

# NOSOTROS LE CUBRIMOS.



## Manual del miembro

Información importante para usted y su familia.



[mhsindiana.com](http://mhsindiana.com) • 1-877-647-4848 • TTY/TDD: 1-800-743-3333

VOLUMEN 5

0524.OS.M.JB.2 9/24



La información de este manual está disponible en otros idiomas o formatos, como español, letra grande o braille. Póngase en contacto con Servicios al Miembro de MHS por teléfono llamando al 1-877-647-4848 o en línea ingresando en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com) si necesita esta información en otro idioma o formato.

# ¡Le damos la bienvenida a MHS!

Gracias por elegir MHS para recibir una mejor atención de salud a través de su inscripción en Hoosier Care Connect. Estos son los siguientes pasos que debe dar como nuevo miembro.



**Complete su examen de necesidades de salud:** Complete la encuesta en línea, por teléfono llamando al 1-888-252-3410 o en el mostrador de una farmacia de Walmart. **Complételo dentro de los 30 días siguientes a volverse miembro para obtener una recompensa de My Health Pays® de \$30.**



**Inscríbese en su cuenta del portal seguro para miembros:** Su cuenta del portal le da acceso a su información segura, como reclamaciones, información del consultorio de su médico, saldos de My Health Pays® y mucho más.



**Elija a su médico:** Use la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para elegir a su médico ingresando en mhsindiana.com. A continuación, acceda a su cuenta del portal o llámenos al 1-877-647-4848 para elegir a su médico. **Puede ganar una recompensa de \$15 de My Health Pays® por usar su cuenta del portal para elegir médico dentro de los primeros 30 días de volverse miembro.**



**Visite a su médico:** Después de que elija un médico, programe una cita para hacerse un chequeo de inmediato. Este es su nuevo hogar médico.



**Lea su manual y su guía de referencia rápida:** Su manual y su guía de referencia rápida le informan sobre sus beneficios y los servicios y programas que puede usar como miembro.



**Si está cursando un embarazo, envíe un formulario de notificación de embarazo** a MHS dentro del primer trimestre (\$50) o dentro del segundo trimestre (\$25). **Preséntelo a través del portal para miembros o llamando al 1-877-647-4848.**



**MHS le beneficia:** Envíe un mensaje de texto con la palabra “MHSTEXT” al 36698 para recibir mensajes y recordatorios a lo largo de su membresía a MHS (se aplican tarifas de mensajería estándar, envíe “STOPMHS” para anular la suscripción en cualquier momento).


# CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| <b>Le damos la bienvenida a MHS</b> .....   | 5  |
| Cómo ponerse en contacto con nosotros, cómo obtener asistencia de idiomas,<br>dónde encontrar información sobre sus beneficios en línea y mucho más.  |    |
| <b>Su año de cobertura</b> .....  | 8  |
| Un calendario de lo que puede hacer para mantenerse saludable y<br>aprovechar al máximo sus beneficios a lo largo del año.  |    |
| <b>Servicios cubiertos por Hoosier Care Connect</b> .....   | 10 |
| <b>Salud del comportamiento</b> .....   | 12 |
| <b>Beneficios dentales y de la vista</b> .....  | 14 |
| <b>Servicios de farmacia</b> .....  | 15 |
| <b>Cuándo y dónde acudir para buscar atención</b> .....   | 17 |
| Cómo sacar el máximo provecho a sus consultas médicas, cómo preparar su hogar médico,<br>cómo elegir a su médico y cuándo usar las clínicas de atención de urgencia.  |    |
| <b>Sala de emergencias: Sepa cuándo acudir</b> .....  | 21 |
| <b>Cobertura de la atención de salud fuera de Indiana o por parte de<br/>proveedores fuera del plan</b> .....   | 23 |
| <b>Programas de atención de salud y de administración de casos</b> .....  | 24 |
| Información sobre los programas de administración de la salud que se ofrecen a todos los miembros<br>de MHS y cómo inscribirse. Incluye los de condiciones crónicas como la diabetes, así como sobre<br>el embarazo y Primer Año de Vida, Right Choices, programas para dejar de fumar y mucho más. |    |
| <b>Transporte</b> .....   | 28 |
| <b>Programa de recompensas My Health Pays®</b> .....  | 29 |
| ¡Consiga más con MHS! Gane recompensas por realizar actividades saludables.   |    |
| <b>Servicios especiales de MHS</b> .....  | 29 |
| Healthy Kids Club, MemberConnections, SafeLink Cell Phone, Consejo Asesor de Miembros y mucho más.  |    |
| <b>Inscripción abierta y redeterminación</b> .....  | 32 |
| Cómo conservar sus beneficios o cambiar de plan de salud  |    |
| <b>Reclamos, quejas, apelaciones</b> .....  | 34 |
| Revisión externa e independiente y audiencia imparcial ante el Estado .....   | 35 |
| Derechos y opciones de apelación .....  | 36 |
| Apelaciones de farmacia .....   | 36 |
| <b>Avisos importantes</b> .....   | 37 |
| Decisiones médicas .....  | 37 |
| Desperdicio, fraude y abuso .....   | 38 |
| <b>Derechos y responsabilidades de los miembros</b> .....   | 39 |
| <b>Palabras y acrónimos que debe conocer</b> .....  | 40 |
| <b>Prácticas de privacidad</b> .....  | 42 |
| <b>Declaración de no discriminación</b> .....   | 48 |
| <b>Información en otros idiomas</b> .....   | 49 |

# LE DAMOS LA BIENVENIDA A MHS

Este Manual del miembro le brinda un panorama de sus beneficios de atención de salud. MHS quiere que aproveche al máximo sus beneficios y servicios sea fácil para usted. MHS puede brindarle ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana.

## Cómo ponerse en contacto con nosotros

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Servicios al Miembro                                     | 1-877-647-4848<br>de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.                            |
|  | Línea TTY/TDD  | 1-800-743-3333<br>(para miembros con discapacidades del habla o de la audición)       |
|  | Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas | 1-877-647-4848  |
|  | Emergencia   | 911   |
|  | Sitio web  | mhsindiana.com  |
|  | Correo postal  | Servicios al Miembro de MHS<br>550 N. Meridian St., Suite 101, Indianápolis, IN 46204 |

## Manténgase en contacto con MHS en línea

Blog: [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com)

 Managed Health Services (MHS)

 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 llevar un estilo de vida saludable. Asegúrese de que su dirección de correo electrónico esté actualizada con el Estado para recibir esta información importante.

## ¡El equipo de Servicios al Miembro de MHS está aquí para ayudar!

Podemos responder sus preguntas sobre su seguro de salud, incluidas las que son sobre beneficios, médicos y servicios de MHS. A continuación, se presentan algunas razones por las que podría ponerse en contacto con Servicios al Miembro:

- Si necesita elegir o cambiar de médico [página 8]
- Para completar su examen de necesidades de salud [página 8]
- Para programar el transporte [página 28]
- Si recibe una factura o un recibo de su médico o proveedor de atención de salud [página 9]
- Para obtener asistencia de idiomas [página 6]
- Si tiene preguntas sobre las decisiones tomadas en relación con su atención de salud

MHS ofrece un servicio telefónico de voz en directo las 24 horas del día en inglés y español. Puede dejar un mensaje y MHS le devolverá la llamada dentro de un día hábil. Póngase en contacto con Servicios al Miembro de MHS si necesita ayuda para entender cualquier material escrito de MHS, como folletos, volantes, cartas y este manual. Podemos enviarle materiales en otro idioma o formato, como español, letra grande o braille. También puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro de MHS para sugerir cambios en cualquiera de las políticas, servicios y procesos que MHS le proporciona como miembro.

*Como miembro de MHS que valoramos, recibirá noticias nuestras de forma habitual por teléfono, correo postal y correo electrónico. Lea y responda a toda la información que le enviamos, ya que es clave para su salud, así como para mantener su cobertura.*

*Si no recibe noticias nuestras, es posible que no tengamos su número de teléfono y dirección correctos. Infórmenos cuando se muda o cambie de número de teléfono.*

## Siga en contacto

Informe siempre a MHS y al Departamento de Recursos para Familias (DFR) si se muda u obtiene un nuevo número de teléfono o dirección de correo electrónico. Si se muda a otro condado o si se traslada a más de 30 millas del consultorio de su médico, es posible que no pueda conservar a su médico. Llame y hable con Servicios al Miembro de MHS si se muda.

Es igual de importante que comunique a MHS y al DFR todo cambio en sus ingresos o en su familia (matrimonio, cambios de jefe de familia, etc.). Puede llamar al 1-800-403-0864 o acceder al portal de beneficios de la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) en [fssabenefits.in.gov](http://fssabenefits.in.gov).

## Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS

Todo el mundo tiene preguntas sobre su salud. Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS llamando al 1-877-647-4848. La Línea de Consultas de Enfermería de MHS es una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico atendida por personal de enfermería bilingüe con licencia. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. A continuación, hay algunas preguntas que podría hacer:

- Cuándo acudir a la sala de emergencias
- Preguntas sobre el embarazo
- Qué hacer si su bebé está enfermo
- Cómo afrontar el asma
- Cuántos medicamentos usar/dar

## Asistencia de idiomas

MHS proporciona personal bilingüe o un intérprete para ayudar a los miembros que hablan idiomas distintos del inglés. Podemos brindarle ayuda para programar citas y responder sus preguntas por teléfono. Usar este servicio es gratuito. Llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicite asistencia de idiomas.

Los miembros con discapacidad auditiva pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Datos de Indiana al 1-800-743-3333 para obtener el servicio TDD/TTY. Puede usar este número en cualquier lugar de Indiana. Solicite al operador que le ponga en contacto con MHS o con cualquier otro número llamando al 1-877-647-4848. Informe a su médico si necesita un intérprete de lengua de señas para sus consultas médicas.

## Sitio web de MHS: [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com)

El sitio web de MHS le brinda ayuda para obtener respuestas cuando más le convenga. Si no tiene impresora, puede solicitar a MHS que le envíe por correo cualquier formulario, página web u otra información imprimible que aparezca en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com) o en la página de Facebook de MHS. Estas son algunas páginas importantes de nuestro sitio web:

### • [mhsindiana.com/HCCscreening](http://mhsindiana.com/HCCscreening)

Cuando complete su examen de necesidades de salud dentro de los 30 días siguientes a inscribirse en MHS, obtendrá una recompensa de My Health Pays® de \$30. O puede completarlo dentro de los 90 días siguientes a inscribirse en MHS y obtendrá una recompensa de My Health Pays® de \$10. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 29.

*MHS puede proporcionar un intérprete en persona para todos los idiomas, incluidas las lenguas de señas.*

*Consulte primero a su médico. Si el médico no tiene personal para brindarle ayuda, entonces MHS le ofrecerá un intérprete. Llámenos al menos siete días antes de su consulta médica para que podamos programar ese servicio para usted.*

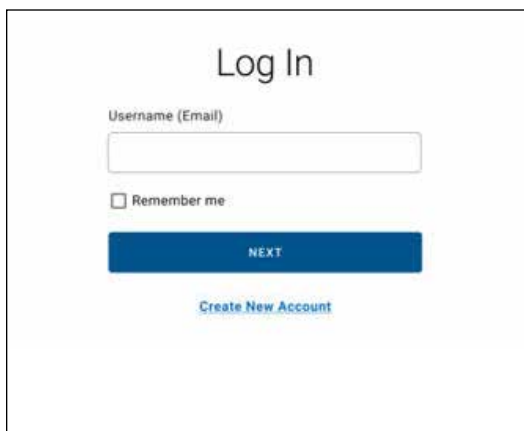
## LE DAMOS LA BIENVENIDA A MHS

- **For Members (Para miembros) > Hoosier Care Connect > Beneficios y servicios (Benefits & Service)** Encuentre actualizaciones y guías para miembros, como una copia de este manual, folletos y guías prácticas. También puede encontrar copias de los formularios para miembros, boletines informativos para miembros e información sobre los programas y servicios especiales de MHS.
- **mhsindiana.com/find-a-provider**  
Encuentre médicos, médicos especialistas, hospitales y otros centros del plan de MHS utilizando esta rápida y sencilla herramienta de búsqueda en línea.
- **mhsindiana.com/events** Averigüe cuándo estaremos en su ciudad mirando nuestro calendario de eventos comunitarios organizados en todo el estado de Indiana. MHS participa todos los años en cientos de eventos comunitarios públicos y gratuitos. ¡Visítenos en estos eventos para obtener más información sobre sus beneficios y mucho más!
- **For Members (Para miembros) > Hoosier Care Connect > Salud y bienestar (Health & Wellness)**  
Nuestra biblioteca de salud gratuita le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas sobre salud. Este recurso tiene más de 4,000 hojas de información de salud sobre una variedad de temas de salud para brindarle ayuda a fin de cuidar de usted y su familia.
- **mhsindiana.com/contact-us**  
Envíe un mensaje a Servicios al Miembro de MHS.

### Regístrese para obtener una cuenta en el portal seguro para miembros de MHS

Cree una cuenta y acceda a herramientas que le ayudarán a gestionar su atención de salud de forma más rápida y sencilla, sin tener que usar el teléfono:

- Consulte su resumen de beneficios, incluidos los beneficios de farmacia.
- Encuentre información de la Explicación de Beneficios (EOB).
- Encuentre o cambie de médico.
- Vea los informes de calidad de los médicos.
- Vea y haga un seguimiento de sus reclamaciones. Puede ver el importe aprobado, el importe pagado y la fecha de pago.
- Comuníquese con Servicios al Miembro de MHS.
- Solicite, pida o imprima tarjetas de identificación (ID).
- Infórmese sobre las remisiones para recibir atención de salud y si es necesario conseguir autorizaciones.



*Si no sabe con certeza si debe buscar atención de salud en una sala de emergencias por un suceso que no pone en peligro su vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede localizar a su médico, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS.*

### Su año de cobertura >>



#### Exámenes de detección de necesidades de salud

Los exámenes de detección de necesidades de salud (HNS) es un cuestionario en el que se le solicita información sobre su historial de salud y si tiene alguna condición de atención de salud. Queremos conocer su estado de salud de inmediato para poder brindarle ayuda para encontrar el equipo de atención de salud adecuado para sus necesidades. Por este motivo, ofrecemos una forma de ganar recompensas en dólares con el programa My Health Pays®. MHS le dará una recompensa de My Health Pays® de \$30 si completa el HNS dentro de los 30 días siguientes a inscribirse. O puede obtener una recompensa de My Health Pays® de \$10 por completarlo dentro de los 90 días siguientes a inscribirse.

Le llamaremos antes de que transcurran los 90 días, pero no tiene por qué esperar. Visite [mhsindiana.com/HCCscreening](http://mhsindiana.com/HCCscreening) o llame al equipo de compromiso en la atención de MHS y solicite realizar la encuesta.

#### Elija a su médico de inmediato

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

Es importante que elija al médico que quiera dentro de los 30 días siguientes a inscribirse en MHS. Si no lo hace, MHS elegirá un médico para usted.

#### Cómo elegir a su médico MHS:

En primer lugar, busque una lista de médicos en su zona:

- ingrese en [mhsindiana.com/find-a-provider](http://mhsindiana.com/find-a-provider); o bien
- llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicite una lista.

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

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Obstetricia y ginecología (OB/GYN)
- Pediatría

Por último, ¡avísenos!

- Elija a su médico a través de su cuenta del portal seguro para miembros ingresando en [mhsindiana.com/login](http://mhsindiana.com/login).
- Llame a Servicios al Miembro al 1-877-647-4848.

Después, MHS le enviará una carta en la que se confirmarán los médicos que ha elegido.

Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluidos datos como el nombre, la dirección, los números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, las cualificaciones profesionales, los idiomas que hablan, su género, su especialidad y si han sido avalados por la junta de especialidades médicas. Para obtener más información sobre la facultad de medicina a la que asistió el proveedor y la residencia, llame a Servicios al Miembro de MHS.

#### Programe una primera cita y conozca a su médico

Después de elegir a su médico, llame al consultorio dentro de los 60 días siguientes para programar una cita para su primera revisión o consulta de atención preventiva. MHS se preocupa de que usted tenga un hogar médico exitoso. Esto significa que necesita desarrollar una relación con un médico en el que confíe y al que acuda para toda su atención de salud. A este médico también se le llama su "proveedor médico primario" (PMP).

#### Si está cursando un embarazo, complete su formulario de notificación de embarazo (NOP)

Este formulario está disponible a través de su cuenta en línea o puede llamarnos por teléfono para recibirlo. Si completa este formulario, puede empezar a ganar recompensas de My Health Pays® adicionales.



# QUÉ HACER DESPUÉS DE INSCRIBIRSE



**6  
meses**



**1  
año**

## Obtenga atención de salud preventiva

La mejor manera de mantenerse saludable es realizarse exámenes preventivos de salud habitualmente. Las consultas de atención de salud preventiva son GRATUITAS para todos los miembros de MHS. Tanto los adultos como los niños necesitan atención de salud preventiva y vacunas.

## Conserve sus beneficios

Como su socio en materia de salud, queremos que siga recibiendo beneficios si los necesita. Un año calendario después de comenzar a recibir sus beneficios a través de Hoosier Care Connect, deberá renovar sus beneficios mediante una redeterminación. ¿Conoce la fecha de su próxima renovación de beneficios? Inicie sesión en el portal de beneficios de la FSSA en [fssabenefits.in.gov](http://fssabenefits.in.gov) o llame al DFR al 1-800-403-0864 para obtener ayuda.

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

Como miembro de Hoosier Care Connect, puede obtener servicios de transporte para acudir a las citas de redeterminación. Obtenga más información sobre sus beneficios de transporte en la página 28.

## Muestre siempre su tarjeta de identificación (ID) de miembro de MHS

Debe mostrar su tarjeta de identificación (ID) de Hoosier Care Connect cada vez que reciba atención de salud o vaya a la farmacia. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que tenga que pagar por su atención de salud. Si recibe una factura por servicios cubiertos o se le indica que presente una reclamación, póngase en contacto inmediatamente con Servicios al Miembro de MHS llamando al 1-877-647-4848.

## Seguro secundario

También deberá mostrar las tarjetas de identificación de cualquier otro seguro de salud que tenga cada vez que reciba atención de salud. Informe a MHS si tiene otro seguro de salud. Si cancela o pierde su otro seguro de salud, no olvide hablar con un asistente social estatal para actualizar su información.



**HOOSIER CARE CONNECT**  
MEMBER ID CARD

Member Name:  
Member ID:  
RXBIN: 003858  
RXPCN: MA  
RXGROUP: 2EKA



**PROVIDERS:** This card is used for identification purposes only and does not entitle the card holder to services which are available under the programs administered by the State of Indiana. Verify eligibility before delivering services.

Secure Portal: [mhsindiana.com/login](http://mhsindiana.com/login)

MHS Provider Services: 1-877-647-4848

MHS Provider Fax: 1-866-912-4245

Behavioral Health: 1-877-647-4848

Vision: 1-866-599-1774

Dental: 1-855-609-5157

Pharmacy (for pharmacists only): 1-833-750-4441

Pharmacy Fax: 1-833-645-2742

**MEMBERS:** It is against the law for this card to be used by anyone except the person whose name is printed on the front of this card.

MHS Website: [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com)

MHS Member Services: 1-877-647-4848

TDD: 1-800-743-3333

MHS Nurse Advice Line: 1-877-647-4848

My Health Pays<sup>SM</sup>: 1-877-259-6959

### CLAIMS INFORMATION

MHS Claims  
PO Box 3002  
Farmington, MO 63640-3802

Coverage and reimbursement provided in accordance with Indiana Medicaid reimbursement.

# SERVICIOS CUBIERTOS POR HOOSIER CARE CONNECT

*Su médico de MHS constituye su hogar médico. Lo mejor es que hable siempre con su médico antes de recibir servicios de atención de salud de otro proveedor.*

Hoosier Care Connect proporciona atención de salud y cobertura médica a las personas calificadas que cumplen los criterios del programa para personas de la tercera edad, personas no videntes o personas con discapacidad de Indiana.

## Servicios cubiertos

Un servicio cubierto es un servicio que se paga en virtud de sus beneficios médicos a través de Hoosier Care Connect. No hay copagos para estos servicios. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos en su paquete de beneficios. Si un servicio no está cubierto, su médico debe decirle si tiene que pagar por él.

| BENEFICIO   | COBERTURA                 |
|---|---------------------------|
| Atención durante y después del embarazo: Llame inmediatamente a MHS si se entera de que está cursando un embarazo | Incluida en la cobertura  |
| Controles de bienestar infantil (exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)         | Incluidos en la cobertura |
| Aparatos ortopédicos: Aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos, prótesis                        | Incluidos en la cobertura |
| Procedimientos cosméticos   | No                        |
| Tiras para la diabetes, control del azúcar en la sangre   | Incluidos en la cobertura |
| Pruebas para saber si tiene una condición de salud (diagnóstico)  | Incluidas en la cobertura |
| Evaluación y tratamiento de retrasos en el desarrollo   | Incluidas en la cobertura |
| Cuidado de los pies   | Incluido en la cobertura  |
| Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)                           | No                        |
| Audífonos (cada cinco años)   | Incluidos en la cobertura |
| Atención de salud a domicilio   | Incluida en la cobertura  |
| Hospitalizaciones   | Incluidas en la cobertura |
| Análisis de laboratorio/radiografías  | Incluidos en la cobertura |
| Suministros/equipos médicos   | Incluidos en la cobertura |
| Servicios nuevos o experimentales o terapias alternativas   | No                        |
| Servicios de traslado a consultas médicas, farmacias, atención de emergencia y citas de redeterminación           | Incluidos en la cobertura |
| Cirugías (ambulatorias)   | Incluidas en la cobertura |
| Atención continua tras la hospitalización (posestabilización)   | Incluida en la cobertura  |
| Recetas médicas y administración de la terapia con medicamentos   | Incluidas en la cobertura |
| Consultas médicas (servicios de su PMP/médico de familia)   | Incluidas en la cobertura |
| Remisiones a médicos especialistas  | Incluidas en la cobertura |
| Terapias autorizadas: física, del habla, ocupacional, respiratoria  | Incluidas en la cobertura |
| Atención para pacientes terminales ofrecidos en un entorno institucional  | Incluida en la cobertura  |

Para obtener una lista más detallada de los servicios específicos cubiertos y no cubiertos de Hoosier Care Connect, consulte [member.indianamedicaid.com/programs--benefits.aspx](http://member.indianamedicaid.com/programs--benefits.aspx).

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

## SERVICIOS CUBIERTOS POR HOOSIER CARE CONNECT

### Servicios de autorremisión para miembros de Hoosier Care Connect

Puede recibir algunos servicios sin acudir a su médico para obtener una remisión, siempre que acuda a un proveedor de Indiana Medicaid. Puede encontrar una lista de proveedores de Indiana Medicaid en [indianamedicaid.com](http://indianamedicaid.com).

#### Los siguientes servicios autorremitidos no requieren una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

|   |                      |
|---|----------------------|
| Los miembros pueden autorremitirse a cualquier proveedor calificado inscrito en Medicaid: | Hoosier Care Connect |
| Quiropraxia   | X                    |
| Atención de salud (óptica) de rutina para la vista  | X                    |
| Servicios psiquiátricos   | X                    |
| Podología (cuidado de los pies)   | X                    |
| Planificación familiar  | X                    |
| Servicios de emergencia   | X                    |
| Atención de urgencia  | X                    |
| Vacunas   | X                    |
| Autoadministración de la diabetes   | X                    |

|   |                      |
|---|----------------------|
| Estos servicios son de autorremisión si los ofrece un proveedor de la red:        | Hoosier Care Connect |
| Atención dental de rutina   | X                    |
| Salud del comportamiento (salud mental, abuso de sustancias, dependencia química) | X                    |

*Los problemas de comportamiento (salud mental) son muy habituales.*

*Pero a veces la gente no quiere hablar de estos problemas porque se sienten vergüenza o pena. Esto se conoce como “estigma”.*

*Algo que todos podemos hacer es hablar con las personas que tienen problemas de salud mental. Conversar con ellas es una forma de permitir que la persona hable de lo que le ocurre. Cuando se llega a conocer a una persona con una enfermedad mental que es capaz de hacer un trabajo o ser una buena vecina, el estigma se reduce.*

*Cuidar su bienestar mental es tan importante como cuidar su salud física. Puede encontrar un médico de salud del comportamiento en línea con nuestra herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor). MHS también tiene programas de administración de casos para determinadas condiciones.*

La atención de salud del comportamiento tiene como objetivo tratar su salud mental. Una persona que lidia con problemas de salud del comportamiento puede sentir estrés, depresión, ansiedad o necesitar ayuda con el abuso de sustancias.

MHS tiene administradores de casos de salud del comportamiento que ayudan a los miembros con necesidades especiales de atención de salud y que trabajan junto con usted y su médico especialista en salud del comportamiento para elaborar un plan de atención.

Si tiene alguno de los siguientes problemas, llame a MHS al 1-877-647-4848 y siga las indicaciones relacionadas con la salud del comportamiento:

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

Los servicios de salud del comportamiento autorremitidos (salud mental, abuso de sustancias, dependencia a sustancias químicas) no requieren una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

## Crisis Text Line

Si se encuentra en estado de crisis y necesita apoyo, puede enviar un mensaje de texto con la palabra “MHS” al 741741. Esa línea es gratuita y confidencial, y está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

## Servicios de salud del comportamiento cubiertos

- Servicios de diagnóstico
- Segundas opiniones
- Intervención en situaciones de crisis
- Pruebas psicológicas
- Pacientes internados y ambulatorios
- Programas intensivos ambulatorios
- Asesoramiento y tratamiento de adicciones
- Hospitalización parcial
- Tratamiento residencial de trastornos por uso de sustancias
- Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP)

Los servicios de atención a largo plazo, los servicios de exención a domicilio y comunitarios, los servicios de centros psiquiátricos estatales y los servicios de centros de tratamiento residenciales psiquiátricos no están cubiertos por Hoosier Care Connect. Si tiene una emergencia que podría poner en riesgo su vida, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede obtener más información sobre la atención de emergencia en la página 21.

## Programas de salud del comportamiento

- **Embarazo y atención posparto:** Si está cursando un embarazo 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 reciba la ayuda que necesita para tener un embarazo positivo y un bebé saludable.
- **Programa de Trastornos por Uso de Sustancias:** El programa de MHS le brinda ayuda para navegar por las opciones de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias, que pueden incluir tratamiento residencial, un programa de tratamiento por consumo de opioides,

programas intensivos para pacientes ambulatorios, asesoramiento para pacientes ambulatorios y otros recursos comunitarios disponibles como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA).

- **Programas de administración de atención de salud intensiva:** MHS tiene programas de administración de casos para numerosas condiciones de salud del comportamiento.
  - **Programa de Autismo/Enfermedades Generalizadas del Desarrollo (Trastornos del Espectro Autista):** Este programa de MHS le brinda ayuda para obtener la atención y el tratamiento necesarios para mejorar respecto de problemas sociales, de comunicación, de comportamiento, médicos y de otro tipo que puedan estar presentes. Queremos brindarle ayuda para aprender más sobre el autismo y sobre cómo trabajar en el autocuidado. También nos esforzamos para ayudar a obtener otros servicios disponibles que puedan mejorar el aprendizaje y otras habilidades.
  - **Programa de Manejo del Trastorno Bipolar:** El programa para el manejo del trastorno bipolar de MHS le brinda ayuda para entender sus emociones. Queremos proporcionar a los miembros 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 los síntomas del trastorno bipolar.
  - **Seguimiento de admisión en un hospital:** Si usted o su hijo/a ha estado en el hospital por una razón de salud mental o abuso de sustancias, MHS puede brindarle ayuda. Usted o su hijo/a necesitan sentir seguridad en su hogar. MHS le ayudará a asegurarse de que usted o su hijo/a acudan a sus citas de seguimiento y tomen todos los medicamentos necesarios según las indicaciones del hospital.
- **Opción de rehabilitación de Medicaid (MRO) y otros servicios:** La cobertura de los servicios de MRO y de los centros de tratamiento residenciales psiquiátricos es administrada directamente por el estado de Indiana. MHS trabajará con el Estado y sus médicos para coordinar esta atención. Los miembros también pueden ser elegibles para recibir un Plan individualizado de servicios familiares en el marco del programa Primeros Pasos para niños muy pequeños o un Plan individualizado de educación para servicios basados en la escuela. Estos programas también son administrados directamente por el Estado, y MHS se coordina con ellos para garantizar que los miembros reciben toda la atención de salud que necesitan.
- **Programa Choose Health:** Está diseñado para ayudar a las personas diagnosticadas con depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) o depresión perinatal, y les proporciona las herramientas necesarias para alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. Cuando se trata de su salud y bienestar, es importante entender que la salud mental forma parte de la salud general. Como parte del programa, tendrá acceso a otro profesional de la atención de salud, su asesor de Choose Health. Trabajaremos con usted y con su médico para asegurarnos de que tiene todo lo que necesita para volver a sentirse lo mejor posible. También hablaremos con otros miembros del equipo de atención de salud, incluidos los médicos especialistas en salud mental, para que nos ayuden con cualquier problema que pueda surgir. Póngase en contacto con nosotros si le interesa unirse a este programa.
  - **Programa de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD):** El programa de ADHD de MHS le brinda ayuda para entender y manejar los problemas sociales, psicológicos y de comportamiento que suelen acompañar al ADHD. Ayudamos a padres y niños a aprender a abordar los problemas y a llevar una vida feliz y sana con el ADHD.
  - **Programa para Tratar la Depresión:** Los miembros que experimentan largos períodos de tristeza, sentimientos de desesperanza o descontento pueden tener depresión. El programa sobre la depresión de MHS le brinda ayuda para encontrar las causas de sus sentimientos de tristeza, a resolver cualquier crisis inmediata, a mejorar su nivel de funcionamiento y a obtener los medicamentos o el asesoramiento necesarios.

# BENEFICIOS DENTALES Y DE LA VISTA

*Tener un hogar médico para su atención dental y de la vista es importante. Su dentista y su médico de la vista revisan su estado de salud año tras año para detectar necesidades importantes de atención preventiva, al igual que su médico.*

## Beneficios dentales

### Atención de salud de rutina cubierta

- Una limpieza con tratamiento de fluoruro cada seis meses para los miembros de entre 1 y 20 años
- Una limpieza al año para los miembros de 21 años o más
- Radiografías y empastes
- Extracción de dientes (según la necesidad médica)
- Ortodoncia para niños (según la necesidad médica)
- Prótesis dentales, parciales y reparaciones (con límites)
- Cirugía dental (con límites)
- Servicios dentales de emergencia

Algunos servicios dentales deben ser aprobados previamente por MHS, incluidas las dentaduras postizas y las cirugías dentales. Su dentista puede brindarle ayuda para obtener la aprobación.

### Encuentre un dentista

- Ingrese en [mhsindiana.com/find-a-provider](http://mhsindiana.com/find-a-provider).
- Llame a Servicios al Miembro al 1-877-647-4848.

## Beneficios de la vista

### Atención de salud de rutina cubierta

- Un examen de rutina de la vista todos los años para los miembros de 20 años o menos
- Un examen de rutina de la vista cada dos años para los miembros de 21 años o más
- Nuevos anteojos después de su examen una vez al año para los miembros de 20 años o menos, si la vista ha cambiado mucho desde su último par
- Nuevos anteojos después de su examen una vez cada dos años para los miembros de 21 años o más, si la vista ha cambiado desde su último par
- Anteojos de reemplazo o marcos según lo determine su médico
- Cobertura limitada de lentes de contacto
- Exámenes de la vista y tratamientos médicamente necesarios para miembros con enfermedades oculares u otras enfermedades que afecten los ojos

### Busque un médico de la vista

- Ingrese en [visionbenefits.envolvehealth.com](http://visionbenefits.envolvehealth.com).
- Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).
- Elija “MHS Health Services – Indiana (Medicaid)” como su “Health Plan” (Plan de salud).

### Beneficios mejorados para la vista

Los miembros pueden optar por ser excluidos del beneficio de anteojos estándar y recibir \$75 para probar y conseguir lentes de contacto.

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

### **Encuentre una farmacia**

Todos los miembros de MHS deben usar una farmacia de la red, incluidas las farmacias de compra por correo. Encuentre una farmacia en línea ingresando en [mhsindiana.com/find-a-provider](https://mhsindiana.com/find-a-provider).

### **Recetas médicas 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 la insulina) y medicamentos para brindarle ayuda para dejar de fumar. Los medicamentos de venta libre solo están cubiertos si aparecen en el Formulario de medicamentos de venta libre (OTC).

Los artículos que necesite para la atención de salud de la diabetes también son un beneficio cubierto. Incluyen agujas, jeringas, monitores del nivel de glucosa en la sangre, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas de glucosa en para análisis de orina. Puede adquirir estos artículos en su farmacia.

Su beneficio de farmacia tiene una Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL muestra los medicamentos que están cubiertos. Un equipo de médicos y farmacéuticos actualiza esta lista cuatro veces al año. La actualización de esta lista garantiza que los medicamentos sean seguros y útiles para usted, así como rentables para el programa Indiana Medicaid.

Algunos medicamentos OTC están cubiertos por Indiana Medicaid. Incluso los medicamentos OTC de la lista requieren receta médica para estar cubiertos.

Puede encontrar un enlace a su Formulario de medicamentos de la PDL y OTC en el sitio web de MHS ingresando en [mhsindiana.com](https://mhsindiana.com). Haga clic en For Members (Para miembros) > Hoosier Care Connect > Beneficios y servicios (Benefits & Services) > Pharmacy (Farmacia).

### **Medicamentos recetados no cubiertos**

- Medicamentos que no tienen la aprobación de la FDA
- Medicamentos experimentales o en fase de investigación
- Medicamentos que ayudan a concebir
- Medicamentos para adelgazar
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos para tratar los problemas de erección
- Medicamentos que no figuran en el Formulario de medicamentos OTC

*Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Care Connect cada vez que reciba atención de salud o vaya a la farmacia.*

*Esto le garantiza que pueda usar los beneficios que forman parte de su plan.*

### **Medicamentos genéricos y preferidos**

Su farmacéutico le dará medicamentos genéricos cuando su médico los haya aprobado. Los medicamentos genéricos son iguales que los de marca y hacen que la atención de salud sea más asequible. Deben usarse medicamentos genéricos 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 deben usarse cuando estén disponibles para tratar su condición médica, a menos que su médico le dé una razón médica por la que deba usar un medicamento diferente.

### **Autorización previa para medicamentos**

Algunos medicamentos pueden necesitar autorización previa antes de estar cubiertos. Para obtener la autorización, su médico tendrá que proporcionarle información sobre su salud, y después se decidirá si el medicamento está cubierto. Su médico debe enviar una solicitud de autorización previa en los siguientes casos:

- Un medicamento aparece como no preferido en la PDL, o deben cumplirse determinadas condiciones para que usted pueda obtener el medicamento.
- Recibe una mayor cantidad de un medicamento en la actualidad que la que le recetan habitualmente.
- Hay otros medicamentos que deberían probarse primero.

En la mayoría de los casos, puede obtener un suministro de hasta tres días (72 horas) de un medicamento que requiere autorización previa mientras espera una decisión. La decisión se toma dentro de un día (24 horas), sin incluir los domingos ni algunos días festivos. Se notificará la decisión a su proveedor. Su proveedor puede encontrar formularios de autorización previa en el sitio web de MHS ingresando en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).



### Cuándo y dónde acudir para buscar atención

Es importante consultar al médico indicado para recibir la atención de salud adecuada. Es posible que oiga que se mencionan las palabras “proveedor médico primario (PMP)”, “profesional”, “médico” y “proveedor” en MHS. Todos estos títulos hacen referencia a un médico o a un centro donde se reciben servicios de atención de salud.

**Su proveedor médico primario (PMP):** Debe acudir a su PMP para las visitas por enfermedades, los chequeos habituales, las inmunizaciones (vacunas), las recetas médicas, las remisiones a médicos especialistas y hospitales, y la atención durante el embarazo.

**Médicos especialistas:** Un médico especialista es un médico que trabaja en un área de atención de salud. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Para consultar a un médico especialista, primero debe obtener la remisión de su PMP.

**Consultorio sin cita previa/centro de atención de urgencia:** Los consultorios sin cita previa le ofrecen una atención de alta calidad cuando necesita atención de salud rápida para condiciones que no ponen en peligro su vida.

**Sala de emergencias (ER):** La atención de emergencia está a su disposición cuando cree que tiene una emergencia médica que pone en peligro su vida. Si no sabe con certeza si tiene una emergencia, llame a su PMP. Si no puede ponerse en contacto con el consultorio de su PMP, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería de MHS, disponible las 24 horas del día.

**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 merece un hogar médico: proveedor médico primario (PMP)

Usted merece un hogar médico exitoso en el que se cumpla lo siguiente:

- Usted y su médico pueden establecer una relación de confianza.
- Usted tiene un lugar al que siempre puede acudir para las visitas por enfermedades y los chequeos habituales.
- Usted siente que su médico y el personal se preocupan por usted y son responsables de su atención de salud.

Acuda a su PMP para las visitas por enfermedades, los chequeos habituales, las inmunizaciones (vacunas), las recetas médicas, las remisiones a médicos especialistas y hospitales, y la atención durante el embarazo. Su PMP se esforzará por conocer su historial médico, se tomará el tiempo necesario para escuchar sus inquietudes, le explicará las cosas de forma que pueda entenderlas y trabajará con usted para que se mantenga saludable.

Llame siempre a su médico para cancelar las citas. Si no cancela sus citas, y si falta a más de tres citas, su médico puede tener derecho a solicitar a MHS que cambie su médico.

*Si no sabe con certeza si debe buscar atención de salud en una sala de emergencias por un suceso que no pone en peligro su vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede localizar a su médico, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS.*

*Los adolescentes y los jóvenes adultos tienen inquietudes y problemas especiales de atención de salud. Es importante tener un médico que pueda atender esas necesidades. Si está cerca de cumplir los 18 años y acude a un pediatra, hable con su médico sobre la posibilidad de cambiar a un proveedor médico primario que atiende a adultos.*

# CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA BUSCAR ATENCIÓN

## **Elija o cambie de médico de MHS**

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

### **En primer lugar, busque una lista de médicos en su zona:**

- ingrese en [mhsindiana.com/find-a-provider](https://mhsindiana.com/find-a-provider); o bien
- llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicite una lista.

### **A continuación, elija a su médico de la lista:**

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Obstetricia y ginecología (OB/GYN)
- Pediatría

### **Y de los siguientes tipos de médicos:**

- Médico (MD)
- Médico osteópata (DO)
- Asociado médico (AP)
- Personal de enfermería con práctica médica (NP)
- Personal de enfermería obstétrica
- Médico especialista en enfermería clínica (CNS)

### **Por último, ¡avísenos! Puede decírnoslo de dos maneras:**

- 1) Elija a su médico a través del portal seguro para miembros ingresando en [mhsindiana.com/login](https://mhsindiana.com/login). Los nuevos miembros pueden ganar una recompensa si eligen a su PMP de esta manera.
- 2) Llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848 y díganos quién quiere que sea su médico.

**Después, MHS le enviará una carta en la que se confirmarán los médicos que ha elegido.**

## **Cuánto puede tardar en programar una cita**

MHS quiere que reciba atención de salud cuando la necesite. Trabajamos duro para crear una red de proveedores que funcione para usted, y nuestra red sigue creciendo. Pero, a veces, de todos modos tendrá que esperar para atenderse con un proveedor. Usamos los estándares del Estado para programar los tiempos de espera. Llame a Servicios al Miembro de MHS si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el tiempo de espera para una cita en el consultorio de su médico. A continuación, le indicamos cuánto tiempo debería tardar en programar una cita con su médico:

| TIPO DE CITA   | PLAZO DE PROGRAMACIÓN DE LA CITA           |
|--|--|
| Atención de urgencia o visitas por enfermedad                              | Programadas dentro de un día (24 horas)    |
| Consultas no urgentes  | Programadas dentro de tres días (72 horas) |
| Exámenes preventivos para adultos / consultas anuales de atención de salud | Programadas dentro de tres meses           |
| Nueva consulta de embarazo   | Programada dentro de un mes                |
| Exámenes preventivos infantiles / controles de bienestar infantil          | Programados dentro de un mes               |
| Exámenes para niños con necesidades especiales                             | Programados dentro de un mes               |

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

*El equipo de relaciones con los proveedores de MHS trabaja durante todo el año para agregar médicos, centros y hospitales a la red de MHS. Cuanta más oferta tenga MHS en nuestra red cercana, más opciones habrá para USTED.*

### Aproveche al máximo su consulta médica

- Llegue a tiempo.
- Traiga su tarjeta del seguro y una identificación (ID) con foto.
- Apague sus teléfonos móviles y otros dispositivos electrónicos.
- Escriba una lista de preguntas para hacerle al médico.
- Lleve sus expedientes médicos y de vacunas, así como todos los medicamentos que esté tomando actualmente.
- Describa los síntomas y el malestar.
- Haga preguntas y tome notas durante cada consulta.
- Converse con el médico sobre los próximos pasos en su plan de atención de salud.
- Programe las consultas de seguimiento y todos los chequeos anuales.

### Médicos especialistas

Un médico especialista es un médico que trabaja en un área de atención de salud. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Su médico puede remitirle a un médico especialista si es necesario. Normalmente, su médico le remitirá a otro médico de la red de MHS, a menos que pueda recibir un mejor tratamiento para su condición médica a manos de alguien que no sea un médico de la red de MHS.

Cuando consulte a un médico especialista, asegúrese de que este tenga la información de contacto correcta de su médico. Su médico especialista enviará un informe a su médico en el que se detallará su plan de atención de salud.

### Servicios de autorremisión

MHS permite algunas consultas de médicos especialistas autorremitidos. Una autorremisión significa que no tiene que obtener una remisión de su médico. En la página 11, encontrará una lista de los servicios de autorremisión de Hoosier Care Connect.

### Cambios de consultorio de médicos especialistas o PMP

A veces, ya no se le puede asignar un médico o especialista porque el médico cambia de ubicación, se traslada a un nuevo plan de salud (ya no está en el plan de MHS) o ya no acepta pacientes de su edad o género. Si eso pasa con un médico con el que se atiende en la actualidad, MHS le enviará una carta para informarle. En la carta, se le explicará qué opciones tiene y si puede elegir permanecer con su médico.

Puede seguir acudiendo a su médico si este dejó de participar en la red durante el período actual de tratamiento activo, o durante un máximo de 90 días calendario, lo que sea menor, si usted está en tratamiento activo por una condición crónica o aguda. Si está cursando un embarazo y ya se encuentra en el segundo o tercer trimestre, puede continuar con su médico hasta 30 días después del parto.

### Continuidad de la atención de salud

Estamos aquí para ayudar a nuestros miembros a obtener una atención continua y la coordinación de la atención de la salud médicamente necesaria cuando se inscriban o cancelen su membresía en MHS. Si desea saber si la continuidad de la atención de salud es para usted, o si desea una copia de nuestra política de transición de la atención de salud, llame a Servicios al Miembro.



**Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Care Connect cada vez que reciba atención de salud o vaya a la farmacia. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que tenga que pagar por su atención de salud. Si recibe una factura por servicios cubiertos o se le indica que presente una reclamación, póngase en contacto inmediatamente con Servicios al Miembro de MHS llamando al 1-877-647-4848.**

## Clínicas sin cita previa y de atención de urgencia

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

Si tiene un problema médico que no pone en peligro su vida pero no sabe con certeza qué hacer, siempre debe llamar primero a su médico. Aunque el consultorio esté cerrado, escuche el mensaje del buzón de voz y siga las instrucciones para recibir atención de salud fuera del horario de atención. MHS exige que todos los médicos tengan una línea de teléfono fuera del horario de atención. Si no puede ponerse en contacto con su médico, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería de MHS disponible las 24 horas.

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

### Clínicas sin cita previa

Las clínicas sin cita previa le proporcionan una atención de alta calidad cuando necesita atención de salud rápida para condiciones que no ponen en peligro su vida, como las siguientes:

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

### Clínicas de atención de urgencia

Muchas clínicas abren más tarde por la noche y tienen un horario ampliado los fines de semana. Las clínicas de atención de urgencia ayudan a los pacientes a recibir atención de salud sin tener que esperar en la sala de emergencias de su hospital local. Estas clínicas pueden tener asociados médicos y personal de enfermería con práctica médica para brindarle atención. Los asociados médicos y el personal de enfermería con práctica médica están capacitados y reciben supervisión cuando brindan atención de salud. Realizan muchos de los servicios de rutina que suelen ofrecer los médicos. Pueden elaborar historiales médicos, realizar exámenes físicos y de otro tipo, ordenar medicamentos, realizar pruebas de laboratorio y radiografías, y enseñar a los pacientes a mantenerse saludables.

Consulte [mhsindiana.com/find-a-provider](https://mhsindiana.com/find-a-provider) para encontrar una clínica cerca de usted.

## Sala de emergencias: Sepa cuándo acudir

La atención de emergencia está a su disposición cuando cree que tiene una emergencia médica que pone en peligro su vida. Una emergencia médica que puede poner en riesgo su vida implica una enfermedad o lesión de tal gravedad, incluido dolor grave, que podría conducir a la siguiente si no se recibe atención médica inmediata, según el criterio razonable de una persona prudente que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina:

- poner en riesgo grave la vida de la persona (o, en el caso de mujeres que cursan un embarazo, la salud de la mujer o de su hijo/a);
- causar un deterioro grave de las funciones corporales de la persona; o
- provocar una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo de la persona.

### Cuándo acudir a la sala de emergencias

- Fracturas
- Heridas de arma de fuego o arma blanca
- Sangrado que no se detiene
- Trabajo de parto o sangrado durante el embarazo
- Dolor en el pecho intenso o síntomas de ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Envenenamiento
- Quemaduras graves
- Síntomas de “shock” (por ejemplo, sudoración, sed, mareos o palidez)
- Convulsiones o epilepsia
- Problemas para respirar
- Pérdida repentina de las capacidades para ver, moverse o hablar

Esta no es una lista completa de las situaciones en las que debe recibir atención de emergencias. Si tiene una condición de salud que se presenta con frecuencia (condición crónica), hable con su médico sobre lo que significaría para usted una emergencia médica que pueda poner en riesgo su vida. Siempre puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería de MHS disponible las 24 horas al 1-877-647-4848 si no sabe con certeza si debe acudir a la sala de emergencias.

### Cuándo NO acudir a la sala de emergencias

- Gripe, resfriados, dolores de garganta y de oído
- Esguinces o torceduras
- Un corte o rasguño que no requiera puntos de sutura
- Necesidad de más medicamentos o de volver a surtir un medicamento que requiere receta médica
- Dermatitis del pañal

*Si no sabe con certeza si debe buscar atención de salud en una sala de emergencias por un suceso que no pone en peligro su vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede localizar a su médico, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS.*

## CUÁNDO Y DÓNDE ACUDIR PARA BUSCAR ATENCIÓN

*Usted se merece un hogar médico exitoso, donde tenga un lugar al que siempre pueda acudir para las visitas por enfermedades y los chequeos habituales. Los médicos de la sala de emergencias no conocen su historial médico tan bien como su hogar médico.*



**Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Care Connect cada vez que reciba atención de salud o vaya a la farmacia. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que tenga que pagar por su atención de salud. Si recibe una factura por servicios cubiertos o se le indica que presente una reclamación, póngase en contacto inmediatamente con Servicios al Miembro de MHS llamando al 1-877-647-4848.**

### **Tiempos de espera en la sala de emergencias**

En una sala de emergencias, primero se atienden las emergencias que ponen en peligro la vida. Si acude a la sala de emergencias por una lesión o enfermedad que no pone en peligro su vida, es posible que tenga que esperar varias horas para recibir atención. Es muy importante que acuda a su médico de familia o visite un centro de atención de urgencia para casos que no sean de emergencia.

### **Prepárese antes de una emergencia**

Asegúrese de conocer la ubicación y el número de la sala de emergencias más cercana. Puede encontrar una cerca de usted con nuestra herramienta "Find a Provider" (Buscar un proveedor), disponible en [mhsindiana.com/find-a-provider](http://mhsindiana.com/find-a-provider), o puede llamar a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848 y solicitar que le envíen una lista 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. Tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro lugar donde se brinde atención de emergencia para recibirla.

### **Seguimiento en casos de atención de emergencia**

Si acude a la sala de emergencias, brinde la información de contacto correcta de su médico de MHS. El personal de la sala de emergencias enviará un informe a su médico de MHS en el que se detallará su plan de atención y su diagnóstico. Si tiene que quedarse en el hospital, asegúrese de hablar con el médico de guardia sobre el motivo por el que está allí. Cuando se vaya del hospital, el médico de guardia le dará instrucciones que debe seguir. Es muy importante que siga todas las instrucciones, aunque se sienta mejor. Al día siguiente de acudir a la sala de emergencias, o al día siguiente de dejar el hospital tras una hospitalización de emergencia, llame para programar una consulta de seguimiento con su médico de MHS.

### **Cobertura de la atención de emergencia**

Las consultas en la sala de emergencias no necesitan la aprobación de su médico ni de MHS. Las consultas en la sala de emergencias de los miembros de Hoosier Care Connect están cubiertas.

La posestabilización es un servicio cubierto que se brinda después de recibir atención de emergencia. Se trata de la atención de salud que recibe una vez que se le estabiliza para que su condición se mantenga estable. Cuando acuda a la sala de emergencias, los médicos y el personal de enfermería deberán examinarlo y asegurarse de que se encuentra lo suficientemente bien antes de permitirle irse. El médico puede decidir que usted necesita otras pruebas o servicios después de estar estable cuando todavía permanece en el hospital y puede llamar a MHS para solicitar otras pruebas o servicios.

### Cobertura de la atención de salud fuera de Indiana

#### Sin cita previa o atención de urgencia

Si se encuentra fuera del estado y necesita acudir a una clínica de atención sin cita previa o de atención de urgencia por un problema que no pone en peligro su vida, debe llamar a su médico de MHS o a la Línea de Consultas de Enfermería de MHS al 1-877647-4848 para recibir aprobación antes de acudir. De lo contrario, es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba en la clínica.

#### Atención de emergencia

Si se encuentra fuera de Indiana y tiene una emergencia que podría poner en riesgo su vida, acuda a la sala de emergencias más cercana. La cobertura para la atención de salud en la sala de emergencias fuera de Indiana está cubierta. Puede obtener más información sobre la atención de emergencia en la página 21.

### Atención de salud de proveedores fuera de plan

“Fuera del plan” significa que el médico o centro al que desea acudir no forma parte de la red de proveedores de MHS ni de la red de Indiana Medicaid. Usted podría ser responsable de los cargos por atención no autorizada fuera del plan 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 de salud fuera del plan en los siguientes casos:

- MHS no tiene un médico dentro del plan que le proporcione los servicios que usted necesita, o no tiene un médico dentro del plan en un radio de 60 millas desde su hogar.
- Se trata de continuidad de la atención de un miembro que está cursando un embarazo y que se transfirió a MHS durante su tercer trimestre.
- MHS autorizó el servicio fuera del plan.

*Recuerde mostrar su tarjeta de identificación (ID) de miembro e indicar al personal que es miembro de MHS. Si no se lo comunica, es posible que reciba una factura por correo. Si eso sucede, llame de inmediato a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848.*

*Usted es responsable de cuidar de usted y de su familia. Pero las personas con condiciones de salud se mantienen más saludables durante más tiempo cuando tienen apoyo de alguien más. Los administradores de casos trabajan junto con su médico para brindarle ayuda para recordar que debe recibir toda la atención preventiva importante.*

## Programas de control de la salud

MHS tiene administradores de atención que están capacitados para ayudar a nuestros miembros con sus condiciones de salud. Un administrador de atención trabaja con los miembros y sus familiares, los proveedores y los grupos comunitarios para fijar objetivos que ayuden a mejorar su salud. Un administrador de atención puede brindarle ayuda para entender sus beneficios y opciones de tratamiento; con las necesidades de vivienda y servicios públicos de emergencia; y con otros servicios, como traslados al médico, comida y mucho más.

Si usted o su hijo/a tienen o corren el riesgo de tener una de las siguientes condiciones de salud enumeradas, llámenos para que podamos brindarle más información sobre nuestros programas y ayuda para inscribirse. Si desea unirse a un programa o saber más, llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848.

## Programas de administración de casos médicos

- **Programa para Niños con Necesidades Especiales:** Los niños con condiciones crónicas son elegibles para participar en este programa. Se incluyen condiciones como las siguientes:
  - Parálisis cerebral
  - Fibrosis quística
  - Discapacidades del desarrollo
  - Autismo
  - Lesiones cerebrales traumáticas
  - Síndromes congénitos con retrasos importantes en el desarrollo
  - Otras necesidades de atención de salud especiales

Los niños inscritos en el programa reciben servicios de administración de la atención proporcionados por un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de atención de MHS que se especializa en las necesidades de atención de salud de los niños.

- **Programa para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica (CKD):** La CKD es una enfermedad en la que los riñones pierden capacidad para eliminar los residuos y el exceso de líquido de la sangre. MHS le brinda ayuda para controlar los riesgos de la CKD, como la diabetes y la presión arterial alta. Esto puede brindarle ayuda para evitar la terapia de reemplazo renal. Nuestro equipo le ayudará a aprender cómo mejorar su alimentación y a obtener servicios para lidiar la enfermedad y sus causas.
- **Programa de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (CHF):** La CHF es una enfermedad que se produce cuando el corazón está demasiado débil para bombear sangre. Nuestro programa de CHF se centra en la administración de medicamentos (fármacos). Esto le ayudará a reducir las probabilidades de sufrir ataques cardíacos, tener derrames cerebrales, ir a la sala de emergencias y tener hospitalizaciones.
- **Programa de Enfermedad Arterial Coronaria (CAD):** La CAD se produce cuando una sustancia llamada “placa” se acumula en las arterias que suministran sangre al corazón (llamadas “arterias coronarias”). Nuestro programa de CAD le brinda ayuda para hacer frente a los efectos de la CAD, como los dolores de pecho, las limitaciones físicas y el aumento del nivel de colesterol. Lo hacemos mediante la administración de medicamentos (fármacos), cambios en el estilo de vida y la alimentación, y otras formas de afrontar la situación.



- **Programa de Diabetes (“Azúcar”):** La diabetes también se conoce como “azúcar”. La diabetes de tipo 1 es una enfermedad en la que su cuerpo ya no puede producir insulina. La diabetes de tipo 2 es una enfermedad en la que las células de su cuerpo son menos sensibles a la insulina. Ambos tipos pueden provocar niveles elevados de azúcar en la sangre. Póngase en contacto con nosotros si usted o su hijo/a tiene diabetes.
- **Programas de mejora en el control del asma y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (COPD):** El asma no se puede curar, pero la mayoría de las personas asmáticas pueden controlar sus síntomas y prevenir las crisis asmáticas evitando los factores que lo desencadenan y usando correctamente los medicamentos recetados, como los corticosteroides inhalados. Las COPD son un grupo de enfermedades pulmonares que le causan problemas para respirar. Nuestros programas le brindarán ayuda para mantenerse saludable al prevenir episodios agudos y evitar que vaya a la sala de emergencias.
- **Programa sobre el Plomo:** El plomo es un metal pesado que puede encontrarse en la pintura, el polvo, el suelo, el agua, el aire y los alimentos. Puede ser perjudicial para las personas, especialmente para los niños. Si se descubre que su hijo/a tiene niveles altos de plomo en la sangre, MHS le proporcionará información y educación.

## Programas sobre el embarazo y Primer Año de Vida

### Start Smart for Your Baby® y Special Deliveries de MHS

MHS se preocupa por su salud y la de su bebé. Tenemos dos programas para las miembros de MHS que están cursando un embarazo: Start Smart for Your Baby y Special Deliveries de MHS. Al unirse a cualquiera de los dos programas, será elegible para ganar más recompensas de My Health Pays®. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 29.

Start Smart for Your Baby es un programa educativo abierto a todas las miembros que cursan un embarazo. Special Deliveries de MHS es un programa de administración de la atención para miembros que cursan un embarazo. Los administradores de atención de MHS hablarán con usted y le sugerirán el programa más adecuado según su historial médico y el plan de atención de su médico.

Con cualquiera de los programas, el personal de enfermería obstétrica (OB) de MHS se asegurará de que recibe la atención de salud y los recursos que necesita durante el embarazo y cuando este termine. El personal de enfermería obstétrica (OB) de MHS puede hacer lo siguiente:

- Ayudar a las miembros a entender los cambios del cuerpo durante el embarazo.
- Hablar sobre problemas que pueden surgir durante el embarazo de la miembro.
- Hablar con la miembro sobre lo que debe hacer si tiene complicaciones durante el embarazo.
- Ayudar con la programación de citas con el médico o traslados gratuitos al consultorio.
- Ayudar a obtener un teléfono celular gratis si necesita uno. Puede usar este número de teléfono para ponerse en contacto con su médico, su familia y otras personas importantes mientras esté cursando un embarazo.
- Ayudarla a dejar de fumar o consumir tabaco.
- Ayudarla a encontrar más formas de ganar recompensas de My Health Pays® si acude a sus consultas con el obstetra (OB).
- Responder cualquier otra pregunta sobre su salud y la de su bebé.

*Las madres que se unen a nuestros programas de embarazo tienen más probabilidades de tener un embarazo a término y menos probabilidades de que su bebé ingrese en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU). ¡Ayude a su bebé a tener el mejor comienzo!*

Queremos brindarle ayuda para cuidar de sí misma y de su bebé durante todo el embarazo. La información puede enviarse por correo, teléfono y correo electrónico y está disponible en nuestro sitio web, [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). También se puede programar una consulta en su hogar con personal de enfermería obstétrica (OB).

### **Primer Año de Vida**

Tener un bebé por primera vez trae consigo muchas alegrías y sorpresas. También implica muchas noches sin dormir, así como cambios en su vida. Queremos que nuestros miembros sepan que el personal de enfermería del programa Primer Año de Vida de MHS también está aquí para brindar apoyo. Podemos responder sus preguntas y proporcionarle hojas informativas útiles para que sepa qué puede esperar a medida que crece su bebé. Además, según sea necesario, la llamaremos y le enviaremos recordatorios para programar las próximas vacunas y consultas de control de bienestar para niños con los médicos de su bebé.

## **Programas adicionales**

### **Opciones de anticoncepción (planificación familiar)**

Sus opciones de anticoncepción suelen denominarse “servicios de planificación familiar”. Se trata de un programa cubierto y de autorremisión. Eso significa que puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Hoosier Care Connect. No obstante, le recomendamos que reciba los servicios de planificación familiar de su médico o de otro médico de MHS. Si le genera incomodidad hablar con su médico y no sabe dónde obtener estos servicios, póngase en contacto con Servicios al Miembro de MHS llamando 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 las indicaciones del estado de Indiana. Los miembros son remitidos al programa si se detecta que usan los servicios de Medicaid más que otros miembros. A estos miembros se les asigna un médico y una farmacia. Deben usar estos centros específicos para todas las necesidades de atención de salud, excepto en caso de emergencias.

Los miembros remitidos al programa recibirán una carta de MHS en la que se les dará la bienvenida al programa. El período de membresía a Right Choices puede durar hasta dos años y puede renovarse por un período adicional de dos años después de una revisión. Sin embargo, los miembros tienen derecho a apelar su remisión al programa dentro de un plazo de 60 días. Si tiene más preguntas o si ha recibido una carta de bienvenida, llame al administrador de Right Choices de MHS al 1-877-647-4848.

## Deje de fumar o consumir tabaco

MHS le recomienda que deje el tabaco y de fumar. El consumo de tabaco sigue siendo la causa de muerte y enfermedad en los Estados Unidos que más se puede prevenir, y provoca más de 480,000 muertes al año. Dejar de fumar puede tener beneficios tanto inmediatos como a largo plazo para usted y sus seres queridos. Permítanos brindarle ayuda hoy mismo.

Llame hoy mismo en forma GRATUITA y CONFIDENCIAL a la Línea Directa para Dejar el Tabaco de Indiana al 1-800-QUIT-NOW. La Línea Directa para Dejar el Tabaco es un programa de asesoramiento telefónico basado en pruebas que ofrece asesoramiento individualizado a los consumidores de tabaco que han decidido dejar de fumar, proporciona apoyo profesional a lo largo de todo el proceso y brinda apoyo con medicamentos. Si no tiene todo listo para dejar de fumar, el personal de la Línea Directa para Dejar el Tabaco le brindará ayuda para averiguar qué puede hacer para prepararse y dejar de fumar con éxito. Además, la Línea Directa para Dejar el Tabaco ofrece un asesor web y ayuda por mensaje de texto: Text2Quit.



*¿Está cursando un embarazo? ¿Fuma? No es demasiado tarde para dejarlo. Dejar de hacerlo ahora puede marcar una gran diferencia en la vida de su bebé. La Línea Directa para Dejar el Tabaco de Indiana tiene un programa especial para ayudar a las mujeres durante el embarazo. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).*

## Además, puede ganar \$100 en recompensas de My Health Pays por completar el programa de la Línea Directa para Dejar el Tabaco de Indiana.

Las funciones clave del programa incluyen lo siguiente:

- Asesoramiento en más de 170 idiomas.
- Acceso las 24 horas al día, los 7 días de la semana, a asesores para dejar de fumar altamente calificados y dedicados.
- Asesoramiento telefónico proactivo individual con un asesor para dejar de fumar.
- Elaboración de un plan para dejar de fumar que mejore sus posibilidades de éxito, incluida la elección de una fecha para dejar de fumar.
- Kit de inicio gratuito de dos semanas de terapia de reemplazo de nicotina (chicles/parches) para quienes sean elegibles.
- Servicios ampliados para mujeres que cursan un embarazo y jóvenes consumidores de tabaco (13 a 17 años).
- Consejos prácticos y sugerencias para brindarle ayuda a fin de hacer frente a los antojos, encontrar formas de cambiar sus actividades/comportamientos diarios que desencadenan las ganas de fumar y evitar el aumento de peso.
- Inscríbase en el servicio de asesores web para fijar una fecha para dejar de fumar, elegir un medicamento, vencer y controlar sus impulsos, controlar su entorno y obtener apoyo social.
- Para obtener ayuda adicional, inscríbase en el programa Text2Quit para recibir hasta 300 mensajes de texto personalizados para su plan para dejar de fumar.

## Razones para dejar el tabaco

- **Consumir tabaco es la causa de 1 de cada 5 muertes en EE. UU.**
- **Los fumadores viven 10 años menos, en promedio, que los no fumadores.**
- **Los fumadores tienen más problemas de salud y acuden al médico mucho más que los no fumadores.**
- **El fumador promedio de Indiana gasta más de \$2,500 en cigarrillos todos los años. ¡Eso equivale a \$130,000 a lo largo de toda una vida!**

**Hay muchas razones importantes para dejar el tabaco. Solicite ayuda hoy a MHS.**

## Transporte

MHS quiere facilitarle el acceso a la atención de salud que necesita. Ofrecemos transporte ilimitado a las consultas médicas y a la farmacia, a las citas de redeterminación de Medicaid y a los eventos para miembros de MHS. Puede ponerse en contacto con el prestador de servicios de transporte de MHS a través de Servicios al Miembro de MHS llamando al 1-877-647-4848. Después de que se le presente con las opciones para miembros, indique “transportation” (transporte). Puede hablar con un representante de transporte en directo entre las 8 a. m. y las 8 p. m., de lunes a viernes. El transporte se programa a través de un sistema de mensajes fuera del horario de atención y los fines de semana. Todos los mensajes se contestan dentro de un día.

Llame para programar su traslado tres (3) días hábiles (72 horas) antes de su consulta médica programada. Programe su cita con el médico antes de llamar para conseguir un traslado. Los miembros pueden programar un traslado cuarenta y cinco (45) días antes de su cita. El plazo de programación no incluye fines de semana, días festivos ni la misma fecha de la cita. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llámenos inmediatamente para hacer lo mismo con el transporte.

*Si no sabe con certeza si debe buscar atención de salud en una sala de emergencias por un suceso que no pone en peligro su vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede localizar a su médico, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS.*

| Domingo | Lunes                                  | Martes | Miércoles | Jueves                            | Viernes | Sábado |
|---------|--|--------|-----------|-----------------------------------|---------|--------|
|         | ¡Llame HOY para programar un traslado! |        |           | Dr. Smith, chequeo a las 10 a. m. |         |        |

Aquí tiene más información que podría necesitar sobre el transporte:

- Es posible que tenga que esperar hasta dos horas a que el transporte pase a buscarlo antes de su visita programada.
- Si necesita transporte debido a una necesidad de atención de urgencia, este podría demorar más en llegar, ya que no es un traslado programado con anticipación. Llame de inmediato para programar el traslado.
- Todos los transportes deben programarse para acudir a consultas médicas cubiertas por Indiana Medicaid, para recoger medicamentos recetados después de una consulta médica cubierta, para renovar su cobertura Hoosier Care Connect o para determinados eventos para miembros de MHS.
- Si tiene una emergencia que pone en riesgo la vida, llame al 911 o al número local para emergencias.
- Los niños menores de 16 años deben viajar siempre con un adulto de 18 años o más.

Puede llevar a otra persona con usted. Los pasajeros adicionales deben aprobarse con anticipación. El servicio de transporte intentará adaptarse a su situación si solicita más pasajeros. El servicio de transporte puede negarse a trasladar personas que no hayan sido aprobadas con anticipación.

Cuando llame para programar un traslado, tenga a mano la siguiente información:

- La tarjeta de Medicaid de usted o de su hijo/a.
- Su dirección y número de teléfono.
- La fecha y la hora de la cita.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del consultorio o la clínica.
- La cantidad de pasajeros (el paciente y su padre, madre o tutor únicamente).
- Si necesitará un vehículo que sea accesible en silla de ruedas.
- Si necesitará ayuda para movilizarse hasta la entrada y volver al vehículo.
- Si necesitará asientos para el vehículo. Si no tiene un asiento, se le puede proporcionar uno. El servicio de transporte se negará a transportar a cualquier niño sin el asiento de seguridad correspondiente.

## SERVICIOS ESPECIALES DE MHS

Cómo llamar para pedir traslado después de su cita

- Después de que llame, el automóvil puede demorar entre 15 minutos y una hora hasta llegar a su ubicación.
- El transporte puede llevarlo a una farmacia camino a su hogar después de una consulta médica.
- Esté listo cuando llegue el transporte.
- El transporte pasará a buscarlo por el mismo lugar donde lo dejó. No puede pasar a buscar a varios miembros de la familia por diferentes lugares.

Para obtener información sobre el reembolso de gasolina por millaje o los pases de autobús, póngase en contacto con Servicios al Miembro de MHS.

### Programas exclusivos para 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 solicitar información sobre cómo obtener estos servicios diseñados especialmente para usted.

**myhealthpays**<sup>®</sup>

MHS recompensa las elecciones saludables de sus miembros mediante el programa de recompensas de My Health Pays<sup>®</sup>. Los miembros pueden ganar recompensas en dólares por actividades como realizarse exámenes, recibir atención de salud preventiva y mucho más. Use sus recompensas My Health Pays<sup>®</sup> para ayudar a pagar **artículos de uso cotidiano en Walmart\***, **servicios públicos, transporte, telecomunicaciones** (factura del teléfono móvil), **servicios de cuidado de niños, educación o alquiler**.

Comience hoy. Puede empezar a ganar recompensas de My Health Pays<sup>®</sup> en cuanto se inscriba en MHS. Complete cualquiera de las actividades saludables elegibles que se detallan a continuación. Entonces, los dólares de recompensa se asignarán automáticamente a su tarjeta de My Health Pays<sup>®</sup>. Todos los nuevos miembros reciben por correo una tarjeta de My Health Pays<sup>®</sup>.

#### Gane recompensas al completar las siguientes actividades saludables:

- |              |   |
|--------------|---|
| <b>\$30</b>  | por completar un examen de necesidades de salud dentro de los 30 días siguientes a inscribirse.   |
| <b>\$10</b>  | por completar un examen de necesidades de salud dentro de los 90 días siguientes a inscribirse.   |
| <b>\$15</b>  | por crear una cuenta en el portal para miembros y usarla para elegir un PMP dentro de los 30 días siguientes a la inscripción (una por año calendario).                                     |
| <b>\$10</b>  | por visita de bienestar para niños hasta los 15 meses de edad (máximo de \$60). (Se recomienda hacer estas visitas antes de los 30 días de vida y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses de edad). |
| <b>\$20</b>  | por una consulta anual de atención de la salud con un médico de atención primaria (una por año calendario; a partir de los 16 meses).   |
| <b>\$20</b>  | por una consulta dental anual (solo entre el primer año de vida y los 20 años de edad; una por año calendario).   |
| <b>\$100</b> | por completar el programa de la Línea Directa para Dejar el Tabaco de Indiana. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).  |

*Empiece a ganar recompensas hoy mismo. Complete su examen de necesidades de salud en línea ingresando en [mhsindiana.com/HCCscreening](https://mhsindiana.com/HCCscreening) o llame al equipo de compromiso en la atención de MHS al 1-888-252-3410.*

## SERVICIOS ESPECIALES DE MHS

**\$50** si está dentro del 1.º trimestre

**\$25** si está dentro del 2.º trimestre

por enviar un formulario de notificación de embarazo (NOP) a MHS. Inicie sesión en su cuenta del portal para miembros para completar el NOP.

Hasta **\$80** por participar en la administración de casos de obstetricia: Consulte [mhsindiana.com/rewards](http://mhsindiana.com/rewards) para obtener más detalles.

**\$20** por visita posparto: Acuda a su médico entre los 21 y 56 días después del parto.

**Para consultar su saldo, acceda a su cuenta del portal seguro o llame al 1-866-809-1091.**

*\* No se puede usar la tarjeta para comprar bebidas alcohólicas, productos con tabaco ni armas de fuego. La tarjeta es emitida por The Bancorp Bank, en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank; miembro de FDIC. La tarjeta no puede usarse en todos los sitios que aceptan tarjetas de débito de Visa. Para conocer todas las restricciones de uso, consulte el Convenio para titulares de tarjeta. Los fondos vencen 90 días después de finalizada la cobertura de seguro o a los 365 días después de ganar la recompensa, lo que ocurra primero.*

**Llame hoy mismo a MemberConnections de MHS para que le brindemos ayuda a fin de entender sus beneficios, uno por uno.**

### Healthy Kids Club de MHS

Healthy Kids Club es un programa educativo gratuito dirigido a niños de 12 años o menos. Promueve formas divertidas para que los niños se mantengan saludables. Los niños recibirán una tarjeta de membresía y boletines informativos electrónicos mensuales con consejos y recetas saludables. Puede inscribir a sus hijos en el club en [mhsindiana.com/kidsclub](http://mhsindiana.com/kidsclub).

### MemberConnections®

Se trata de un equipo de alcance formado por personal de MHS que puede brindarle ayuda individualmente para entender su cobertura médica y otros recursos comunitarios. MemberConnections puede proporcionarle ayuda en persona o por teléfono. Le brindarán ayuda para establecer una relación con su médico y entender sus beneficios de salud, y lo conectarán con recursos de la comunidad. Si necesita transporte, alimentos, alojamiento u otros programas de salud, MemberConnections puede brindarle ayuda. Llame a Servicios al Miembro de MHS para obtener más información al 1-877-647-4848.

### Teléfonos móviles de Connections Plus®

MHS puede prestarles un teléfono móvil a los miembros inscritos en la administración de la atención de salud que no tengan acceso a un teléfono regular. Los teléfonos móviles de Connections Plus están programados para llamar y recibir llamadas del equipo de administración de la atención de MHS, del PMP de un miembro, de otros médicos del plan de tratamiento, de la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas de MHS y de los familiares que respaldan el plan de atención del miembro.

### Consejo Asesor de Miembros

MHS invita a grupos de nuestros miembros de todo el estado a hablar con nosotros cuatro veces al año. Las conversaciones incluyen los servicios que MHS proporciona y cómo se sienten los miembros con respecto a sus médicos, así como qué opinan de nuestros programas. Los miembros también consultan nuestros materiales impresos y la información del sitio web. MHS usa esta información para hacer cambios en el programa según los comentarios de nuestros miembros. Si le interesa formar parte de nuestro Consejo Asesor de Miembros, llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848.

### **Red de educación familiar**

Indiana Minority Health Coalition y MHS se asociaron para crear la Red de educación familiar. La red proporciona a los miembros de MHS formación presencial y por teléfono sobre los beneficios en una variedad de temas. Los representantes de la red pueden brindarle ayuda para explicar los beneficios y la cobertura del plan de salud de Medicaid, así como una visión general de los programas y servicios especiales de MHS a su disposición. Llame a Servicios al Miembro de MHS para programar una remisión gratuita al 1-877-647-4848.

### **Defensoría para miembros**

El programa de defensoría para miembros de MHS es una asociación entre MHS y Mental Health America of Indiana. Un defensor es alguien que trabaja para brindarle ayuda a fin de resolver sus problemas. Los miembros de MHS pueden comunicarse con un defensor sin costo para comentar cualquier problema que tengan sobre MHS, los servicios de MHS, los médicos de MHS y cualquier otro aspecto de su atención de salud. El servicio de defensoría es neutral y no toma partido por MHS ni por el programa Medicaid. El defensor trabajará con usted para resolver su problema. Si usted es miembro de MHS (o un representante legal), llame en estos casos:

- Tiene preguntas sobre sus beneficios o servicios de MHS.
- Desea saber cuáles son sus derechos y responsabilidades en relación con su cobertura de MHS.
- Necesita ayuda con el proceso de apelación, incluidos cómo presentar los documentos adecuados, cómo documentar las apelaciones verbales y cómo recibir orientación a través del proceso de apelación.

Si quiere la ayuda de un defensor, llame sin costo al 1-877-647-5326, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

# INSCRIPCIÓN ABIERTA Y REDETERMINACIÓN

*Esperamos que permanezca con MHS durante todos los años de su inscripción en Hoosier Care Connect. Trabajamos arduamente para ofrecerle el mejor servicio al cliente y una sólida red de proveedores, para que pueda tener todo lo que necesita en su plan de salud.*

MHS es su proveedor de cobertura médica. Usted eligió MHS o se le asignó MHS para que le proporcione su cobertura médica cuando se inscribió en Hoosier Care Connect. Su cobertura dura un año. Al final de ese año, usted pasa por el proceso de redeterminación. Esto significa que tiene que volver a solicitarla o confirmar la información con el Estado para demostrar que sigue siendo elegible para recibir Hoosier Care Connect. Si se aprueba, su membresía continuará un año más.

## **Nativos de Estados Unidos**

Los nativos de Estados Unidos tienen la opción de renunciar a la atención médica administrada y recibir una cobertura de pago por servicio. Si es usted nativo de Estados Unidos y desea no recibir atención médica administrada, póngase en contacto con su corredor de inscripción.

## **Solicitud para cancelar la inscripción**

Los miembros tendrán la oportunidad de cambiar de entidad de atención médica administrada (MCE) en los siguientes intervalos:

- Dentro de los noventa (90) días siguientes al inicio de la cobertura
- Una vez por año calendario por cualquier motivo
- Durante el período de inscripción abierta de Medicare (de mediados de octubre a mediados de diciembre) para que entre en vigor el siguiente año calendario
- En cualquier momento usando el proceso de causa justificada (explicado a continuación)

## **Cambios de plan de seguro de salud por causa justificada**

Todos los miembros de Medicaid pueden cambiar de entidad de atención médica administrada (MCE) por causa justificada. Determinar si un miembro tiene una de estas causas es decisión exclusiva del corredor de inscripciones y de la FSSA. Las razones incluyen, entre otras, alguna de las siguientes:

- Mala calidad de la atención.
- Falta en la prestación de los servicios cubiertos.
- Incumplimiento por parte del contratista de los estándares establecidos para la administración de la atención médica.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en cubrir las necesidades de atención de salud del miembro.
- Obstáculos lingüísticos o culturales significativos.
- Acción correctiva impuesta al contratista por el consultorio.
- Acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud dentro de una proximidad razonable a la residencia del miembro.
- La determinación de que el Formulario de otra MCE es más coherente con las necesidades de atención de salud existentes de un nuevo miembro.
- Falta de acceso a los servicios médicamente necesarios cubiertos por el contrato del contratista con el Estado.
- Falta de cobertura por parte del contratista de un servicio por objeciones morales o religiosas, tal y como se describe en la sección 6.3.2.
- Requisito de que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo cuando no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del contratista, y el proveedor del miembro determina que recibir los servicios por separado pondría al miembro a un riesgo innecesario.
- Cancelación de la inscripción por parte del proveedor principal de atención de salud del miembro de la MCE actual del miembro e inscripción en otra MCE. El miembro tendría que cambiar de proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral según el cambio de estado de ese proveedor de un proveedor dentro de la red a uno fuera de la red y, como consecuencia, experimentaría una interrupción en su residencia o empleo.
- Otras circunstancias que el consultorio o la persona que este designe determinen que constituyen una mala calidad de la cobertura de atención de salud.

Para solicitar un cambio por justa causa, llame al corredor de inscripciones de Hoosier Care Connect al 866-963-7383. Responderán a sus preguntas y le proporcionarán un formulario para solicitar un cambio, si es necesario. Antes de presentar una solicitud de justa causa, debe ponerse en contacto con MHS para que podamos ayudarle a resolver su inquietud a través del proceso de quejas y apelaciones. Si no podemos resolver su inquietud después de pasar por el proceso de quejas y apelaciones de MHS, puede presentar una solicitud de cambio de plan de salud al corredor de inscripciones por teléfono o por escrito.

## **Redeterminación**

Al final de su año de beneficios, usted tiene que volver a solicitar cobertura o confirmar la información con el Estado para demostrar que sigue siendo elegible para recibir Hoosier Care Connect. Inicie sesión en el portal de beneficios de la FSSA en [fssabenefits.in.gov](http://fssabenefits.in.gov) para obtener más información.

Realizar la solicitud o confirmar su información con el Estado puede llevar alrededor de 45 días. Para brindarle ayuda, MHS se contactará con usted por teléfono y correo electrónico para recordarle cuando falten 45 días para su último día de elegibilidad.



## Elegibilidad e inscripción en Medicare

¿Cumplirá 65 años pronto? Si es así, la fecha en la que se inscriba en Medicare es importante y puede afectar la fecha en la que comienza su cobertura y la cantidad que paga todos los meses. Es importante inscribirse lo antes posible para evitar multas o lagunas en la cobertura. Existen 3 períodos de inscripción a Medicare:

- Los tres meses anteriores a cumplir 65 años; Medicare entrará en vigor el primer día del mes en que cumpla 65 años.
- El mes en que cumpla 65 años; Medicare entrará en vigor el primer día del mes siguiente al de su nacimiento.
- Los tres meses siguientes a cumplir los 65 años; la cobertura de Medicare tardará hasta 60 días en empezar.

Si se pierde los períodos de inscripción, deberá esperar a un período de inscripción general. El período de inscripción general es del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura de Medicare comenzará el 1.º de julio de ese año. Pagará una multa por inscripción tardía en la Parte B: Un recargo del 10% por cada año que se retrase en la inscripción. Esta multa continúa para siempre. Por ejemplo, si se inscribió con cuatro años de retraso, pagará un recargo del 40% por cada año que tenga la Parte B.

Para solicitar Medicare, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social llamando al (800) 772-1213 o ingresando en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

MHS quiere brindarle ayuda para obtener la atención médica de calidad que se merece. El programa de Mejoramiento de la Calidad (QI) de MHS revisa toda la atención y los servicios que usted recibe de los médicos, hospitales y otras entidades de MHS. Esto ayuda a garantizar que la atención médica que recibe sea de buena calidad, útil y adecuada para usted. Si desea obtener más información sobre el programa QI de MHS, llámenos o ingrese en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com), donde podrá encontrar lo siguiente:

- El resumen del programa QI de MHS y su descripción.
- Información sobre vacunas para adultos y niños.
- Estándares que MHS pretende cumplir y superar.
- Estándares de registros médicos y pautas prácticas.

## Encuestas de satisfacción del miembro

Como parte del programa de mejora de la calidad, todos los años se solicita a algunos miembros que respondan una encuesta para informarnos sobre la atención y los servicios que reciben de MHS y de los médicos de MHS. MHS comparte las respuestas de la encuesta con sus médicos y usa la información para ayudar a mejorar la atención médica de los miembros y la forma en que nos comunicamos con usted. Sus respuestas a estas encuestas son siempre anónimas, lo que significa que no sabemos quiénes la responden. Si recibe una encuesta por correo o por teléfono, tómese el tiempo necesario para responderla y enviarla. Ayudará a que el MHS y los programas estatales de atención de salud sean lo mejor posible para usted y su familia.

## Calificaciones de proveedores

Tiene derecho a ver información sobre su médico especialista u otro proveedor. Puede encontrar el nombre, la dirección, el número de teléfono, las calificaciones profesionales, la especialidad y el estado de certificación con nuestra herramienta "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). Para obtener información sobre la facultad de medicina a la que asistió el proveedor o la residencia, llame a Servicios al Miembro. Nuestras listas se actualizan cada vez que se produce un cambio. También puede llamarnos y solicitar que le enviemos por correo una lista de proveedores.

*Queremos conocer su opinión sobre MHS y su atención médica. Si recibe una encuesta para miembros, ¡no deje de participar!*

# RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES

Esperamos que nuestros miembros siempre estén conformes con MHS y nuestros proveedores. Avísenos si está disconforme con los programas y servicios de MHS o con los servicios que le brindó su médico, o si no está de acuerdo con alguna decisión que haya tomado MHS en relación con su atención de salud. Tenemos medidas para lidiar con cualquier problema que pueda tener.

## Reclamos

Para presentar un reclamo, llame a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848. MHS toma muy en serio sus reclamos. Registramos su reclamo y hacemos un seguimiento con usted acerca de cómo podemos brindarle una mejor atención. MHS responderá a su reclamo con un resultado dentro de un (1) día hábil. Si está disconforme con la forma en que se ha manejado su reclamo o si ha tardado más de un (1) día hábil, su reclamo se convertirá en una queja.

## Quejas

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja acerca de su problema en cualquier momento. Las quejas pueden presentarse a MHS de las siguientes maneras:

**Dirección:** MHS Appeals, P. O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244

**Teléfono:** Servicios al Miembro de MHS, 1-877-647-4848

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

**En línea:** Portal seguro para miembros: [www.mhsindiana.com/members.htm](http://www.mhsindiana.com/members.htm)

Una queja por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma.
- Su número de identificación de miembro.
- El o los motivos por los que está disconforme.
- Cómo puede ayudar MHS.

Puede presentar copias de documentos que ayuden a respaldar su caso en persona o por escrito.

MHS le enviará una carta dentro de los tres (3) días hábiles siguientes para comunicarle que tenemos su queja registrada. La carta incluye sus derechos y los próximos pasos que puede dar. Todas las quejas se resuelven dentro de los 30 días calendario. La resolución se le enviará por escrito dentro de un plazo de 30 días calendario. MHS puede solicitar 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos por escrito antes del plazo de 30 días calendario. Puede solicitar una queja acelerada si cree que una queja estándar podría poner en grave peligro su vida o impedir que recupere el nivel máximo de sus funciones. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión.

Si está disconforme con la resolución, tiene derecho a apelar.

## Apelaciones

Una apelación ocurre cuando usted, su proveedor o su representante no están satisfechos con el resultado de una decisión tomada por MHS y quieren tomar medidas al respecto. Esto puede deberse a que está disconforme con los resultados de una queja que presentó, o a que está disconforme con una decisión que tomó MHS cuando su médico solicitó la autorización previa o la aprobación previa de 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 en el que se indique quién será su representante.

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de la carta en la que se le comunica la decisión. Usted o su representante pueden escribir, llamar por teléfono, enviar un fax o un correo electrónico la solicitud de apelación y el consentimiento (si es un representante) usando los siguientes datos:

**Dirección:** MHS Appeals, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244

**Teléfono:** Servicios al Miembro de MHS o Apelaciones de MHS al 1-877-647-4848

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

**Correo electrónico:** [appeals@mhsindiana.com](mailto:appeals@mhsindiana.com)

## RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES

Su apelación escrita debe incluir lo siguiente:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma.
- Su número de identificación de miembro.
- Los motivos por los que está disconforme.
- Cómo quiere que le brinde ayuda MHS.

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

MHS le escribirá en el plazo de tres días hábiles para comunicarle que hemos recibido su solicitud. Su caso será asignado a una persona con las calificaciones adecuadas para revisar su caso, como un médico o un gestor administrativo. La persona asignada no habrá participado en la decisión original ni en la decisión de la revisión anterior.

Todas las apelaciones se resuelven dentro de los 30 días calendario. El resultado se le enviará por escrito dentro de un plazo de 30 días calendario. MHS puede solicitar 10 días hábiles más para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos por escrito antes del plazo de 30 días calendario. Si está disconforme con el resultado de su apelación, puede tener derecho a una revisión externa e independiente.

### Revisión acelerada

Si cree que esperar el plazo normal para la respuesta a su apelación podría ponerle en riesgo de sufrir una lesión o daño corporal grave, puede pedirle a MHS que considere la posibilidad de hacer una revisión extrarrápida de su caso. Esto se llama “revisión acelerada”. Para solicitarnos una revisión acelerada, llame o escriba a MHS lo antes posible. MHS resuelve las revisiones aceleradas en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

## Revisión externa e independiente y audiencia imparcial ante el Estado

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

- según la necesidad médica, o bien
- si el servicio que se solicita es experimental o de investigación.

Para solicitar una revisión, llame o escriba a MHS dentro de los 120 días calendario siguientes a la decisión sobre su 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 que no tenga ninguna relación con MHS. La agencia de revisión independiente hará que un médico de la misma especialidad revise el caso. Envió su respuesta al miembro y a MHS en unas dos semanas. MHS pagará esta revisión. El miembro puede solicitar tanto una revisión externa e independiente como una audiencia imparcial ante el Estado, pero no al mismo tiempo.

### Audiencia imparcial ante el Estado

Después de una apelación, o de la revisión externa independiente, puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado a la FSSA de Indiana. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia imparcial ante el Estado, escriba directamente a la FSSA dentro de los 120 días calendario siguientes a haber agotado los procedimientos de apelación de MHS: Office of Administrative Law Proceedings, 100 N. Senate Avenue, Room N802, Indianapolis, IN 46204.

### Atención de salud durante las apelaciones

Usted sigue siendo nuestro miembro durante el proceso de apelación. Seguirá recibiendo todos los servicios de atención de salud cubiertos por su paquete de beneficios. Además, MHS seguirá cubriendo la atención que está apelando hasta que se tome la decisión final. Si la decisión final sobre la apelación es rechazar los servicios, es posible que tenga que pagar por ellos.

## Derechos y opciones de apelación

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

- Puede escribir o llamar a MHS para presentar una apelación y solicitar que revisemos la decisión. Debe ponerse en contacto con nosotros dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha en que MHS tomó su decisión. Si no cumple ese plazo, no podrá hacer revisar el caso.
- Puede solicitar ayuda a MHS. Si nos llama, MHS le brindará ayuda completando una apelación para miembros.
- Puede enviar a MHS documentación médica, declaraciones u otras pruebas, o cualquier alegación de hecho o conclusiones de derecho que crea que debemos tener en cuenta. Puede solicitar a su médico tratante o a su médico de atención primaria que nos envíe la información que considere que debemos tener.
- Puede pedirle a alguien que le represente, como su médico, un abogado, un familiar u otra persona de su confianza. Para nombrar a un representante, envíe a MHS una carta o nota firmada en la que nos indique el nombre de la persona, su relación con ella y cómo llamarla o escribirle. No tiene que nombrar a un representante si no quiere.
- Si cree que esperar el plazo normal para la respuesta a su apelación perjudicará su vida o su salud, puede pedirle a MHS que considere hacer una revisión extrarrápida de su caso, llamada “revisión acelerada”. Debe solicitar este tipo de revisión lo antes posible por teléfono o por escrito a MHS.
- Puede participar en la resolución de su caso aportando documentación que le gustaría que se revisara y reuniéndose con el grupo que revisa su caso, ya sea en persona o por teléfono. Debe comunicarnos su plan de participación por adelantado cuando nos llame o nos escriba. Puede hacer que la persona que nombró para representarle le acompañe en la resolución de su caso.
- Puede revisar cualquier expediente médico que MHS tenga sobre usted, y puede revisar el expediente de su caso tanto antes como durante el proceso de apelación, de forma gratuita. Para solicitar ver la información, llame o escriba a MHS.
- Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro de MHS para comprobar el estado de su caso llamando por teléfono al 1-877-647-4848 o por Internet en [mhsindiana.com/contact-us](http://mhsindiana.com/contact-us).
- Si está disconforme 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 imparcial ante el Estado o ambas.

## Apelaciones de farmacia

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión de apelaciones de farmacia si Indiana Medicaid:

- Rechaza un servicio de farmacia o un medicamento.
- Reduce un servicio de farmacia o un medicamento.
- Cancela un servicio de farmacia o un medicamento que había sido aprobado con anterioridad.
- No le presta un servicio de manera oportuna.

Para solicitar una revisión de apelaciones de farmacia, debe ponerse en contacto con Catamaran, el administrador de beneficios de farmacia de Indiana Medicaid. Puede ponerse en contacto con Catamaran llamando al 1-866-879-0106.

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de la carta en la que se le comunica la decisión. Usted o su representante pueden escribir, llamar por teléfono, enviar un fax o un correo electrónico la solicitud de apelación y el consentimiento (si es un representante) usando los siguientes datos:

**Dirección:** MHS Appeals, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244

**Teléfono:** Servicios al Miembro de MHS o Apelaciones de MHS al 1-877-647-4848

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

**Correo electrónico:** [appeals@mhsindiana.com](mailto:appeals@mhsindiana.com)

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una “audiencia de Medicaid”. Envíe una carta a la siguiente dirección de Indiana Medicaid dentro de los 120 días calendario siguientes a la recepción del aviso de la decisión sobre su apelación. Un juez oír su caso y le enviará una carta con la decisión dentro de 90 días hábiles.

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

## Decisiones médicas

Los proveedores y el personal de MHS toman decisiones sobre los tratamientos para nuestros miembros según el criterio de ofrecer la mejor atención de salud y el mejor servicio posibles. MHS no recompensa a ningún proveedor, médico o miembro de su personal por rechazar o reducir los servicios o el pago. MHS no recompensa ni paga a los médicos ni al personal de MHS para evitar que usted reciba menos atención de la que necesita.

MHS no toma decisiones de cobertura basadas en creencias morales o religiosas. Es posible que solicite que determinado médico u hospital no pueda cumplir por sus creencias morales o religiosas. Si eso ocurre, ese médico u hospital debe avisarle para que usted pueda decidir si quiere recibir atención de otro médico u hospital. Si tiene una instrucción anticipada (consulte esta sección) y su médico no sigue sus deseos, puede presentar un reclamo ante la agencia de encuestas y certificación del estado de Indiana.

### Incentivos para médicos

MHS proporciona incentivos a los médicos según la calidad de la atención de salud que ofrecen a nuestros miembros. Por ejemplo, se recomienda a los pediatras que se aseguren de que los niños reciban las inmunizaciones (vacunas). No damos incentivos a los médicos de MHS por no ofrecer atención de salud. Para obtener más información sobre los planes de incentivos de MHS para médicos, llame a Mejoramiento de la Calidad de MHS al 1-877-647-4848.

### Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas se refieren a indicaciones verbales y escritas sobre su atención de salud y tratamiento en el futuro. Al afirmar sus opciones de atención de salud en un documento de instrucciones anticipadas, ayuda a su familia y a su médico a entender sus deseos sobre su atención de salud. Las leyes de Indiana las tienen muy en cuenta. Las instrucciones anticipadas suelen ser uno o varios documentos en los que se enumeran sus opciones de atención de salud para cuando no pueda tomarlas por su cuenta. Esto es lo que puede hacer mediante las instrucciones anticipadas:

- Informarle al médico si quiere o no usar equipo de apoyo vital.
- Comunicarles a sus familiares y médicos si quiere ser donante de órganos.
- Otorgar autorización a otra persona para aceptar o rechazar tratamientos médicos en su nombre.

Las instrucciones anticipadas solo se usan si usted no puede hablar por su cuenta. No le quitan el derecho a tomar una decisión diferente si más adelante es capaz de hacerlo. Hay muchas formas de establecer instrucciones anticipadas:

- Hable con su médico y su familia.
- Elija a alguien para que hable o decida por usted, conocido como “representante para la atención de salud”.
- Elabore un poder notarial o testamento.

Para obtener más información sobre los derechos que le otorga la ley de Indiana, puede consultar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Indiana en <https://www.in.gov/isdh/25880.htm>.

### Nuevos tratamientos y tecnologías

MHS cuenta con un grupo de médicos y personal que examinan de manera periódica los nuevos servicios, tratamientos y medicamentos disponibles para asegurarse de que usted recibe una buena atención de salud.

## Aviso sobre MHS como pagador secundario

A veces, otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le ofrecemos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador tienen que pagar primero.

MHS tiene el derecho y la responsabilidad de recolectar el pago de los servicios cubiertos cuando otra persona tiene que pagar primero.

### Derechos de subrogación de MHS

La subrogación es el proceso por el cual MHS recupera parte o la totalidad de los costos de la atención de salud de otra aseguradora o parte responsable. Por ejemplo:

- Su seguro de automóvil o de vivienda
- El seguro de automóvil o de vivienda de la persona que haya causado su enfermedad o lesión
- Compensación del trabajador

### Aviso sobre MHS como pagador secundario (continuación)

Si una aseguradora distinta de MHS debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, MHS tiene derecho a solicitar a esa aseguradora que nos reembolse el importe. MHS se subroga en cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra una tercera persona que haya causado su enfermedad o lesión, o cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra otro plan de seguro, incluida, entre otros, cualquier cobertura de motorista sin seguro, cobertura de motorista con seguro insuficiente, cobertura 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 exija lo contrario, la cobertura de esta póliza por parte de MHS será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le ofrezca cobertura para servicios de atención de salud.

#### Derechos de reembolso de MHS

Si recibe dinero de una demanda o acuerdo por una enfermedad o lesión, MHS tiene derecho a solicitarle que reembolse el costo de los servicios cubiertos que hayamos pagado. No podemos obligarlo a devolvernos una cantidad mayor de dinero que la que obtuvo de la demanda o del acuerdo.

#### Sus responsabilidades

Como miembro de MHS, usted se compromete a lo siguiente:

- Informarnos de cualquier acontecimiento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de MHS.
- Cooperar con MHS cuando solicitemos información y asistencia para la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a MHS con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a MHS a investigar, solicitar y divulgar información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en la medida en la que lo permita la ley.
- Pagar a MHS todas las cantidades recuperadas por demandas, acuerdos o por otros motivos provistas por todas las terceras partes, la aseguradora de ellas o la aseguradora de usted, incluidas, entre otras, cualquier cobertura de motorista sin seguro, cobertura de motorista con seguro insuficiente, cobertura paraguas 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 reembolsarnos nuestros costos, incluidos honorarios razonables de los abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

### Desperdicio, fraude y abuso del programa

Prevenir y limitar el desperdicio, el fraude y el abuso ayuda a proteger los programas de atención de salud que los sirven a usted y a su familia. Si cree que un miembro del plan o un proveedor cometió desperdicio, abuso o fraude, tiene el derecho y la responsabilidad de denunciarlo. Algunos ejemplos de fraude o abuso por parte de los miembros son los siguientes:

- Un miembro que deja que otra persona use su tarjeta de identificación (ID) de miembro para recibir atención de salud.
- Un miembro que pretende que el plan pague por medicamentos que no necesita.

Algunos ejemplos de fraude o abuso por parte del proveedor son los siguientes:

- Un proveedor que ordena pruebas innecesarias.
- Un proveedor que ordena equipo médico duradero que usted no necesita.

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

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE MHS

### Como miembro de MHS, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre MHS, así como sobre los servicios de MHS, los profesionales de atención de salud, los proveedores y sus derechos y responsabilidades. Le enviaremos un Manual del miembro cuando sea elegible y un boletín informativo para miembros cuatro veces al año. Además, encontrará información detallada sobre MHS en nuestro sitio web [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com). También puede llamar a Servicios al Miembro de MHS al 1-877-647-4848.
- Obtener información sobre la estructura y el funcionamiento de MHS.
- Recibir un trato respetuoso y considerado por su dignidad y privacidad.
- Obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de forma adecuada a su condición y a su capacidad para comprender la información.
- Tener conversaciones sinceras sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, sin importar el costo o la cobertura de los beneficios.
- Participar con los profesionales de atención de salud en las decisiones relacionadas con su atención de salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, tal y como se especifica en las leyes federales sobre el uso de restricciones y reclusión.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan según lo permitido por las leyes federales sobre la privacidad en la atención de salud.
- Expresar quejas, reclamos o apelaciones sobre la organización o la atención de salud que proporciona.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Tener una fuente continua de atención primaria adecuada a sus necesidades y una persona designada formalmente como principal responsable de coordinar sus servicios de atención de salud.
- Obtener ayuda personalizada del personal de MHS para asegurarse de que está recibiendo la atención necesaria, especialmente en los casos en los que usted o su hijo/a tengan “necesidades especiales de atención de salud”, como tener que hacer frente a una enfermedad de larga duración o a una condición médica grave. Nos aseguramos de que tenga un acceso fácil a toda la atención necesaria y le brindaremos ayuda para coordinar la atención con varios médicos y haremos que los administradores de casos participen para facilitarle el proceso. Si se determinó que tiene una necesidad especial de atención de salud mediante una evaluación conforme al título 42, sección 438.208(c)(2), del Código de Regulaciones Federales (CFR) que requiera un tratamiento o supervisión habitual, trabajaremos con usted para proporcionarle acceso directo a un médico especialista en función de su condición y necesidades.
- Tener acceso oportuno a los servicios cubiertos.
- Tener servicios disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana cuando su disponibilidad sea médicamente necesaria.
- Obtener una segunda opinión de un profesional de atención de salud calificado sin costo alguno. Si la segunda opinión es de un proveedor fuera de la red, el costo no será mayor que el de un proveedor dentro de la red.
- Tener acceso directo a médicos especialistas en salud de la mujer para la atención de rutina y preventiva, incluida la planificación familiar, las pruebas anuales para mujeres y el servicio de obstetricia, sin la aprobación de MHS o de su médico de MHS. Esto incluye los anticonceptivos, pruebas de HPV, pruebas de clamidia y las pruebas anuales de Papanicolau.
- Recibir un aviso por escrito de la decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio, o de la decisión de autorizar un servicio en una cantidad, duración o alcance inferiores a los solicitados. Recibirá esta información tan pronto como sea necesario para que se cubran sus necesidades médicas y no se retrase el tratamiento. No pondremos en peligro su estado médico mientras se espera la aprobación de los servicios. Las autorizaciones se revisan según sus necesidades médicas y se brindan de acuerdo con los plazos estatales.

### Como miembro de MHS, tiene la responsabilidad de cumplir con lo siguiente:

- Proporcionar la información (en la medida de lo posible) que necesiten MHS, sus profesionales y otros proveedores de atención de salud para que puedan brindarle la atención adecuada.
- Seguir los planes de salud y las instrucciones de atención que usted ha acordado con sus proveedores de MHS.
- Entender sus problemas de salud y participar en el establecimiento de metas acordadas para tratamientos, en la medida de lo posible.

## PALABRAS Y ACRÓNIMOS QUE DEBE CONOCER

|  |  |
|--|--|
| Beneficio  | Cobertura de servicios de atención de salud que recibe un miembro de Medicaid para el tratamiento de enfermedades, lesiones u otras condiciones permitidas por el Estado.  |
| Administración de casos                                  | Programas de MHS para miembros con condiciones de salud especiales que los ayudan a manejar sus condiciones mediante el contacto de rutina y la ayuda de MHS.  |
| Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)              | Una ampliación de Hoosier Healthwise que extiende la cobertura a niños desde el nacimiento hasta los 19 años cuyos ingresos familiares están en el nivel de pobreza federal (FPL).   |
| Costos compartidos                                       | Costos que un miembro es responsable de pagar por los servicios de salud cuando están cubiertos por el seguro de salud.  |
| Servicio cubierto  | Servicios médicos obligatorios exigidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y servicios médicos opcionales aprobados por el Estado que paga Medicaid. Algunos ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de medicamentos recetados y consultas médicas.  |
| Departamento de Recursos para Familias (DFR)             | División de la Administración de Servicios Familiares y Sociales. Es la agencia estatal que ofrece ayuda para la capacitación laboral, asistencia pública, asistencia nutricional suplementaria y otros servicios.   |
| Miembro elegible   | Persona certificada por el Estado como elegible para recibir asistencia médica.  |
| EPSDT  | Servicios de exámenes periódicos de detección temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Se trata de una serie de pruebas que su hijo/a debe recibir desde el nacimiento hasta los 21 años para evitar que se enferme o para detectar a tiempo problemas potenciales de salud y poder tratarlos.   |
| Explicación de beneficios (EOB)                          | Explicación de los servicios prestados por su proveedor y de los pagos efectuados por esos gastos.   |
| Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) | Organismo central responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana. Incluye la Oficina de Política y Planificación de Medicaid, la División de Envejecimiento, la División de Recursos Familiares, la División de Salud Mental y Adicciones, y la División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación. |
| Examen de necesidades de salud (HNS)                     | Cuestionario que los miembros deben completar dentro de los 90 días siguientes a inscribirse en MHS para que MHS conozca sus condiciones de atención de salud. Esto permite a MHS vincular las necesidades de los miembros con los programas y servicios adecuados.  |
| Hoosier Care Connect (HCC)                               | Hoosier Care Connect es un programa de atención de salud para personas mayores de 65 años, no videntes o con discapacidad que no son elegibles para recibir Medicare.  |
| Hoosier Healthwise (HHW)                                 | Programa de atención de salud de Indiana Medicaid para niños de hasta 19 años y mujeres embarazadas.   |
| Healthy Indiana Plan (HIP)                               | Healthy Indiana Plan es un programa de seguro de salud asequible del estado de Indiana para los adultos residentes de Indiana de entre 19 y 64 años sin seguro.  |
| Programas de cobertura médica de Indiana (IHCP)          | Programas de cobertura médica de Indiana, como Medicaid, HIP y CHIP.   |
| Ingresos   | En términos de elegibilidad, el dinero que gana a través de un trabajo, por cuenta propia (ingresos ganados), o el dinero que se le paga a usted directamente, como el de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) (ingresos no ganados).   |
| LCP  | Empresa que MHS usa para ofrecer transporte a los miembros elegibles.  |
| MHS  | Managed Health Services o, por sus siglas, MHS.  |
| Medicaid   | Programa que ofrece seguro de salud a determinadas familias con bajos ingresos, personas con discapacidad y personas mayores con recursos económicos limitados. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y estatal.  |



## PALABRAS Y ACRÓNIMOS QUE DEBE CONOCER

|   |   |
|---|---|
| Medicamento necesario                           | Servicios o suministros de atención de salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.  |
| Miembro   | Persona que eligió MHS como su plan de cobertura médica y que obtiene sus beneficios a través de MHS.   |
| Línea de Consultas de Enfermería de MHS         | La Línea de Consultas de Enfermería de MHS es la línea telefónica de asesoramiento médico de MHS atendida por personal de enfermería registrado. La Línea de Consultas de Enfermería de MHS Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Los miembros pueden llamar al 1-877-647-4848.   |
| OTC   | Se refiere a artículos “de venta libre”, es decir, medicamentos como las aspirinas o los que se toman para aliviar el resfriado.  |
| 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 segura y que está sujeta a leyes en las que se detalle quién puede ver la información y en qué circunstancias.   |
| PMP   | Proveedor médico primario, su médico de MHS. Un pediatra, médico general, médico de familia, internista o, a veces, un ginecólogo/obstetra que firmó un contrato con MHS para proporcionar atención primaria a los miembros y remitir, autorizar, supervisar y coordinar la oferta de beneficios. El personal de enfermería con práctica médica y los asociados médicos que trabajan con un proveedor médico primario contratado pueden atender a los miembros que necesiten atención primaria. |
| Autorización previa (PA)                        | Decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención de salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es medicamento necesario.  |
| Programa de Pago de Reclamaciones Previas       | El Programa de Pago de Reclamaciones Previas está dirigido a personas elegibles a través de la sección 1931 y reembolsa a los proveedores los costos de los servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Llame al 800-457-4584 para comprobar la disponibilidad.  |
| Proveedor                                       | Cualquier profesional médico, dental o de la salud del comportamiento que pueda proporcionar atención a nuestros miembros. La mayoría de las veces se refiere a médicos (doctores).   |
| Número de identificación del beneficiario (RID) | Número único asignado a un miembro elegible para recibir los servicios de Medicaid. Este número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación (ID) de Medicaid.  |
| Autorremisión                                   | Un servicio cubierto que un miembro puede obtener sin tener que contar con la aprobación de MHS, de su médico de MHS ni de cualquier otra persona. Un miembro puede autorremitirse para recibir servicios especiales que no requieren una revisión previa al servicio por parte de MHS o del proveedor médico primario (PMP).   |

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**En vigor desde el 05/05/2023.**

Si necesita ayuda para traducir o entender este documento, llame al 1-877-647-4848. Las personas con dificultades de audición deben llamar a la línea TTY 1-800-743-3333. Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-877-647-4848. (TTY 1-800-743-3333). Los servicios de interpretación son gratuitos para usted.

## **Obligaciones de las entidades cubiertas**

Managed Health Services (MHS) es una entidad cubierta, tal como lo define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. MHS tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del Aviso que está actualmente en vigor y notificarle en caso de una violación de su PHI no segura.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercerlos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

MHS se reserva el derecho de modificar el presente Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el Aviso revisado o modificado a su PHI que ya tenemos, así como a cualquier PHI suya que recibamos en el futuro. MHS revisará y distribuirá de inmediato este Aviso siempre que se produzca un cambio sustancial en lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en el Aviso

Los avisos revisados se informarán en nuestro sitio web, [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).

## **Usos y divulgaciones aceptables de su PHI**

A continuación, se enumeran los casos en los que podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le hayan prestado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las normas de privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente
  - Procesamiento de reclamaciones.
  - Determinación de la elegibilidad o la cobertura de las reclamaciones.
  - Revisión de los servicios para comprobar su necesidad médica.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Operaciones de atención de salud:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
  - Prestar servicios al cliente.
  - Responder a reclamos y apelaciones.
  - Proporcionar administración de casos y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. 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 de salud. Algunas de las operaciones son las siguientes:

- Actividades de mejoramiento y evaluación de la calidad
  - Revisión de la competencia o de las calificaciones de los profesionales de atención de salud
  - Administración de casos y coordinación de la atención
  - Detección o prevención de fraude y abuso en la atención de salud
- **Divulgaciones del plan de salud de grupo/patrocinador del plan:** Podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención de salud, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (como aceptar no utilizar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

### Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI

- **Actividades de recaudación de fondos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de darse de baja o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de determinación de cobertura:** Podemos utilizar o revelar su PHI con este propósito, por ejemplo, para tomar una decisión sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines de determinación de cobertura, tenemos prohibido utilizar o divulgar PHI que sea información genética en este proceso.
- **Recordatorio de citas/Alternativas de tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para su tratamiento y atención de salud con nosotros, o para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Divulgaciones exigidas por la ley:** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podremos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que estos cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o normativas que regulen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos la ley o normativa más restrictiva.
- **Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, la seguridad o la eficacia de los productos o los servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **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 tenemos una sospecha razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procesos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
  - Una citación
  - Una solicitud de descubrimiento
  - Un requerimiento judicial similar
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI pertinente a las fuerzas de seguridad cuando se nos exija como respuesta a un delito.

También podemos divulgar su PHI pertinente con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material o una persona cuyo paradero se desconozca.

- **Investigadores, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un investigador o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de
  - órganos cadavéricos,
  - ojos cadavéricos,
  - tejidos cadavéricos.
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** Podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir la posibilidad de una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos divulgar su PHI en los siguientes casos:
  - A funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional.
  - Para actividades de inteligencia.
  - Al Departamento de Estado, para determinaciones de idoneidad médica.
  - Para servicios de protección del presidente y otras personas autorizadas.
- **Compensación del trabajador:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Situaciones de emergencia:** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted tiene una incapacidad o no está presente, a un miembro de la familia, amigo personal cercano, agencia autorizada de ayuda en caso de desastre, o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia para determinar si la divulgación le beneficia. Si la divulgación le beneficia, solo compartiremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si usted está en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas de seguridad, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención de salud; para proteger su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros; o para garantizar la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido determinadas salvaguardias para garantizar la privacidad y la 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 PHI:** Solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Mercadeo:** Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando mantenemos comunicaciones de mercadeo cara a cara con usted o cuando le proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para determinadas funciones de tratamiento, pago o funcionamiento de la atención de salud.

Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de dicha autorización inicial.

### Derechos individuales

A continuación, se enumeran sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** Puede revocar su autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito. La revocación será efectiva de forma inmediata, salvo en la medida en que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide y establecer a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aprobamos, accederemos a 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 de salud 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 derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si el hecho de no comunicar la información por los medios alternativos o a los lugares alternativos que usted desea puede ponerle en peligro. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que, si no se cambia el medio o el lugar de comunicación de la información, usted podría estar en peligro. Debemos atender su solicitud si es razonable y específica los medios alternativos o el lugar donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y a recibir una copia de su PHI:** Usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI incluida en un conjunto de registros designados. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite, a menos que no sea factible. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden revisar los motivos de la denegación, así como la manera en la que puede solicitar la revisión o si no se puede conceder.
- **Derecho a modificar su PHI:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea modificar, y el creador de la PHI puede llevar a cabo la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro del último período de 6 años. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud, o divulgaciones que usted haya autorizado y algunas otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, 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 un reclamo:** Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad o que hemos infringido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso.

También puede presentar un reclamo al secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Hágalo por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-800-537-7697), o ingresando en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

### NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a recibir una copia de este Aviso:** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso, en cualquier momento, utilizando la información de contacto que figura al final de este. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel.
- **Información sobre raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género:** MHS se compromete a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género. Utilizamos algunos de los siguientes métodos para proteger su información:
  - Conservar documentos impresos en archivadores bajo llave.
  - Requerir que toda la información electrónica se almacene en medios físicos seguros.
  - Conservar la información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Podemos utilizar o divulgar su información sobre raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género para llevar a cabo nuestras operaciones. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:

- Crear programas de intervención.
- Diseñar y enviar materiales informativos.
- Notificar a los proveedores y profesionales de atención de salud sobre sus necesidades relacionadas con el idioma.
- Evaluar las desigualdades en la atención de salud.

Nunca utilizaremos su información sobre raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género para la determinación de cobertura, tarifas o beneficios; ni divulgaremos su información sobre raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género a personas no autorizadas.

### Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o 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  
1-800-743-3333

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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

MHS brinda:

Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes calificados de lengua de señas.
- Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Servicios gratuitos de idiomas a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que MHS no brindó estos servicios o discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante esta dirección: 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 postal, fax o correo electrónico. MHS está disponible si necesita ayuda para presentar una queja. También puede presentar un reclamo sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o por teléfono a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 1-800-5377697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



## INFORMACIÓN EN OTROS IDIOMAS

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <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 သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးတို့တွင် 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>Haitian Creole:</b>     | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou MHS, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou kapab pale ak yon entèprèt, rele nan: 1-877-647-4848 (TTY: 1-800-743-3333).  |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول MHS، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) بـ   |
| <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 tinutulangan, 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 ਕਸਿ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿੱਚ MHS ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਬੀਏ 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 परामर्श करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।  |

## NOTAS

## NOTAS

## NOTAS



**NOSOTROS LE  
CUBRIMOS.**



**Obtenga un seguro. Mejore su salud.  
Gane recompensas.  
Consiga más con MHS.**

¡Comience a ganar recompensas hoy! Complete el examen de necesidades de salud y obtenga \$30 en su tarjeta de My Health Pays®. Obtenga más información en la página 8.

La versión en español de este libro está disponible llamando al 1-877-647-4848.  
Visítenos en línea ingresando en [mhsindiana.com](http://mhsindiana.com).