cuatro meses en liquidar todos los pagos de la cuenta de POWER, estas reducciones estarán disponibles para usted en el quinto mes de su próximo período de 12 meses de inscripción en HIP.

## Planes HIP: Diferencias

Dependiendo de su estado de ingresos, estado de embarazo, y si usted paga una contribución mensual, usted puede estar en uno de varios planes HIP, como **HIP Plus**, **HIP Basic**, **HIP State Plan** y **HIP Maternity**. Sus beneficios pueden variar, dependiendo del plan en el que se encuentre. Si no está seguro de cuál es su plan, llame a Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

### HIP Plus

HIP Plus es el plan para obtener la mejor relación calidad-precio. Obtiene el mayor número de beneficios a un costo mensual bajo y predecible.

Los beneficios de HIP Plus incluyen todos los beneficios de salud esenciales necesarios. Además, incluye servicios dentales, de visión y quiroprácticos, además de servicios para cirugía bariátrica y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). Y hay menos límites en las visitas anuales para ver fisioterapeutas, terapeutas del habla y terapeutas ocupacionales.

Los miembros de HIP Plus pagan una contribución mensual asequible, basada en sus ingresos, llamada Contribución a la cuenta de POWER (PAC). Si más de un familiar de un hogar está inscrito en HIP Plus, los montos de la contribución se combinarán en la factura mensual. Las facturas se envían por correo a su domicilio. Si usted es elegible para el Healthy Indiana Plan (HIP) y es usuario de tabaco, puede tener un aumento de la PAC en su segundo año de cobertura. Aprenda más sobre el recargo y cómo MHS puede ayudarlo a dejar de fumar en la sección de Programas de atención y administración de casos de este manual. Un consumidor de tabaco es una persona que consume productos de tabaco por lo menos cuatro (4) veces por semana en promedio en los últimos seis (6) meses.

### Montos de Copago de HIP Plus

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

Servicios Ambulatorios incluidas las Visitas al Consultorio del Médico	\$0
Servicios para Pacientes Hospitalizados, incluidas las Estadías Hospitalarias	\$0
Medicamentos Preferidos	\$0
Medicamentos No Preferidos	\$0
Visita a la ER que no es de Emergencia	\$8

### Retrasos en los Pagos y la Cancelación de la Inscripción

Las contribuciones mensuales se vencen antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura mensual. Después de esa fecha de vencimiento, el socio tiene 60 días para hacer su pago antes de perder la cobertura de HIP Plus.

### De HIP Plus a HIP Basic

Los miembros que pierdan la cobertura de HIP Plus debido a la falta de pago y tengan un ingreso familiar menor o igual al 100 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL) pasarán de los beneficios de HIP Plus a los beneficios de HIP Basic, automáticamente. Luego tendrá un copago para la mayoría de los servicios y recetas.

*“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.*”

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**

Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente



### MEJORAR EL PLAN

Si actualmente cuenta con la cobertura de los planes **HIP Basic** o **HIP State Basic**, al inicio de su siguiente período de elegibilidad asegúrese de **"MEJORARLO"** por **HIP Plus/HIP State Plan Plus**. Pague sus contribuciones mensuales al día para continuar con la cobertura de **HIP Plus/HIP State Plan Plus**.



¿Sabía que para costear su pago mensual puede utilizar las **Recompensas de My Health Pays®**? Consulte la **página 40** para conocer cómo puede obtener recompensas.

*“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.*

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**  
Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente



### MEJORAR EL PLAN

Si actualmente cuenta con la cobertura de los planes **HIP Basic** o **HIP State Basic**, al inicio de su siguiente período de elegibilidad asegúrese de "MEJORARLO" por **HIP Plus/HIP State Plan Plus**. Pague sus contribuciones mensuales al día para continuar con la cobertura de **HIP Plus/HIP State Plan Plus**.

Puede utilizar las Recompensas de My Health Pays® para costear su pago mensual. Consulte la página 40 para conocer cómo puede obtener recompensas.

## HIP Basic

Los beneficios de HIP Basic incluyen todos los beneficios de salud esenciales necesarios. No incluye servicios dentales, de visión o quiroprácticos, ni servicios para cirugía bariátrica y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). Además, hay más límites en las visitas anuales para ver fisioterapeutas, terapeutas del habla y terapeutas ocupacionales.

### Montos de Copago de HIP Basic

Los miembros de HIP Basic no tienen una contribución mensual simple y predecible. En su lugar, usted es responsable de pagar los copagos en el momento del servicio. Debido a esto, el plan HIP Basic podría ser más caro que pagar una contribución mensual para permanecer en HIP Plus.

Servicios Ambulatorios incluidas las Visitas al Consultorio del Médico	\$4
Servicios para Pacientes Hospitalizados incluidas las Estadías Hospitalarias	\$75
Medicamentos Preferidos	\$4
Medicamentos No Preferidos	\$8
Visita a la ER que no es de Emergencia	\$8

## HIP State Plan

Los beneficios de HIP State Plan incluyen todos los beneficios de salud esenciales requeridos, y algunos beneficios mejorados tales como servicios dentales, de visión y quiroprácticos. Los miembros de HIP State Plan pueden o no tener copagos, dependiendo de si están en HIP State Plan Plus o HIP State Plan Basic.

### Costos del HIP State Plan Plus

Los miembros de HIP State Plan Plus pagan una contribución mensual asequible, basada en sus ingresos. Si no paga su contribución mensual a tiempo, se le trasladará a HIP State Plan Basic. Los miembros del HIP State Plan Plus pagan las mismas cantidades de copago que los miembros de HIP Plus:

Servicios Ambulatorios, incluidas las Visitas al Consultorio del Médico	\$0
Servicios para Pacientes Hospitalizados, incluidas las Estadías Hospitalarias	\$0
Medicamentos Preferidos	\$0
Medicamentos No Preferidos	\$0
Visita a la ER que no es de Emergencia	\$8

Si usted es elegible para el Healthy Indiana Plan (HIP) y es usuario de tabaco, puede tener un aumento de la PAC en su segundo año de cobertura. Aprenda más sobre el recargo y cómo MHS puede ayudarlo a dejar de fumar en la sección de Programas de atención y administración de casos de este manual. Un consumidor de tabaco es una persona que consume productos de tabaco por lo menos cuatro (4) veces por semana en promedio en los últimos seis (6) meses.

### Costos básicos del HIP State Plan

Los miembros de HIP Basic no tienen una contribución mensual simple y predecible. En su lugar, son responsables de pagar los copagos en el momento del servicio. Debido a esto, el plan HIP Basic podría ser más caro que pagar una contribución mensual para permanecer en HIP State Plan Plus. Los miembros del HIP State Plan Basic pagan las mismas cantidades de copago que los miembros de HIP Basic:

Servicios Ambulatorios, incluidas las Visitas al Consultorio del Médico	\$4
Servicios para Pacientes Hospitalizados, incluidas las Estadías Hospitalarias	\$75
Medicamentos Preferidos	\$4
Medicamentos No Preferidos	\$8
Visita a la ER que no es de Emergencia	\$8

*“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.*

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**

Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente



### MEJORAR EL PLAN

Si actualmente cuenta con la cobertura de los planes **HIP Basic** o **HIP State Basic**, al inicio de su siguiente período de elegibilidad asegúrese de **"MEJORARLO"** por **HIP Plus/HIP State Plan Plus**. Pague sus contribuciones mensuales al día para continuar con la cobertura de **HIP Plus/HIP State Plan Plus**.

Puede utilizar las Recompensas de My Health Pays® para costear su pago mensual. Consulte la página 40 para conocer cómo puede obtener recompensas.

### Costo Compartido, Copagos y Contribuciones. Lo que necesita saber.

Compartir costos significa que usted y MHS trabajan juntos para pagar sus servicios de atención médica. MHS paga la mayoría de los costos. El costo compartido puede incluir copagos y contribuciones mensuales a la Cuenta de POWER (PAC). MHS realiza un seguimiento de sus costos para usted.

Su costo compartido puede cambiar a lo largo del año. Cuando el total de gastos de participación en los costos de una familia se acerca a superar el cinco por ciento (5%) de los ingresos de la familia en el período trimestral, MHS debe notificar al Estado. Cuando hayamos alcanzado el límite del 5% del costo compartido, los miembros de HIP Basic no tendrán ningún copago y los miembros de HIP Plus verán reducidas sus contribuciones a la cuenta de POWER (PAC) a \$1.00 o \$1.50 durante el resto del trimestre natural.

MHS es su socio en la atención médica. Estamos aquí para ayudarlo a entender cómo funciona su cobertura. Obtenga más información sobre los costos compartidos y mucho más en línea en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).

*“Inicie sesión en su cuenta de miembro en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com) y complete la encuesta “Notification of Pregnancy” (Notificación de Embarazo) para detener sus contribuciones y copagos y para recibir sus beneficios adicionales.”*



**Jessica Parks**  
Directora,  
Relaciones Comunitarias

### ¿Está embarazada? ¡Cuéntenos ahora mismo!

Todo lo que tiene que hacer es completar una encuesta de notificación de embarazo. Cómo comenzar:

- Inicie sesión en su cuenta del Portal para Miembros y luego llene el formulario de Notificación de Embarazo.
- O llame a una enfermera obstétrica al 1-877-647-4848, Extensión 20309 para completarla por teléfono.

Los beneficios de HIP para embarazadas cambian de modo que:

- Usted no pagará una contribución mensual a la Cuenta de POWER (PAC) mientras esté embarazada.
- No tendrá copagos por servicios de atención médica mientras esté embarazada.
- Recibirá beneficios adicionales, como transporte hacia y desde sus visitas al médico, servicios quiroprácticos y Opción de Rehabilitación de Medicaid (servicios MRO) mientras está embarazada.
- También podría calificar para \$80 dólares adicionales de recompensas de My Health Pays®.

Estos beneficios adicionales hacen más fácil ver a su médico para que pueda recibir atención prenatal importante (embarazo). Estos servicios comenzarán el primer día del mes después de que usted haya reportado su embarazo a MHS y al DFR.

Los beneficios de embarazo terminarán 12 meses después de que termine su embarazo. Para evitar una brecha en la cobertura, informe al MHS y al DFR tan pronto como termine su embarazo. Inicie sesión en su cuenta del portal para completar su formulario de “End of Pregnancy” (Fin del embarazo).

## Médicamente Frágil

Las personas con afecciones médicas o conductuales complejas, llamadas médicamente frágiles, son elegibles para recibir beneficios de HIP State Plan.

Un individuo es considerado Médicamente Frágil si se ha determinado que tiene uno o más de los siguientes:

- Trastornos mentales incapacitantes (incluyendo enfermedades mentales graves)
- Trastornos crónicos de consumo de sustancias
- Una afección médica grave y compleja; o
- Una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecta significativamente a la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse o comer.
- Una determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social

Existen varias formas de ser identificado como médicamente frágil, entre las que se incluyen:

- A través de la revisión de reclamaciones
- Autoinformar
- A petición de su proveedor

Si desea informar su estado médicamente frágil, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. MHS está obligado a verificar su solicitud de estado médicamente frágil haciendo que usted complete una Evaluación de Necesidades de Salud y revisando los registros médicos de su médico.

Si MHS confirma su estado como médicamente frágil, recibirá beneficios de HIP State Plan.

## Su Cuenta POWER

Los primeros \$2,500 de costos médicos por sus beneficios de HIP se pagan de una cuenta de ahorros especial llamada **Cuenta de Bienestar y Responsabilidad Personal (POWER)**. Cada miembro de HIP tiene su propia cuenta de POWER. El Estado paga la mayor parte de los \$2,500, y si usted está en **HIP Plus** o **HIP State Plan Plus**, es responsable de pagar una porción. La porción es su contribución mensual a su Cuenta de POWER y se basa en sus ingresos.

### **POR EJEMPLO:**

<b>Su contribución:</b>	<b>\$180 (\$15 cada mes durante 12 meses)</b>
<b>+ La parte del Estado:</b>	<b>\$2,320</b>
<b>= Total de fondos de la cuenta de POWER:</b>	<b>\$2,500</b>

Su cuenta de POWER se carga cada vez que recibe servicios de atención médica. Si sus gastos anuales de atención médica son más de \$2,500, los primeros \$2,500 están cubiertos por su cuenta de POWER, y los gastos de servicios de salud adicionales por encima de los \$2,500 están completamente cubiertos sin costo adicional para usted. Los servicios preventivos anuales están cubiertos sin costo alguno para usted. La Cuenta de POWER solo puede utilizarse para pagar los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar los servicios no cubiertos bajo HIP. No puede usar su tarjeta de cuenta de POWER para pagar copagos, recetas médicas o visitas a la sala de emergencias.

## SERVICIOS CUBIERTOS Y DETALLES DEL PROGRAMA DE HIP

Incluya el vale de pago de la parte inferior de su factura con su pago, cheque o giro postal o llene el cupón con su información de la tarjeta de crédito o débito.  
Por favor, escriba su cheque a Managed Health Services o MHS.

### IMPORTANTE:

Si envía un pago por correo cerca del final del mes, es posible que no se procese a tiempo. Utilice una de las otras opciones: teléfono, en línea o en persona en nuestra oficina o en la ubicación de MoneyGram.

**Enviar el pago por correo postal a:**  
Managed Health Services  
Member Mailstop 16253487  
PO Box 660160  
Dallas, TX 75266-0160



**¿Sabía que para costear su pago mensual puede utilizar las Recompensas de My Health Pays®? Consulte la página 40 para conocer cómo puede obtener recompensas.**

### Su Estado de Cuenta de POWER

MHS le proporcionará un estado de cuenta mensual que le mostrará:

- La cantidad que usted ha pagado hasta ahora en contribuciones hacia su Cuenta de POWER.
- La cantidad que ha gastado hasta ahora en servicios médicos de su Cuenta de POWER.

Puede acceder a su estado de cuenta a través de su cuenta de miembro en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).

### Pago de su Contribución Mensual

MHS le ofrece formas sencillas de pagar su contribución mensual:

- Efectivo/Cheque
- Transferencia Electrónica de Fondos
- Débito/Crédito
- Pago por Teléfono: 1-877-647-4848. De lunes a viernes de 8 am a 8 pm
- Deducciones de nómina por su empleador
- Giro Postal
- MoneyGram: Visite a un minorista de MoneyGram como CVS/pharmacy o Walmart. Busque una oficina de MoneyGram en el 1-800-926-9400 o visite [www.moneygram.com](http://www.moneygram.com).
- Con My Health Pays® Rewards, llame a Servicios para Miembros de MHS o inicie sesión en su portal seguro para miembros y haga clic en "Pay Contribution" (Pagar contribución).

Puede pagar con tarjeta de débito o crédito en línea en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). O, puede conseguir el papeleo que usted necesita para configurar auto-deducción y transferencias electrónicas de fondos de su cuenta bancaria personal en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). Haga clic en For Members (Para Miembros) > Healthy Indiana Plan > Member Resources (Recursos para Miembros) > Member Forms (Formularios para Miembros).

### Posibles Problemas en el Pago

Si configura pagos automáticos, asegúrese de que el primer pago automático comience antes de dejar de realizar pagos únicos.

MHS le notificará si su pago no puede ser procesado para que usted pueda encontrar otra manera de pagar o ayudar a arreglar el problema. Sin embargo, MHS tiene derecho a cobrar una comisión estándar de \$25 por cheques devueltos u otros rechazos de fondos insuficientes.

Es posible que algunos tipos de métodos de pago no aparezcan en tu cuenta de inmediato. Pero, si usted recibe un aviso de pago atrasado de MHS después de que usted ya pagó, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 para asegurarse de que su pago se ha realizado correctamente.

## SERVICIOS CUBIERTOS Y DETALLES DEL PROGRAMA DE HIP

### Empleador, sin Fines de Lucro y Otras Contribuciones

Su empleador, una organización sin fines de lucro o un amigo o familiar pueden pagar parte o la totalidad de su contribución. Esto depende de su empleador o de la organización y no es un requisito. El pago puede ser único o mensual. Puede obtener una copia del formulario de contribución en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). Haga clic en For Members (Para Miembros) > Healthy Indiana Plan > Member Resources (Recursos para Miembros) > Member Forms (Formularios para Miembros).

Usted siempre es responsable de su pago completo. Si su empleador o la organización no pagan la cantidad acordada, MHS le enviará una carta para informarle. Entonces, tiene 60 días más para pagar esa cantidad después de la fecha de vencimiento pasada. Si no se paga por los 60 días adicionales, MHS considera el pago atrasado, y dependiendo de su programa de beneficios, podría ser desafiado de HIP.

### Su Monto de Contribución Mensual

Los miembros de HIP Plus pagan una contribución mensual asequible, basada en sus ingresos. La siguiente tabla describe estos montos. Si usted es elegible para HIP y es un usuario de tabaco, usted puede tener una Contribución de Cuenta de POWER (PAC) aumentada en su segundo año de cobertura.

Nivel	PAC Mensual Individual	PAC Mensual por Cónyuge	PAC con Recargo por Tabaco	PAC del cónyuge cuando uno tiene recargo por tabaco	PAC del cónyuge cuando ambos tienen recargo por tabaco (cada uno)
1	\$1	\$1	\$1.50	\$1 y \$1.50	\$1.50
2	\$5	\$2.50	\$7.50	\$2.50 y \$3.75	\$3.75
3	\$10	\$5	\$15	\$5 y \$7.50	\$7.50
4	\$15	\$7.50	\$22.50	\$7.50 y \$11.25	\$11.25
5	\$20	\$10	\$30	\$10 y \$15	\$15

***Un consumidor de tabaco es una persona que consume productos de tabaco por lo menos cuatro (4) veces por semana en promedio en los últimos seis (6) meses.***

El Estado determina el monto de su contribución mensual. Se basa en sus ingresos y el tamaño de su familia. Hay dos formas de solicitar un cambio en el importe del pago:

- 1) Si tiene un “evento calificativo”: una pérdida de trabajo u otro cambio en los ingresos.
- 2) Si tiene un cambio en el tamaño de la familia: una muerte, divorcio, nacimiento o un miembro de la familia que se muda fuera de la casa. Puede solicitar un cambio en la cantidad de pago debido a un cambio en el tamaño de la familia tantas veces como sea necesario durante su año de beneficios.

Para iniciar la solicitud, llame al 1-800-403-0864 o vaya a [FSSABenefits.IN.gov](http://FSSABenefits.IN.gov) y cree una cuenta o haga clic en “Report a Change” (Informar de un cambio).

*“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,  
Administración de Casos

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 del día, 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
- Tratamiento asistido con medicamentos (TMA), incluidos los programas de tratamiento con opiáceos (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 Healthy Indiana Plan (HIP).

### 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.
- **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.

- **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. Le ayudamos a aprender a abordar problemas y a vivir una vida feliz y saludable con 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.
- **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 ha estado en el hospital por una razón de salud mental o abuso de sustancias, MHS puede ayudarlo. MHS quiere que usted esté a salvo una vez que se vaya a casa. MHS le ayudará a asegurarse de que vaya a sus citas de seguimiento y tome todos los medicamentos necesarios según lo indique el hospital.

## Estándares de Acceso y Disponibilidad

Los miembros podrán recibir acceso oportuno a los servicios de salud conductual médicamente necesarios. Se requiere que los proveedores ofrezcan acceso oportuno a los servicios de detección, evaluación, derivación y tratamiento de la salud conductual, incluidos los servicios ambulatorios, así como los servicios de hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados, la desintoxicación por drogas y alcohol para pacientes hospitalizados y la rehabilitación por drogas y alcohol para pacientes hospitalizados, con la excepción del tratamiento prestado en un hospital estatal.

Todos los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios serán prestados por psiquiatras licenciados y proveedores de servicios de salud en psicología (HSPP), o una enfermera de práctica avanzada o una persona con un título de maestría en trabajo social, terapia matrimonial y familiar o asesoramiento en salud mental.

# BENEFICIOS DENTALES Y DE LA VISTA

## Beneficios Dentales

Los beneficios dentales se proporcionan para los miembros de **HIP Plus**, **HIP State Plan**, **HIP Basic (solo para los miembros de 19 y 20 años)** y **HIP Maternity**. 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.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

### HIP Plus:

- Exámenes orales: uno cada seis meses por miembro
- Limpiezas de dientes: una cada seis meses por miembro
- Exámenes orales de emergencia
- Rayos X de alas mordidas: una serie completa de rayos X de alas mordidas cada 12 meses
- Rayos X integrales: un juego cada 60 meses
- Servicios restaurativos menores, tales como empastes: cuatro por persona por 12 meses
- Servicios restaurativos importantes, como coronas: uno por persona y año de prestaciones. Uno por diente de por vida

### HIP State Plan (Plus y Basic):

- Exámenes orales: uno cada seis meses por miembro
- Limpiezas de dientes: una cada seis meses por miembro
- Exámenes orales de emergencia
- Rayos X de alas mordidas: una serie completa de rayos X de alas mordidas cada 12 meses
- Rayos X integrales: un juego completo cada 36 meses
- Extracciones, extracción quirúrgica de dientes en erupción o impactados: sin límite.
- Dentaduras y reparaciones de dentaduras

### Encontrar un Dentista

Visite [mhsindiana.com/find-a-provider](http://mhsindiana.com/find-a-provider)

## Consulta Odontológica

### 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. Dígale 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 DENTALES Y DE LA VISTA

## Beneficios de la Vista

Los beneficios de la vista se proporcionan a los miembros en los siguientes planes:

**HIP Plus**, **HIP State Plan**, **HIP Maternity**, **HIP Basic (solo para miembros de 19 y 20 años)**

### Busque un Oftalmólogo

- Visite [visionbenefits.envolvehealth.com](http://visionbenefits.envolvehealth.com)
- Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).
- Introduzca su código postal
- Elija “MHS Healthy Indiana Plan HIP” como su “HealthPlan” (Plan de salud)

### Atención de Rutina Cubierta

Miembros que tengan entre 19 y 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.

## Beneficios de Quiropráctico

Los beneficios quiroprácticos son proporcionados para los miembros en los siguientes planes: **HIP Plus**, **HIP State Plan** y **HIP Maternity**.

### Encuentre un Quiropráctico

- Visite [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com)
- Haga clic en “Find a provider” (Buscar un proveedor) en la parte superior de la página
- Elija “Start your search” (Iniciar la búsqueda)
- Introduzca su código postal y elija su red
- Busque quiroprácticos bajo Detailed Search (Búsqueda Detallada) -> Specialty (Especialidad) -> Chiropractor (Quiropráctico)

### Beneficios Cubiertos

- Autorremisión: no se requiere la referencia del proveedor
- No requiere autorización previa
- Cobertura disponible para los servicios cubiertos proporcionados por un quiropráctico con licencia cuando se entregan dentro del alcance de la práctica de la quiropráctica.

*“Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro de HIP 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](https://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](https://mhsindiana.com). Haga clic en For Members (Para Miembros) > Healthy Indiana Plan > 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 de MHS. Si usted puede necesitar un medicamento que requiera autorización previa, su médico necesitará proporcionar información sobre su salud para que se tome una decisión sobre si MHS puede o no pagar por el medicamento. MHS cubre algunos medicamentos inyectados en el consultorio de un médico o clínica y algunos medicamentos tomados por vía oral que se clasifican como medicamentos especializados. Estos medicamentos deben ser aprobados a través de MHS antes de que MHS los cubra. La lista de medicamentos especializados está disponible en nuestro sitio web. 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), y su médico será notificado de la decisión.

Usted o su prescriptor pueden descargar copias de nuestros formularios de autorización previa (incluyendo formularios de especialidad) en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).

*“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.*

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**  
Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente

### 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, chequeos 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. Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería de MHS disponible las 24 horas 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 chequeos 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, chequeos 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](http://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 Seguro para Miembros en [mhsindiana.com/login](http://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 chequeo 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 usted no tiene que obtener una referencia de su médico. Para una lista de servicios de autorremisión para Healthy Indiana Plan, vea la página 11.

## **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 usted 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 urgencia

Muchas clínicas están abiertas más tarde por la noche y han ampliado las horas de los fines de semana. Las clínicas de atención de urgencia 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](https://mhsindiana.com/find-a-provider) para encontrar una clínica cerca de usted.

*“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.*

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**

Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente

*“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.*”

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**  
Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente

## Sala de Emergencias: Cuándo Ir

La atención de emergencia está disponible para usted 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.

### 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

### Cobertura de Atención de Emergencia

Las visitas a la sala de emergencias no necesitan la aprobación de su médico ni de MHS. Sin embargo, si va a la sala de emergencias por una afección de salud que no sea de emergencia, tendrá un copago de \$8. Si está embarazada o se identifica como indígena norteamericano o nativo de Alaska durante el proceso de elegibilidad, no tiene un copago.

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 obtener una retención de su médico, puede llamar a la línea de consejos de enfermería de MHS.

Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.

### 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 urgencia 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](http://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.

### Atención Posterior a la Estabilización

La atención posterior a la estabilización es un servicio cubierto que usted 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.

*"Si va a la sala de emergencias, recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro de HIP. Dígale al personal que usted 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

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



**Dr. Eric A. Yancy**

Director Médico y Pediatra

*“Recuerde mostrar su tarjeta de ID del miembro de HIP y decirle al personal que usted 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 urgencia o sin cita previa por un problema que no es potencialmente mortal, debe llamar a su médico de MHS o a la línea de consejos 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 32.

## 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 ATENCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CASOS

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.

### 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 tiene o está 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. Puede obtener una recompensa de CentAccount por determinados programas.

### Programas de Administración de Casos Médicos

- **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" and "(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.
- **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 tiene 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.

*"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,  
Administración de Casos

### ¡Obtenga Recompensas!

**Recompensas de My Health Pays® para el la Orientación sobre la Administración de Enfermedades**

Evaluación inicial de la ingesta	\$10
Creación de un plan de cuidados con objetivos medibles	\$25
Cierre exitoso del plan de cuidados	\$50
<b>TOTAL DE POSIBLES RECOMPENSAS</b>	<b>\$85</b>

*“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,  
Administración de Casos

## Programas Pregnancy y First Year of Life

### Start Smart for Your Baby® y MHS Special Deliveries (solo para los miembros de MHS)

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 40.

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](http://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 (ofrecido exclusivamente a los miembros de MHS)

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 Gratuitas (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 Healthy Indiana Plan. 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).”*



**Dr. Eric A. Yancy**  
Director Médico y Pediatra

## ¡Obtenga Recompensas!

### Recompensas de My Health Pays® para Programas para Dejar de Fumar

Inscribirse en el Programa para Dejar de Fumar	\$40
Completar su Primera Llamada de Asesoría	\$25
Completar su Tercera Llamada de Asesoría	\$30
Completar el Programa Quitline	\$50
<b>TOTAL DE POSIBLES RECOMPENSAS</b>	<b>\$145</b>

## 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 dejar de fumar, puede obtener recompensas de My Health Pays®. Revise la tabla de la izquierda para conocer cuánto podría ganar.**



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
- Inscríbase 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, inscríbase 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.**

Los miembros de HIP que consumen tabaco tienen 12 meses para dejar de consumir tabaco o tendrán una Contribución a la Cuenta de POWER (PAC) más alta. Si no deja de consumir tabaco, su pago de PAC tendrá un recargo del 50% aplicado. Contáctenos hoy para aprender acerca de nuestros programas que pueden ayudarlo a dejar de fumar.

## Transporte

Los miembros de HIP de MHS reciben transporte ilimitado desde y hacia las visitas al médico, para surtir recetas después de una visita al médico, para ciertos eventos de miembros de MHS, o para volver a inscribirse en HIP. 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!			Dra. 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, citas de WIC y VAX de farmacia, o para renovar su cobertura del Healthy Indiana Plan.
- Si tiene una emergencia que amenaza su vida, llame al 911 o al número local de emergencias.
- 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.

*“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.*

*Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le indican que vaya a la sala de emergencias, su visita será cubierta en su totalidad. No deberá pagar un copago por una sala de emergencias.”*



**Todd Roberts**

Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente

## 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.

### myhealthpays®

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 una evaluación de necesidades de salud dentro de los 30 días de hacerse miembro.

---

- \$10** Completar una evaluación 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).

---

- hasta \$145** Inscribirse en línea de ayuda para dejar de fumar de IN (40\$), completar la primera llamada de asesoría (\$25), completar la tercera llamada de asesoría (\$30), completar el programa (\$50)

---

- \$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](https://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.

*“Empiece a obtener recompensas hoy mismo. Complete su Evaluación de Necesidades de Salud en línea en [mhsindiana.com/HIPscreening](https://mhsindiana.com/HIPscreening) o llame a MHS Care Engagement al 1-888-252-3410.”*



**Jessica Parks**  
Directora,  
Relaciones Comunitarias



**¿Sabía que para costear su pago mensual puede utilizar las Recompensas de My Health Pays®?**

### 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](http://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.

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



**Jessica Parks**  
Directora,  
Relaciones Comunitarias

### **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 Consejo Asesor de Miembros, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

### **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 de 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 usted es miembro de MHS (o un representante legal), llame 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 a la línea gratuita 1-877-647-5326 de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

## CAMBIOS Y REDETERMINACIÓN DEL PLAN

MHS es su plan de cobertura médica. Usted eligió MHS o fue asignado a MHS para proveer su cobertura de salud cuando se unió a HIP.

HIP ahora hace coincidir su plan de salud elegido con el año calendario. Usted escogerá su plan de salud una vez al año y seguirá con ese plan de salud todo el año, de enero a diciembre. Este es su año de beneficios. Incluso si deja el programa y regresa durante el año, permanecerá con el mismo plan de salud.

Cada otoño, del 1 de noviembre al 15 de diciembre, usted tendrá la oportunidad de cambiar su plan de salud para el próximo año de beneficios. Puede hacer esto llamando al 1-877-GET-HIP-9 y dejándoles saber que desea elegir un nuevo plan de salud para el próximo año. Si está contento con MHS, ¡no haga nada! Se le volverá a inscribir automáticamente con nosotros para el próximo año.

Esto no cambia su período de elegibilidad para el programa. Todavía tiene que pasar por su proceso de redeterminación cada 12 meses. Esto significa que usted necesita renovar sus beneficios confirmando la información con el Estado para demostrar que todavía es elegible para HIP. Esto ocurrirá en función del mes en que usted ingresó al programa. Recibirá un recordatorio de que es hora de su redeterminación de elegibilidad. Si no responde como se le indica, podría perder la cobertura.

**Año de Beneficios:** de enero a diciembre. Sus límites de beneficios y su cuenta de POWER se restablecen cada enero.

**Período de Elegibilidad:** 12 meses que comienzan cuando usted es aprobado para la cobertura. Esto puede ser diferente para cada persona.

### Nativos norteamericanos y 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 de plan de salud fuera del período de selección de su plan de salud (1 de noviembre - 15 de diciembre), puede solicitar un cambio por causa. A continuación se muestran ejemplos de causas:

- No puede participar en la selección del plan de salud debido a que no estaba completamente inscrito en HIP en ese momento;
- La falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por HIP;
- Un servicio no está cubierto por su médico o centro de atención médica por objeciones morales o religiosas, como se describe en la Sección 6.3.2 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;
- Acción correctiva impuesta contra el asegurador;
- 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;
- Acceso limitado a un proveedor médico primario u otro servicio de salud dentro de una distancia razonable de su lugar de residencia;
- La falta de prestación de servicios cubiertos;
- El proveedor de atención primaria de la salud del miembro se retira del plan de salud actual y se vuelve a inscribir en otro plan de salud;
- Un cambio en la categoría de ayuda;
- Un miembro al que no se le dio la oportunidad de seleccionar una salud en inscripción abierta puede cambiar su plan de salud durante los primeros 60 días del nuevo período de beneficios;
- 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", llame al 1-877-GET-HIP-9 (1-877-438-4479). El Estado revisará su solicitud.

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 45 para obtener más información sobre las quejas.

*¿No tiene cobertura dental, visual o quiropráctica? Tiene la oportunidad de elevarlo a HIP Plus para obtener cobertura dental, de la vista y quiropráctica cuando comience su próximo año de cobertura. Asegúrese de pagar la contribución de su cuenta de POWER cuando reciba su primera factura por correo para inscribirse en el plan HIP Plus. Puede obtener más información sobre esto en nuestro sitio web en [mhsindiana.com/powerup](http://mhsindiana.com/powerup).*



**Todd Roberts**

Gerente,  
Servicio de Atención al  
Cliente

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



**Jessica Parks**  
Directora,  
Relaciones Comunitarias

### **Solicitud de Cancelación de Inscripción**

Solo puede cambiar el plan de salud por causa, a menos que se solicite el cambio antes de (i) realizar su contribución inicial a la cuenta de POWER o prepago rápido o (ii) inscribirse en HIP Basic o HIP State Plan Basic de acuerdo con la Sección 13.6, lo que ocurra primero;

- 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 debido a la mala calidad de la atención;
- 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 877-438-4479. 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 elegibilidad, tendrá que confirmar la información con el Estado para demostrar que todavía es elegible para HIP. Comuníquese con la División de Recursos Familiares para averiguar lo que se requiere para que usted continúe con sus beneficios.

Debe participar en su proceso anual de redeterminación de elegibilidad. Las cartas para su elegibilidad provienen del Departamento de Recursos Familiares (DFR). Debe seguir las instrucciones proporcionadas por DFR.

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 para 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](http://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](http://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.

## 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. Si usted siente que fue marcado erróneamente como consumidor de tabaco, llame a MHS.

*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 al o Apelaciones de MHS, 1-877-647-4848*

*Por Fax: 1-866-714-7993*

*Por Correo Electrónico: [appeals@mhsindiana.com](mailto: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](http://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 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 usted 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 informar 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](http://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 COMO MIEMBRO DE HEALTHY INDIANA PLAN DE MHS

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.
Copago	Una forma de compartir los costos. Los copagos se refieren a una cantidad específica en dólares que un individuo pagará por un servicio en particular, independientemente del precio cobrado por el servicio. El pago puede cobrarse en el momento del servicio o facturarse más tarde.
Costos Compartidos	Los costos que un miembro es responsable de pagar los servicios de salud cuando está cubierto por el seguro de salud.
Cuenta de POWER	En el programa de HIP, los primeros \$2,500 de gastos médicos por servicios cubiertos se pagan a través de una cuenta de ahorros especial llamada cuenta de Bienestar y Responsabilidad Personal (POWER). El Estado pagará la mayor parte de este monto, pero usted también será responsable de pagar una pequeña porción de sus costos iniciales de atención médica. Su porción se paga a través de una contribución mensual asequible a su cuenta de POWER basada en ingresos.
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 ayudarle 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.

## PALABRAS Y ACRÓNIMOS A SABER COMO MIEMBRO MHS HEALTHY INDIANA PLAN

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.
Médicamente Frágil	<p>Las personas que se determina que son médicamente frágiles reciben cobertura para algunos beneficios adicionales como transporte no de emergencia y servicios quiroprácticos. Debe comunicarse con el Estado para confirmar su afección de salud. Un individuo es médicamente frágil si tiene uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un trastorno mental incapacitante;</li> <li>• Un trastorno crónico por abuso de sustancias;</li> <li>• Una afección médica grave y compleja;</li> <li>• Una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecta significativamente la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria; o</li> <li>• Una determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social.</li> </ul>
Médicamente 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.
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.
Transferencia	Administrar bien su cuenta y recibir atención preventiva puede reducir sus costos futuros. Si sus gastos anuales de atención médica son menos de \$2.500 por año, puede refinanciar sus contribuciones restantes para reducir su pago mensual para el próximo año. También puede duplicar esta reducción si completa los servicios preventivos.

# 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

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**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.

**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.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**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.

**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.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

***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.

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/](http://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](http://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](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# ESLÓGANES DE IDIOMA

<b>Spanish:</b>	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).
<b>Chinese:</b>	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)。
<b>German:</b>	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.
<b>Pennsylvania Dutch:</b>	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).
<b>Burmese:</b>	သင် သို့မဟုတ် သင်မှတူညီနေသူတစ်ဦးတို့တွင် MHS အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
<b>Arabic:</b>	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).
<b>Korean:</b>	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.
<b>Vietnamese:</b>	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).
<b>French:</b>	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).
<b>Japanese:</b>	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。
<b>Dutch:</b>	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.
<b>Tagalog:</b>	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).
<b>Russian:</b>	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).
<b>Punjabi:</b>	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।
<b>Hindi:</b>	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके , MHS के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी परामत करने का अधिकार है। किसी दुआथिये से बात करने के लिए 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।

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

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

## NOTAS



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

¡Comience a obtener recompensas ahora!

¡Obtenga Recompensas de My Health Pays® para pagar su Contribución mensual a su Cuenta de POWER!

Complete la Evaluación de sus Necesidades de Salud para añadir \$30 a su tarjeta de Recompensas 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](http://mhsindiana.com).