

**LE BRINDAMOS
COBERTURA.**



Manual del miembro

Información importante para usted y su familia.



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



La información de este libro está disponible en otros idiomas o formatos, incluidos letra grande o braille. Póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Managed Health Services (MHS) llamando al 1-877-647-4848 o a través de la página web mhsindiana.com si necesita esta información en otro idioma o formato.

¡Bienvenido(a) a Managed Health Services (MHS)!

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



Complete su evaluación de necesidades de salud. Complete la encuesta en línea, por teléfono al 1-888-252-3410 o en un quiosco de la farmacia de Walmart. **Complétela dentro de los 30 días después de convertirse en miembro para recibir una recompensa de \$30 de My Health Pays®.**



Regístrese para obtener su cuenta en el Portal seguro para miembros. Su cuenta en el portal le permite acceder a su información confidencial, como reclamaciones, datos de la consulta de su médico, saldos de My HealthPays® y mucho más.



Elija a su médico. Utilice la función de búsqueda “Buscar un proveedor” (Find a Provider) en mhsindiana.com. Luego, inicie sesión en 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® al usar su cuenta del portal para elegir un médico dentro de los primeros 30 días después de haberse convertido en miembro.**



Acuda a su médico. Después de elegir a su médico, programe de inmediato una cita para un chequeo. Este es su nuevo hogar de atención médica.



Lea el manual y la guía de consulta rápida. El manual y la guía de consulta rápida le informan sobre sus beneficios y sobre los servicios y programas que puede utilizar como miembro.



Si está embarazada, presente el formulario de notificación de embarazo ante MHS durante el primer trimestre (\$50) o durante el segundo trimestre (\$25). **Envíelo a través del Portal para Miembros o llamando al 1-877-647-4848.**



¡MHS le ofrece beneficios! Envíe la palabra “MHSTEXT” al 36698 para recibir mensajes y recordatorios durante todo el periodo de su membresía con MHS. (Se aplican las tarifas habituales de mensajería. Envíe un mensaje con la palabra “STOPMHS” para darse de baja en cualquier momento.)

ÍNDICE

Bienvenido a MHS	5
Cómo ponerse en contacto con nosotros, cómo obtener asistencia lingüística, dónde encontrar información sobre sus beneficios en línea y mucho más.	
Su año de cobertura	8
Una guía cronológica de lo que puede hacer para mantenerse saludable y aprovechar al máximo sus beneficios durante su año de cobertura.	
Servicios cubiertos por Hoosier Care Connect	10
Salud conductual	12
Beneficios dentales y de la vista	14
Servicios de farmacia	15
Cuándo y dónde acudir para recibir atención	17
Cómo aprovechar al máximo sus visitas médicas, cómo establecer un hogar de atención médica, cómo elegir a su médico y cuándo usar las clínicas de atención urgente.	
Sala de emergencias: sepa cuándo ir	21
Cobertura de atención fuera de Indiana o de proveedores fuera del plan	23
Programas de atención y gestión de casos	24
Información sobre los programas de gestión de la salud ofrecidos a todos los miembros de MHS y cómo inscribirse. Incluye afecciones crónicas como la diabetes, así como embarazo y primer año de vida, el programa Right Choices, programas para dejar de fumar y más.	
Transporte	28
Programa de recompensas My Health Pays®	29
¡Aproveche al máximo con MHS! Gane recompensas por actividades saludables.	
Servicios especiales de MHS	29
Healthy Kids Club, MemberConnections, el teléfono celular SafeLink, el Consejo Asesor de Miembros y mucho más.	
Inscripción abierta y redeterminación	32
Cómo mantener sus beneficios o cambiar de plan de salud	
Quejas, reclamaciones y recursos	34
Revisión externa e independiente y audiencia imparcial estatal	35
Derechos y opciones de apelación	36
Apelaciones farmacéuticas	36
Avisos importantes	37
Decisiones médicas.....	37
Malgasto, fraude y abuso.....	38
Derechos y responsabilidades de los miembros	39
Términos y siglas que conviene conocer	40
Política de privacidad	42
Declaración de no discriminación	48
Avisos de asistencia en otros idiomas	49

¡BIENVENIDO(A) A MANAGED HEALTH SERVICES (MHS)!

Este manual para miembros ofrece una descripción general de sus beneficios de atención médica. MHS quiere que le resulte fácil aprovechar al máximo sus beneficios y servicios. MHS está a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cómo ponerse en contacto con nosotros



Servicios para Miembros 1-877-647-4848
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Línea TTY/TDD 1-800-743-3333
(para miembros con discapacidades del habla o de la audición)

Línea de asesoramiento de enfermería 24 horas 1-877-647-4848
Emergencias 911



Página web mhsindiana.com



Por correo postal Servicios para Miembros de MHS
429 N Pennsylvania St, oficina 109, Indianápolis, IN 46204

Manténgase conectado con MHS en línea

Blog: 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 localidad 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.

¡Los Servicios para Miembros de MHS están a su disposición para ayudarlo!

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

- Si necesita elegir o cambiar de médico [página 8]
- Para completar su evaluación de necesidades de salud [página 8]
- Para reservar su transporte [página 28]
- Si recibe una factura o cobro de su médico o proveedor de atención médica [página 9]
- Para obtener asistencia lingüística [página 6]
- Si tiene alguna duda sobre las decisiones tomadas en relación con su atención médica

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

Como miembro valioso de MHS, recibirá comunicaciones nuestras con regularidad por teléfono, correo postal y correo electrónico. Le pedimos que lea y responda toda la información que le enviamos, ya que es fundamental para su salud y para mantener su cobertura.

Si no recibe noticias nuestras, es posible que no tengamos su número de teléfono o dirección correctos. Le pedimos que nos informe si se muda o cambia de número de teléfono.

Manténgase en contacto

Informe siempre a MHS y a la División de Recursos Familiares (Division of Family Resources, DFR) si se muda o si cambia de número de teléfono o de dirección de correo electrónico. Si se muda a otro condado o si se aleja más de 30 millas de la consulta de su médico, es posible que no pueda seguir acudiendo a él. Llame y comuníquese con Servicios para Miembros de MHS si se muda.

Es igual de importante informar a MHS y a la DFR sobre cualquier cambio en sus ingresos o en su familia (matrimonio, cambios en el jefe de hogar, etc.). Puede llamar a la DFR al 1-800-403-0864 o iniciar sesión en el Portal de Beneficios de la Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA) en fssabenefits.in.gov.

Línea de asesoramiento de enfermería 24 horas de MHS

Todos tienen preguntas sobre su salud. Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas, llamando al 1-877-647-4848. La línea de asesoramiento de enfermería de MHS es un servicio telefónico gratuito de asesoramiento médico atendido por enfermeras tituladas bilingües. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Aquí 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 controlar el asma
- Qué dosis de medicamento se debe utilizar o administrar

Asistencia lingüística

MHS ofrece personal bilingüe o un intérprete para ayudar a los miembros que hablan idiomas distintos del inglés. Podemos ayudarlo a programar citas, responder preguntas por teléfono y brindar servicios de interpretación en persona. El uso de este servicio es gratuito. Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y solicite asistencia lingüística.

Los miembros con problemas auditivos pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Indiana al 1-800-743-3333 para el servicio TDD/TTY. Puede utilizar este número en cualquier lugar de Indiana. Pida al operador que le pase con MHS al 1-877-647-4848, o con cualquier otro número. Dígle a su médico si necesita un intérprete de lengua de señas para sus visitas médicas.

Sitio web de MHS: mhsindiana.com

El sitio web de MHS le ayuda a encontrar respuestas cuando le resulte más conveniente. Si no dispone de impresora, puede solicitar a MHS que le envíe por correo cualquier formulario, página web o cualquier otra información imprimible disponible en mhsindiana.com o en la página de Facebook de MHS. Estas son algunas de las páginas más importantes de nuestra página web:

• mhsindiana.com/HCCscreening

Cuando complete su evaluación de necesidades de salud dentro de los 30 días de inscribirse a MHS, recibirá una recompensa de \$30 de My Health Pays®. O tómela dentro de los 90 días de inscribirse a MHS y reciba una recompensa de \$10 de My Health Pays®. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 29.

MHS puede proporcionar un intérprete presencial para todos los idiomas, incluso para quienes usan lengua de señas.

Consulte primero con su médico. Si el médico no cuenta con personal que pueda ayudarlo, MHS le proporcionará un intérprete. Le pedimos que nos llame al menos siete días antes de su visita al médico para que podamos organizar todo lo necesario para usted.

¡BIENVENIDO(A) A MANAGED HEALTH SERVICES (MHS)!

- **Para Miembros > Hoosier Care Connect > Beneficios y servicios**

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 y datos sobre programas y servicios especiales de MHS.

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

Busque médicos dentro del plan de MHS, especialistas, hospitales y otras instalaciones mediante esta búsqueda en línea rápida y sencilla.

- **mhsindiana.com/events**

Consulte nuestro calendario de eventos comunitarios realizados en Indiana para saber cuándo estaremos en su ciudad. MHS participa cada año en cientos de actos comunitarios públicos y gratuitos. ¡Visítenos en estos eventos para conocer más sobre sus beneficios y mucho más!

- **Para Miembros > Hoosier Care Connect > Salud y bienestar**

Nuestra biblioteca de salud gratuita le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas sobre salud. Este recurso cuenta con más de 4,000 hojas informativas sobre una variedad de temas de salud para ayudarlo a cuidarse a sí mismo y a su familia.

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

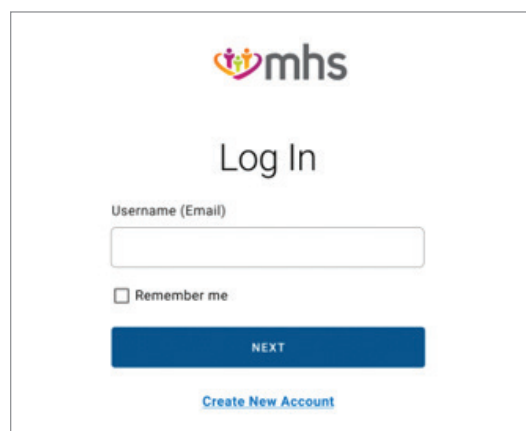
Envíe un mensaje a Servicios para Miembros de MHS.

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

Regístrese para obtener una cuenta en el Portal Seguro para Miembros de MHS

Cree una cuenta y acceda a herramientas que le ayudan a gestionar su atención médica de forma más rápida y sencilla, todo sin necesidad de levantar el teléfono.

- Ver su resumen de beneficios, incluidos los beneficios de farmacia.
- Buscar extractos de explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB).
- Buscar o cambiar de médico.
- Consultar los informes sobre la calidad de los médicos.
- Consultar y realizar el seguimiento de sus reclamaciones. Puede ver el monto aprobado, el monto pagado y la fecha de pago.
- Comunicarse con Servicios para Miembros de MHS.
- Solicitar, pedir o imprimir una tarjeta de identificación.
- Informarse sobre las remisiones para atención y si se requiere una autorización.



QUÉ HACER AHORA QUE YA ESTÁ INSCRITO

Su año de cobertura >>



Evaluación de necesidades de salud

La evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS) es un cuestionario en el que se le preguntará sobre su historial médico y si padece alguna afección. Queremos conocer su salud de inmediato para poder ajustar sus necesidades al equipo de atención médica adecuado. Por eso ofrecemos la posibilidad de ganar dólares de recompensa a través del programa My Health Pays®. MHS le dará una recompensa de \$30 de My Health Pays® si completa la HNS dentro de los 30 días después de convertirse en miembro. O puede recibir una recompensa de \$10 de My Health Pays® por completarla dentro de los 90 días después de convertirse en miembro.

Lo llamaremos antes de que transcurran los 90 días, pero no tiene por qué esperar. Visite mhsindiana.com/HCCscreening o llame a MHS Care Engagement y solicite participar en la encuesta.

Elija a su médico de inmediato

MHS se preocupa por que tenga un hogar de atención médica exitoso. Lo primero es elegir a los médicos de MHS para usted y su familia. Como miembro de MHS, puede elegir al médico que desee. Lo ayudará a manejar su atención médica y a obtener los servicios que su familia necesita.

Es importante que elija al médico que prefiera dentro de los 30 días después de convertirse en miembro de MHS. Si no lo hace, MHS elegirá un médico por usted.

Cómo elegir a su médico de MHS:

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

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

Luego, 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 • Pediatría

Por último, ¡infórmenos!

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

Posteriormente, MHS le enviará una carta en la que se le confirmarán los médicos que haya elegido.

Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluida información como nombre, dirección, números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, calificaciones profesionales, idiomas que hablan, género, especialidad y estado de certificación de la junta. Para obtener más información sobre la escuela de medicina y la residencia de un proveedor, llame a los Servicios para Miembros de MHS.

Programar una primera cita y conocer a su médico

Después de elegir a su médico, llame al consultorio dentro de los 60 días para programar una cita para su primer chequeo o visita de atención preventiva. MHS se preocupa por que tenga un hogar de atención médica exitoso. Esto significa que debe establecer una relación con un médico en el que confíe y al que acuda para toda su atención médica. A este médico también se le denomina proveedor médico primario (Primary Medical Provider, PMP).

Si está embarazada, complete su notificación de embarazo (NOP)

Puede acceder a este formulario a través de su cuenta en línea o llamándonos por teléfono. Completar este formulario puede ayudarla a comenzar a ganar recompensas adicionales de My Health Pays®.

QUÉ HACER AHORA QUE YA ESTÁ INSCRITO

6
meses

1
año

Reciba su atención preventiva

La mejor manera de mantenerse saludable es recibir su atención preventiva regular. Las visitas de atención preventiva son GRATUITAS para todos los miembros de MHS. Tanto los adultos como los niños necesitan atención preventiva y vacunas.

Conserve sus beneficios

Como su aliado en la salud, queremos que continúe 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 el proceso de redeterminación. ¿Sabe la fecha de su próxima renovación de beneficios? Inicie sesión en el Portal de Beneficios de la FSSA en fssabenefits.in.gov o llame a la DFR al 1-800-403-0864 para recibir ayuda.

MHS le enviará un correo electrónico y le llamará para recordarle cuándo debe renovar sus beneficios. Asegúrese de que MHS disponga de su número de teléfono y dirección de correo electrónico correctos para recibir estos y otros recordatorios.

Como miembro de Hoosier Care Connect, usted podría ser elegible para servicios de transporte a sus citas médicas cubiertas. Encontrará más información sobre sus beneficios de transporte en la página 28.

Muestre siempre su tarjeta de identificación de miembro de MHS

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



HOOSIER CARE
CONNECT
MEMBER ID CARD

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

Hoosier
CARE CONNECT

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

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

MHS Member Services: 1-877-647-4848

TDD: 1-800-743-3333

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

My Health Pays: 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.

Seguro secundario

También debe mostrar sus tarjetas de identificación de cualquier otro seguro de salud que tenga cada vez que reciba atención. Le pedimos que informe a MHS si dispone de otro seguro médico. Si cancela o pierde su otro seguro de salud, recuerde hablar con un trabajador estatal para que actualice sus datos.

SERVICIOS CUBIERTOS POR HOOSIER CARE CONNECT

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

Hoosier Care Connect ofrece cobertura de salud y atención médica para las personas que califican y cumplen con los criterios del programa para personas mayores, ciegas o con discapacidades en Indiana.

Servicios cubiertos

Un servicio cubierto es aquel que se paga como parte de sus beneficios de salud a través de Hoosier Care Connect. Estos servicios no conllevan ningún copago. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su paquete de beneficios. Si un servicio no está cubierto, su médico debe informarle si usted tendrá que pagar por dicho servicio.

BENEFICIO	COBERTURA
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada.	Cubierto
Consulta de bienestar infantil (detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos)	Cubierto
Órtesis: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos y prótesis	Cubierto
Procedimientos estéticos	No
Tiras reactivas para la diabetes, control de la glucemia	Cubierto
Pruebas para determinar si tiene una afección de salud (diagnósticos)	Cubierto
Evaluación del retraso en el desarrollo y tratamiento	Cubierto
Cuidado de los pies	Cubierto
Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)	No
Aparatos auditivos (cada cinco años)	Cubierto
Atención médica a domicilio	Cubierto
Estancias hospitalarias	Cubierto
Análisis de laboratorio y radiografías	Cubierto
Suministros y equipos médicos	Cubierto
Servicios nuevos o experimentales, o terapias alternativas	No
Servicios de transporte para visitas al médico, la farmacia, atención de emergencia y citas de redeterminación	Cubierto
Intervenciones quirúrgicas (ambulatorias)	Cubierto
Atención continua después de estancias hospitalarias (posestabilización)	Cubierto
Recetas médicas y gestión del tratamiento farmacológico	Cubierto
Visitas al médico (servicios prestados por su PMP o médico de familia)	Cubierto
Remisiones a especialistas	Cubierto
Terapias autorizadas: física, del habla, ocupacional y respiratoria	Cubierto
Cuidados paliativos prestados en un entorno institucional	Cubierto

Para consultar una lista más detallada de los servicios específicos que cubre y no cubre Hoosier Care Connect, visite member.indianamedicaid.com/programs--benefits.aspx.

Comuníquese con los Servicios para Miembros de MHS 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 los miembros de Hoosier Care Connect

Puede recibir algunos servicios sin una remisión de su médico, siempre que acuda a un proveedor de Indiana Medicaid que forme parte de la red de proveedores de MHS.

Puede encontrar un proveedor de MHS dentro de la red usando nuestra herramienta [Find a Provider](#) o comunicándose con los Servicios para Miembros de MHS al 877-647-4848, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Los siguientes servicios de autorremisión 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
Servicios de emergencia	X
Atención de urgencia	X

Estos servicios son de autorremisión si los presta un proveedor dentro de la red:	Hoosier Care Connect
Cuidados dentales rutinarios	X
Salud conductual (salud mental, abuso de sustancias, dependencia química)	X
Quiropráctico	X
Atención de la vista de rutina (óptica)	X
Servicios psiquiátricos	X
Podología (cuidado de los pies)	X
Planificación familiar	X
Vacunación	X
Autocontrol de la diabetes	X

Los problemas de conducta (de salud mental) son muy frecuentes. Sin embargo, a veces las personas no quieren hablar de estos problemas porque se sienten cohibidas o avergonzadas. A esto se le conoce como estigma.

Una cosa que todos podemos hacer es hablar con personas que padecen problemas de salud mental. Esta es una forma de permitir que una persona hable de lo que le está sucediendo. Cuando se conoce a una persona con una enfermedad mental que es capaz de desempeñar un trabajo o de ser un buen vecino, el estigma se reduce.

Cuidar de su bienestar mental es tan importante como cuidar de su salud física. Puede encontrar un médico de salud conductual en línea mediante nuestra búsqueda de proveedores. MHS también cuenta con programas de gestión de casos para determinadas afecciones.

La atención conductual es atención para su salud mental. Una persona que sufre problemas de salud conductual puede sufrir estrés, depresión o ansiedad, o bien necesitar ayuda para tratar el abuso de sustancias.

MHS cuenta con gestores de casos de salud conductual que ayudan a los miembros con necesidades especiales de atención médica, colaborando con usted y con su médico de salud conductual para elaborar un plan de atención.

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

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

Un servicio de salud conductual de autorremisión (salud mental, abuso de sustancias, dependencia química) no requiere una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

Línea de mensajería en caso de crisis

Si se encuentra en una situación de crisis y necesita ayuda, puede enviar un mensaje de texto con la palabra "MHS" al 741741. Es gratuito, confidencial y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de salud conductual cubiertos

- Servicios de diagnóstico
- Segundas opiniones
- Intervención en situaciones de crisis
- Pruebas psicológicas
- Pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Programas ambulatorios intensivos
- Asesoramiento y tratamiento de adicciones
- Hospitalización parcial
- Tratamiento residencial de los trastornos por consumo de sustancias
- Programa de Tratamiento por Opioides (Opioid Treatment Program, OTP)

La atención a largo plazo, los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, los servicios en instalaciones psiquiátricas estatales y los servicios en instalaciones de tratamiento residencial psiquiátrico no están cubiertos por Hoosier Care Connect. Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. Obtenga más información sobre la atención de emergencia en la página 21.

Programas de salud conductual

- **Atención durante el embarazo y el posparto:** Si está embarazada o acaba de dar a luz, recibirá un cuestionario e información sobre la depresión. Si su cuestionario indica que podría estar presentando síntomas de depresión, MHS se pondrá en contacto con usted. Es importante que reciba la ayuda que necesita para tener un embarazo satisfactorio y un bebé sano.
- **Programa de Trastornos por Consumo de Sustancias:** El programa de MHS le ayuda a orientarse entre las distintas opciones de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias, entre las que pueden figurar el tratamiento residencial, un programa de tratamiento

de la adicción a los opiáceos, programas ambulatorios intensivos, asesoramiento ambulatorio y otros recursos comunitarios disponibles, como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA).

- **Programas de gestión de cuidados intensivos:** MHS cuenta con programas de gestión de casos para diversos trastornos de salud conductual.
 - **Programa de Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo (trastornos del espectro autista):** el programa de MHS le ayuda a obtener la atención y el tratamiento necesarios para mejorar los problemas sociales, de comunicación, conductuales, médicos y de otro tipo que pueda tener. Queremos ayudarlo a conocer mejor el autismo y cómo trabajar para gestionar su propio cuidado. Asimismo, nos esforzamos por facilitar el acceso a otros servicios disponibles que puedan mejorar el aprendizaje y otras habilidades.
 - **Programa de Manejo del Trastorno Bipolar:** el programa de trastorno bipolar de MHS lo ayuda a comprender sus emociones. Queremos ayudar a los miembros a obtener el apoyo que necesitan para vivir una vida mejor y más feliz. MHS colabora con diversos proveedores que saben cómo tratar a las personas que presentan síntomas de trastorno bipolar.
 - **Seguimiento tras el ingreso hospitalario:** si usted o su hijo ha estado hospitalizado por un motivo de salud mental o por abuso de sustancias, MHS puede ayudar. Usted o su hijo deben estar seguros en casa. MHS ayudará a asegurarse de que usted o su hijo asistan a sus citas de seguimiento y tomen todos los medicamentos necesarios según las indicaciones del hospital.
- **Opción de rehabilitación de Medicaid (Medicaid Rehabilitation Option, MRO) y otros servicios:** la cobertura de los servicios de MRO y de los centros de tratamiento psiquiátrico residencial la gestiona directamente el estado de Indiana. MHS colaborará con las autoridades estatales y con sus médicos para coordinar esta atención.

Los miembros también pueden ser elegibles para un Plan de Servicios Individualizados para la Familia bajo el programa First Steps para niños muy pequeños, o para un Plan de Educación Individualizado para servicios escolares. Estos programas también son gestionados directamente por el Estado, y MHS colabora con ellos para garantizar que los miembros reciban toda la atención que necesitan.
- **Programa Choose Health:** diseñado para ayudar a las personas diagnosticadas con depresión, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o depresión perinatal, proporcionándoles las herramientas necesarias para alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. En lo que respecta a su salud y bienestar, es importante comprender que la salud mental forma parte de la salud general. Como parte del programa, tendrá acceso a otro profesional de la atención médica: su asesor del programa Choose Health. Colaboraremos con usted y con su médico para asegurarnos de que disponga de todo lo necesario para volver a sentirse en plena forma. También hablaremos con otros miembros del equipo de atención médica, incluidos especialistas en salud mental, para ayudar con cualquier problema que pueda surgir. Si está interesado en participar en este programa, póngase en contacto con nosotros.
 - **Programa de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH):** el programa de TDAH de MHS lo ayuda a comprender y gestionar los problemas sociales, psicológicos y conductuales que suelen acompañar al TDAH. Ayudamos a padres e hijos a aprender a afrontar los problemas y a llevar una vida feliz y saludable con TDAH.
 - **Programa de Depresión:** los miembros que experimentan períodos prolongados de tristeza, sentimientos de desesperanza o infelicidad pueden tener depresión. El Programa de Depresión de MHS le ayuda a identificar la(s) causa(s) de sus sentimientos de tristeza, resolver cualquier crisis inmediata, mejorar su nivel de funcionamiento y obtener los medicamentos y el asesoramiento necesarios.

Es importante contar con un hogar de atención médica de referencia para su atención dental y de la vista. Su dentista y su oftalmólogo lo examinan cada año para identificar necesidades importantes de cuidado preventivo, igual que su médico.

Beneficios dentales

Atención de rutina cubierta

- Una limpieza con tratamiento de flúor cada seis meses para los miembros de entre 1 y 20 años
- Una limpieza al año para los miembros mayores de 21 años
- Radiografías y empastes
- Extracción de dientes (por motivos médicos)
- Ortodoncia infantil (en función de la necesidad médica)
- Prótesis dentales, prótesis parciales y reparaciones (con límites)
- Cirugía dental (con limitaciones)
- Servicios dentales de emergencia

Algunos servicios dentales deben ser aprobados previamente por MHS, incluidos las dentaduras y la cirugía dental. Su dentista puede ayudarlo a obtener la autorización.

Buscar un dentista

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

Beneficios de visión

Atención de rutina cubierta

- Un examen de la vista de rutina al año para los miembros de 20 años o menos
- Un examen de la vista de rutina 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 su visión 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 su visión ha cambiado desde su último par.
- Reemplazo de anteojos y monturas según lo determine su médico.
- Cobertura limitada de lentes de contacto
- Pruebas y tratamientos oculares médicamente necesarios para los miembros con enfermedades de los ojos u otras enfermedades que afectan la visión.

Busque un oftalmólogo

- Visite la página web www.centenevision.com
- Haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor)
- Seleccione "MHS Health Services – Indiana (Medicaid)" como su "HealthPlan" (plan de salud)

Beneficios de visión mejorados

Los miembros pueden optar por no recibir el beneficio estándar de anteojos y recibir \$75 para lentes de contacto y su adaptación.

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

Buscar una farmacia

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

Medicamentos recetados cubiertos y lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL)

Los medicamentos recetados están cubiertos si el fármaco está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA). Entre ellos se incluyen los medicamentos autoinyectables (como la insulina) y los medicamentos que lo ayudan a dejar de fumar. Los OTC solo están cubiertos si están incluidos en el formulario de medicamentos OTC.

Los artículos que necesita para el cuidado de la diabetes también son un beneficio cubierto. Entre ellos se incluyen artículos como agujas, jeringuillas, medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas para la detección de glucosa en la orina. Puede adquirir estos productos 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. Actualizar esta lista garantiza que los medicamentos sean seguros y útiles para usted, y rentables para el programa Medicaid de Indiana.

Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos por el programa Medicaid de Indiana. Incluso los medicamentos de venta libre que figuran en la lista requieren una receta médica para que su costo sea cubierto.

Puede encontrar un enlace a su PDL y al formulario de medicamentos OTC en el sitio web de MHS en mhsindiana.com. Haga clic en For Members (Para socios) > Hoosier Care Connect» > Benefits & Services (Servicios y beneficios) > Pharmacy (Farmacia)

Medicamentos recetados no cubiertos

- Medicamentos que no tienen aprobación de la FDA.
- Medicamentos experimentales o en fase de investigación.
- Medicamentos que la ayudan a quedarse embarazada
- Medicamentos utilizados para adelgazar.
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para tratar los problemas de erección.
- Medicamentos que no están en el formulario de medicamentos OTC.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de Hoosier Care Connect cada vez que reciba atención médica o vaya a la farmacia. Esto 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 a los de marca y hacen que la atención médica sea más asequible. Siempre que sea posible, deben utilizarse medicamentos genéricos. En caso de que no estén disponibles, se podrán utilizar medicamentos de marca. O bien, si el medicamento de marca resulta más económico, se le podrá considerar el “medicamento preferido”.

Los medicamentos genéricos y preferidos deben usarse cuando estén disponibles para su condición médica, a menos que su médico indique una razón médica por la cual usted debe usar un medicamento diferente.

Autorización previa para medicamentos

Es posible que algunos medicamentos requieran una autorización previa para que su costo quede cubierto. Para obtener la autorización, su médico deberá proporcionar información sobre su salud y luego se tomará una decisión sobre si el medicamento está cubierto. Su médico deberá enviar una solicitud de autorización previa si:

- Un medicamento aparece como no preferido en la PDL o si deben cumplirse ciertas condiciones antes de que usted pueda recibirlo.
- Está tomando una dosis del medicamento superior a la que se suele recetar.
- Hay otros medicamentos que deben probarse primero.

En la mayoría de los casos, puede recibir hasta un suministro de tres días (72 horas) de un medicamento que requiere autorización previa mientras espera la decisión. La decisión se tomará 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 los formularios de autorización previa en el sitio web de MHS en mhsindiana.com, en la sección de providers (proveedores), pharmacy y pharmacy forms (formularios de farmacia).

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Cuándo y dónde buscar atención

Es importante acudir al médico adecuado para recibir la atención necesaria. Es posible que escuche las palabras proveedor médico primario (PMP), profesional, médico y proveedor de parte de MHS. Todos estos títulos se refieren a un médico o a un centro donde usted recibe servicios de atención médica.

Su proveedor médico primario (PMP): debe acudir a su PMP para visitas por enfermedad, chequeos regulares, vacunas, recetas, remisiones a especialistas y hospitales, y atención durante el embarazo.

Especialistas: un especialista es un médico que trabaja en un área específica de la atención médica. Por ejemplo, un médico que solo se dedica al corazón (un cardiólogo) es un especialista. Para poder acudir a un especialista, primero necesita obtener una remisión de su PMP.

Clínica sin cita y centro de atención urgente: las clínicas sin cita ofrecen atención de alta calidad cuando usted necesita asistencia médica rápida para afecciones que no ponen en peligro su vida.

Sala de emergencias (Emergency Room, ER): la atención de emergencia está disponible para usted cuando siente que enfrenta una urgencia médica que pone en peligro su vida. Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PMP. Si no puede comunicarse con el consultorio de su PMP, puede llamar a la línea de asesoría de enfermería de MHS disponible las 24 horas.

Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, puede llamar al 911 o al número de emergencias de su localidad para obtener servicios de emergencia.

Usted merece un hogar de atención médica: un proveedor médico primario (PMP)

Se merece un hogar de atención médica exitoso, donde:

- Usted y su médico pueden establecer una relación de confianza.
- Tenga un lugar al que siempre puede acudir para visitas por enfermedad y chequeos regulares.
- Sienta que su médico y su personal lo atienden y son responsables de su atención médica.

Visite a su PMP para consultas por enfermedad, chequeos regulares, vacunas, recetas, remisiones a especialistas y hospitales, y atención durante el embarazo. Su PMP trabajará para conocer su historial médico, tomarse el tiempo de escuchar sus inquietudes, explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender y colaborar con usted para mantenerlo saludable.

Llame siempre a su médico para cancelar las citas. Si usted no cancela sus citas y falta a más de tres, su médico puede pedir a MHS que lo transfieran a otro médico.

Elija o cambie de médico de MHS

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

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

Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen inquietudes y necesidades especiales de atención médica. Es importante contar con un médico que pueda atender esas necesidades. Si está cerca de cumplir 18 años y acude a un pediatra, hable con su médico sobre pasar a un proveedor médico primario para adultos.

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Primero busque una lista de médicos en su zona:

La red de proveedores locales de MHS es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han aceptado brindarle sus servicios de atención médica.

Para encontrar un proveedor, visite mhsindiana.com y use la herramienta Find a Provider. Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluyendo datos como nombre, dirección, números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, idiomas que hablan, género, especialidad y estado de certificación de la junta. Para obtener más información sobre las calificaciones profesionales de un proveedor, su escuela de medicina y su residencia, llame a Servicios para Miembros.

A continuación, seleccione a su médico de la lista:

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Obstetricia y ginecología
- Pediatría

Y de los siguientes tipos de médicos:

- Médico (Medical Doctor, MD)
- Médico en medicina osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, DO)
- Auxiliar médico (Physician Assistant, PA)
- Personal de enfermería con práctica médica (Nurse Practitioner, NP)
- Personal de enfermería obstétrica
- Médico especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS)

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

- 1) Elija a su médico a través del Portal Seguro para Miembros en mhsindiana.com/login. Los nuevos miembros pueden obtener una recompensa si eligen su PMP de esta forma.
- 2) Llame a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y díganos a quién desea como su médico.

Posteriormente, MHS le enviará una carta en la que se le confirmarán los médicos que haya elegido.

Cuánto tiempo puede tardar programar una cita

MHS desea que reciba atención cuando la necesite. Nos esforzamos por crear una red de proveedores que se adapte a sus necesidades, y nuestra red no deja de crecer. Pero, a veces todavía tendrá que esperar para ver a un proveedor. Usamos los estándares estatales para los tiempos de espera de las citas. Llame a los Servicios para Miembros de MHS si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el tiempo de espera para obtener una cita en el consultorio de su médico. Aquí se indica cuánto debería tardar en programarse una cita con su médico:

TIPO DE CITA	CITA PROGRAMADA POR:
Atención de urgencia o consultas por enfermedad	Programada para dentro de un día (24 horas)
Visitas no urgentes	Programado para dentro de tres días (72 horas)
Exámenes preventivos para adultos y visitas anuales de bienestar	Programada para dentro de tres meses
Visita por nuevo embarazo	Programada para dentro de un mes
Consulta de bienestar infantil	Programada para dentro de un mes
Exámenes para niños con necesidades especiales	Programada para dentro de un mes

Cuando se encuentre en la consulta del médico, el tiempo de espera para su cita programada no debería superar una hora.

El equipo de relaciones con proveedores de MHS trabaja durante todo el año para incorporar médicos, centros y hospitales a la red de MHS. Cuanto más tenga MHS que ofrecer en nuestra red cerca de usted, más opciones tendrá USTED.

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Aproveche al máximo su visita al médico

- Llegue a tiempo.
- Lleve su tarjeta de seguro y una identificación con foto.
- Apague sus teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos.
- Elabore una lista de preguntas para plantearle al médico.
- Traiga su historial médico y su cartilla de vacunación, así como cualquier medicamento que esté tomando actualmente.
- Describa los síntomas y las molestias.
- Haga preguntas y tome notas durante cada visita.
- Comente con el médico los próximos pasos de su plan de tratamiento.
- Programe las visitas de seguimiento y cualquier chequeo anual.

Especialistas

Un especialista es un médico que trabaja en un área específica de la atención médica. Por ejemplo, un médico que solo se dedica al corazón (un cardiólogo) es un especialista. Su médico puede remitirlo a un especialista si es necesario. Normalmente, su médico le remitirá a otro médico de la red de MHS, a menos que su afección médica pueda ser tratada mejor por alguien que no pertenezca a la red de MHS.

Cuando acuda a un especialista, asegúrese de que este disponga de los datos de contacto correctos de su médico. Su especialista enviará a su médico un informe que detalla su plan de atención.

Servicios de autorremisión

MHS permite algunas visitas a especialistas por autorremisión. Una autorremisión significa que no tiene que obtener una remisión de su médico si el nuevo médico que desea consultar pertenece a la red de MHS. Para ver la lista de servicios de autorremisión de Hoosier Care Connect, consulte la página 11.

Cambios en el consultorio del PMP o del especialista

En ocasiones, ya no es posible que se le asigne un médico o especialista porque este se va a trasladar a otro centro, se cambia a un nuevo plan de salud (ya no forma parte del plan MHS) o porque ya no admite pacientes de su edad o sexo. Si este cambio afecta al médico al que acude actualmente, MHS le enviará una carta para informarlo al respecto. En la carta se le explicará qué opciones tiene y si puede optar por seguir acudiendo a su médico.

Podrá seguir acudiendo a su médico aunque este haya abandonado la red durante el periodo actual de tratamiento activo, o durante un máximo de 90 días calendario, lo que sea menor, si se encuentra en tratamiento activo por una afección crónica o aguda. Si está embarazada y ya se encuentra en el segundo o tercer trimestre, puede seguir acudiendo a su médico hasta 30 días después del parto.

Continuidad de la atención

Estamos aquí para ayudar a nuestros miembros a recibir atención continua y coordinación de la atención médica necesaria cuando se unen a MHS o cuando dejan MHS. Si desea saber si la continuidad de la atención aplica en su caso, o si desea una copia de nuestra política de transición de la atención, llame a Servicios para Miembros.

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN



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

Clínicas sin cita previa y de atención urgente

(ATENCIÓN NO URGENTE Y FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN)

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

Si tiene un problema médico que no pone en riesgo su vida y necesita ver a un médico de inmediato, considere usar una clínica de atención sin cita o una clínica de atención urgente antes de ir a la sala de emergencias.

Consultas sin cita previa

Las clínicas sin cita previa ofrecen una atención de alta calidad cuando se necesita asistencia médica rápida para afecciones que no suponen un riesgo para la vida, tales como:

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

Centros de atención de urgencia

Muchas clínicas permanecen abiertas hasta más tarde por la noche y amplían su horario durante el fin de semana. Las clínicas de atención urgente ayudan a los pacientes a recibir atención sin tener que esperar en la sala de emergencias de su hospital local. Estas clínicas pueden contar con auxiliares médicos y enfermeros practicantes para atenderlo. Los auxiliares médicos y los enfermeros practicantes están capacitados y supervisados para brindar atención médica. Realizan muchos de los servicios rutinarios que suelen prestar los médicos. Pueden elaborar historiales médicos, realizar exámenes físicos, ordenar medicamentos, pruebas de laboratorio y radiografías, y enseñar a los pacientes cómo mantenerse saludables.

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

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Sala de emergencias: sepa cuándo ir

La atención de emergencia está disponible para usted cuando siente que enfrenta una urgencia médica que pone en peligro su vida. Una emergencia médica que pone en riesgo la vida es una enfermedad o lesión de tal gravedad, incluido dolor intenso, que una persona prudente sin conocimientos médicos, pero con un conocimiento medio sobre salud y medicina, podría razonablemente prever que la falta de atención médica inmediata:

- pondría en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la de su hijo por nacer);
- provocaría un deterioro grave de las funciones corporales de la persona; o
- provocaría una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo de la persona.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

- Fracturas.
- Heridas de arma de fuego o de arma blanca.
- Hemorragia que no se detiene.
- Está embarazada y se encuentra en parto o tiene sangrado.
- Dolor torácico intenso o infarto de miocardio.
- Sobredosis de drogas.
- Intoxicación.
- Quemaduras graves.
- Estado de choque (puede que sude, sienta sed o mareos, o que tenga la piel pálida).
- Convulsiones o crisis epilépticas.
- Dificultad para respirar.
- Pérdida repentina de la visión, la capacidad de moverse o de hablar.

Esta no es una lista completa de situaciones en las que debería recibir atención de emergencia. Si tiene una afección de salud que ocurre con frecuencia (una afección crónica), hable con su médico sobre qué constituiría una emergencia médica que ponga en riesgo su vida en su caso. Siempre puede llamar a la línea de asesoría de enfermería de MHS disponible las 24 horas al 1-877-647-4848 si no está seguro de si debe acudir a la sala de emergencias.

Cuándo NO acudir a la sala de emergencias

- Gripe, resfriados, dolor de garganta y dolor de oídos.
- Un esguince o una distensión.
- Un corte o una rozadura que no requiera puntos de sutura.
- Para adquirir más medicamentos o renovar una receta.
- Dermatitis del pañal.

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

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Usted se merece un centro de atención médica de confianza, al que pueda acudir en todo momento para consultas por enfermedad y revisiones periódicas. Los médicos de la sala de emergencias no conocen su historial médico tan bien como su centro médico habitual.



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

Tiempos de espera en la sala de emergencias

En una sala de emergencias, las emergencias que ponen en riesgo la vida se atienden primero. Si acude a la sala de emergencias por una lesión o enfermedad que no pone en riesgo su vida, es posible que tenga que esperar varias horas para ser atendido. Es muy importante que consulte a su médico de atención primaria o visite un centro de atención urgente para situaciones que no sean emergencias.

Prepárese antes de que se produzca una emergencia

Asegúrese de conocer la ubicación y el número de la sala de emergencias más cercana. Puede encontrar uno cerca de usted usando nuestra búsqueda "Find a Provider" en mhsindiana.com/find-a-provider, o puede llamar a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y pedir que le envíen una lista por correo. Si tiene una emergencia que ponga en riesgo su vida, puede llamar al 911 o al número de emergencias local para obtener servicios de emergencia. Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro entorno de emergencia para recibir atención de emergencia.

Seguimiento de la atención de emergencia

Si visita la sala de emergencias, proporcione 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 con los detalles de su plan de atención y diagnóstico. Si debe permanecer en el hospital, asegúrese de hablar con el médico de turno sobre el motivo de su estancia. Cuando salga del hospital, el médico de turno le dará instrucciones que debe seguir. Es muy importante que siga todas las instrucciones, aunque se sienta mejor. El día después de acudir a la sala de emergencias, o el día después de salir del hospital tras una admisión de emergencia, llame para programar una visita de seguimiento con su médico de MHS.

Cobertura de la atención de emergencia

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

La atención posterior a la estabilización es un servicio cubierto que usted recibe después de la atención de emergencia. Esta es la atención que recibe una vez que ya está estabilizado, para que su condición se mantenga estable. Cuando visita la sala de emergencias, los médicos y enfermeras deben examinarlo y asegurarse de que esté lo suficientemente bien antes de permitirle irse. El médico puede decidir que necesita otras pruebas o servicios después de estar estable pero aún en el hospital, y puede llamar a MHS para solicitar esas pruebas o servicios adicionales.

CUÁNDO Y DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

Cobertura de la atención fuera de Indiana

Atención sin cita previa o de urgencia

Si está fuera del estado y necesita acudir a una clínica sin cita o a un centro de atención urgente por un problema que no pone en riesgo su vida, debe llamar a su médico de MHS o a la línea de asesoría de enfermería de MHS al 1-877-647-4848 para obtener aprobación antes de ir. De lo contrario, es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba en la clínica.

Atención de emergencias

Si se encuentra fuera de Indiana y tiene una emergencia que pone en peligro su vida, acuda a la sala de emergencias más cercana. La cobertura de la sala de emergencias para la atención fuera de Indiana está incluida. Obtenga más información sobre la atención de emergencia en la página 21.

Atención de médicos fuera del plan

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

MHS solo cubre la atención fuera del plan si:

- MHS no cuenta con un médico dentro del plan que pueda brindar los servicios que usted necesita, o no tiene un médico dentro del plan a menos de 60 millas de su hogar.
- Es para la continuidad de la atención de una miembro embarazada que se transfirió a MHS durante su tercer trimestre.
- MHS autorizó el servicio no incluido en el plan

Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro y decirle al personal que usted es miembro de MHS. Si no lo hace, podría recibir una factura por correo. Si recibe una factura, llame de inmediato a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Usted es quien se ocupa de sí mismo y de su familia. Sin embargo, las personas con problemas de salud se mantienen más sanas durante más tiempo cuando cuentan con alguien que les apoya. Los gestores de casos colaboran con su médico para ayudarlo a recordar que debe someterse a todas las pruebas preventivas importantes.

Programas de gestión de la salud

MHS cuenta con gestores de atención capacitados para ayudar a nuestros miembros con sus afecciones de salud. Un gestor de atención trabaja con los miembros y su familia, los proveedores y los grupos comunitarios para establecer metas que le ayuden a mejorar su salud. Un gestor de atención puede ayudarlo a comprender sus beneficios y sus opciones de tratamiento, y puede asistirle con necesidades de vivienda y servicios públicos en situaciones de emergencia, así como con otros servicios como transporte al médico, alimentos y más.

Si usted o su hijo padecen o corren el riesgo de padecer alguna de las afecciones de salud que se enumeran a continuación, le pedimos que nos llame para que podamos informarle con más detalle sobre nuestros programas y ayudarlo a inscribirse. Si desea unirse a un programa u obtener más información, llame a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Programas de gestión de casos médicos

• **Programa para Niños con Necesidades Especiales:** los niños con afecciones crónicas son elegibles para este programa. Esto incluye afecciones como:

- Parálisis cerebral
- Fibrosis quística
- Discapacidades del desarrollo
- Autismo
- Lesiones cerebrales traumáticas
- Síndromes congénitos con retrasos significativos en el desarrollo
- Otras necesidades especiales de atención médica

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

• **Programa de Enfermedad Renal Crónica (ERC):** la ERC es una enfermedad en la que los riñones pierden capacidad para eliminar los residuos y el exceso de líquido de la sangre. MHS le ayuda a controlar los factores de riesgo de la ERC, como la diabetes y la hipertensión arterial. Esto podría ayudarlo a evitar tener que someterse a un tratamiento de sustitución renal. Nuestro equipo lo ayudará a aprender cómo mejorar su alimentación y le facilitará el acceso a los servicios necesarios para tratar la enfermedad y sus causas.

• **Programa de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC):** la ICC es una enfermedad que se produce cuando el corazón está demasiado débil para bombear sangre. Nuestro programa de ICC se centra en el manejo de medicamentos. Esto ayudará a reducir su probabilidad de sufrir ataques cardíacos, derrames cerebrales, visitas a la sala de emergencias y hospitalizaciones.

• **Programa de Enfermedad de las Arterias Coronarias (EAC):** la EAC se produce cuando una sustancia denominada placa se acumula en las arterias que irrigan el corazón (denominadas arterias coronarias). Nuestro programa de EAC lo ayuda a hacer frente a los efectos de esta afección, como los dolores de pecho, las limitaciones físicas y el colesterol alto. Hacemos esto mediante el manejo de medicamentos, cambios en el estilo de vida, alimentación y otras formas de afrontamiento.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE CASOS

- **Programa de Diabetes (“tener azúcar”):** la diabetes también se conoce como “tener azúcar”. La diabetes tipo 1 es una enfermedad en la que el organismo ya no es capaz de producir insulina. La diabetes de tipo 2 es una enfermedad en la que las células del organismo son menos sensibles a la insulina. Ambos tipos pueden provocar niveles elevados de azúcar en sangre. Le pedimos que se ponga en contacto con nosotros si usted o su hijo padecen diabetes.
- **Programas mejorados de gestión del asma y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** El asma no tiene cura, pero la mayoría de las personas que la padecen pueden controlar sus síntomas y prevenir las crisis asmáticas evitando los factores desencadenantes y utilizando correctamente los medicamentos recetados, como los corticosteroides inhalados. La EPOC es un conjunto de enfermedades pulmonares que provocan dificultades para respirar. Nuestros programas le ayudarán a mantenerse saludable al evitar episodios agudos antes de que ocurran y al mantenerlo fuera de la sala de emergencias.
- **Programa de Plomo:** el plomo es un metal pesado que se encuentra en la pintura, el polvo, el suelo, el agua, el aire y los alimentos. Puede resultar perjudicial para las personas, especialmente para los niños. Si se detecta que su hijo o hija presenta niveles elevados de plomo en la sangre, MHS le ofrecerá asesoramiento y formación.

Programas sobre el embarazo y el 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 embarazadas, llamados Start Smart for Your Baby y Special Deliveries de MHS. Al unirse a cualquiera de los dos programas, podrá obtener 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 embarazadas. MHS Special Deliveries es un programa de gestión de la atención para miembros embarazadas. Los gestores de atención de MHS hablarán con usted y le sugerirán el programa más adecuado en función de su historial médico y del plan de atención de su médico.

Sea cual sea el programa que elija, el equipo de enfermeras de obstetricia de MHS está a su disposición para garantizar que reciba la atención médica y los recursos que necesite tanto durante el embarazo como después de este. Los enfermeros de obstetricia de MHS pueden:

- Ayudarla a comprender qué le está sucediendo a su cuerpo durante el embarazo.
- Hablar sobre los problemas que pueden surgir durante su embarazo.
- Hablar sobre qué hacer si surgieran complicaciones durante su embarazo.
- Ayudarla a programar citas médicas o a coordinar un traslado gratuito al consultorio del médico
- Ayudarla a obtener un teléfono celular gratuito si lo necesita. Puede usar este teléfono para comunicarse con su médico, su familia y otras personas importantes mientras está embarazada.
- Ayudarla a dejar de fumar o de consumir tabaco.
- Ayudarla a encontrar más maneras de ganar recompensas de My Health Pays® al asistir a sus visitas con el médico obstetra.
- Responder a cualquier otra pregunta sobre su salud y la de su bebé.

Queremos ayudarla a cuidar de sí misma y de su bebé durante todo el embarazo. La información puede enviarse por correo postal, por teléfono y por correo electrónico, y está disponible en nuestra página web, mhsindiana.com. También se puede coordinar una visita domiciliaria con una enfermera obstetra.

Las madres que se inscriben en nuestros programas de embarazo tienen más probabilidades de llevar el embarazo a término y menos probabilidades de que su bebé tenga que ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU). ¡Ayude a su bebé a tener el mejor comienzo posible!

El primer año de vida

La maternidad trae muchas alegrías y sorpresas. Además, conlleva muchas noches de insomnio y cambios en su vida. Queremos que nuestros miembros sepan que el personal de enfermería del programa Primer Año de Vida en MHS también está aquí para brindar apoyo. Podemos responder sus preguntas y facilitarle folletos informativos útiles para que sepa qué puede esperar a medida que su bebé crezca. También la llamaremos y le enviaremos recordatorios para programar las próximas vacunas y las Consultas de bienestar infantil con el médico de su bebé, según se vayan necesitando.

Programas adicionales

Opciones anticonceptivas (planificación familiar)

Las opciones anticonceptivas suelen denominarse servicios de planificación familiar. Este es un programa cubierto que permite la autorremisión. Eso significa que puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Hoosier Care Connect. No obstante, le recomendamos que acuda a su médico o a otro médico de MHS para recibir servicios de planificación familiar. Si no se siente cómoda hablando con su médico y no sabe dónde obtener estos servicios, comuníquese con los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. En cualquier caso, los servicios de planificación familiar son de carácter privado.

Programa Right Choices

Para proteger la salud de nuestros miembros, MHS participa en el Programa Right Choices según lo indicado por el estado de Indiana. Los miembros son remitidos al programa si se determina que están usando los servicios de Medicaid más que otros miembros. A estos miembros luego se les asigna un solo médico y una sola farmacia. Deben usar estas instalaciones específicas para todas sus necesidades de atención médica, excepto en caso de emergencia.

Los miembros remitidos al programa recibirán una carta de MHS dándoles la bienvenida al programa. El período de inscripción en el Programa Right Choices puede durar hasta dos años y puede renovarse por un período adicional de dos años tras una revisión. Sin embargo, los miembros tienen derecho a apelar su remisión al programa dentro de un plazo de 60 días. Para más preguntas, o si ha recibido una carta de bienvenida, llame al Administrador del Programa Right Choices de MHS al 1-877-647-4848.

Deje de fumar o de consumir tabaco

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

Llame hoy a la línea gratuita y confidencial para dejar el tabaco de Indiana al 1-800-QUIT-NOW. La Quitline es un programa de asesoramiento telefónico basado en la evidencia que ofrece orientación personalizada a los consumidores de tabaco que han decidido dejar de fumar, proporciona apoyo profesional a lo largo de todo el proceso de abandono del tabaco y aborda la posibilidad de recurrir a tratamientos farmacológicos. Si aún no está preparado para dejar de fumar, el personal de la línea de ayuda lo ayudará a determinar qué puede hacer para prepararse y conseguir dejarlo con éxito. Además, la línea para dejar el tabaco ofrece un asesor en la web y apoyo por mensajes de texto – Text2Quit.



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

Las características clave del programa incluyen:

- Asesoramiento disponible en más de 170 idiomas
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a asesores especializados en dejar de fumar altamente cualificados y comprometidos
- Asesoramiento telefónico individual y proactivo con un asesor para dejar de fumar
- Desarrollo de un plan para dejar de fumar que mejore sus probabilidades de éxito, incluida la elección de una fecha para dejarlo.
- Kit inicial gratuito de dos semanas de terapia de reemplazo de nicotina (chicle o parches) para quienes sean elegibles.
- Extensión de los servicios para mujeres embarazadas y jóvenes que consumen tabaco (de 13 a 17 años)
- Consejos prácticos y sugerencias que lo ayudarán a lidiar con las ansias de fumar, a encontrar formas de modificar sus actividades o comportamientos diarios que le incitan a fumar y a evitar el aumento de peso
- Inscribse únicamente en el servicio del asesor en la Web para establecer una fecha para dejarlo, elegir un medicamento, vencer y controlar sus ansias, controlar su entorno y obtener apoyo social.
- Para recibir apoyo adicional, inscribse en el programa Text2Quit para recibir hasta 300 mensajes de texto adaptados a su plan para dejar de fumar.

Razones para dejarlo

- **El consumo de tabaco es responsable de 1 de cada 5 fallecimientos en EE. UU.**
- **Los fumadores viven, de media, 10 años menos que los no fumadores.**
- **Los fumadores padecen más problemas de salud y acuden al médico con mucha más frecuencia que los no fumadores.**
- **El fumador medio de Indiana gastará más de \$2,500 en cigarrillos cada año. ¡Eso supone \$130,000 a lo largo de toda una vida!**

Hay muchas razones de peso para dejarlo. Pida ayuda a MHS hoy mismo.

¿Está embarazada? ¿Fuma? Aún no es demasiado tarde para dejarlo. Dejar de fumar ahora puede marcar una gran diferencia en la vida de su bebé. La línea de ayuda para dejar de fumar cuenta con un programa especial destinado a ayudar a las mujeres durante el embarazo. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).

Transporte

MHS quiere facilitarle el acceso a la atención que necesita. Los traslados a servicios médicos cubiertos, incluidas citas con el médico, atención dental, citas de salud conductual, etc., así como los viajes a la farmacia para los miembros elegibles que no cuenten con otro medio de transporte, se proporcionan sin costo alguno.

Llame para programar su viaje dos (2) días hábiles antes de su visita médica programada. Programe su cita con el médico antes de llamar para solicitar el transporte. Los miembros pueden programar un viaje hasta cuarenta y cinco (45) días antes de su cita. El período de programación no incluye fines de semana, días festivos ni la fecha de la cita. Si necesita cancelar o modificar su cita, llámenos de inmediato para cancelar o modificar su servicio de transporte.

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

A continuación le ofrecemos más información que quizá le resulte útil sobre el transporte:

- Es posible que tenga que esperar hasta una hora a que su vehículo lo recoja antes de la visita programada.
- Si necesita transporte debido a una necesidad de atención urgente, tenga en cuenta que podría tardar más en llegar, ya que no se trata de una recogida programada previamente. Llame de inmediato para programar su viaje.
- Todo transporte debe ser para una cita médica cubierta por Medicaid de Indiana, así como para viajes a la farmacia para los miembros elegibles que no cuenten con otro medio de transporte.
- Si tiene una emergencia que ponga en riesgo su vida, llame al 911 o al número de emergencias de su localidad.
- Los menores de 16 años deben viajar siempre acompañados de un adulto mayor de 18 años.

Puede ir acompañado de otra persona. Cualquier pasajero adicional debe ser aprobado con antelación. El personal de transporte tratará de coordinar su situación si solicita llevar pasajeros adicionales. Además, el personal de transporte puede negarse a llevar a cualquier persona que no haya sido aprobada previamente para viajar.

Le pedimos que tenga a mano la siguiente información cuando llame para solicitar un servicio de transporte:

- La tarjeta de Medicaid suya o de su hijo.
- Su dirección y número de teléfono.
- La fecha y la hora de la cita.
- Nombre, dirección y número de teléfono del consultorio o clínica.
- Número de personas que viajarán (solo el paciente y un progenitor o tutor).
- Si necesitará una camioneta accesible para silla de ruedas.
- Si necesitará ayuda para desplazarse desde y hasta la puerta.
- Los miembros deberán proporcionar sus propios asientos de seguridad para niños. El personal de transporte se negará a llevar a cualquier niño sin el asiento de seguridad adecuado.

Llamar para que lo recojan después de su cita:

- Puede tomar entre 15 minutos y dos horas para que llegue un vehículo después de que usted llame.
- El transporte puede llevarlo a la farmacia de camino a casa después de su visita médica.
- Esté listo cuando llegue su transporte.
- El transporte lo recogerá en el mismo lugar donde lo dejaron. No pueden recoger a varios miembros de la familia en distintos lugares.

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

Programas exclusivos para los miembros de MHS

Estos programas están diseñados para mejorar la salud de nuestros miembros mediante educación y asistencia personalizada brindada por nuestro personal profesional. Llámenos hoy mismo para informarse sobre cómo acceder a estos servicios que hemos diseñado especialmente para usted.



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

¡Empiece hoy mismo! Puede comenzar a ganar recompensas de My Health Pays® tan pronto como se convierta en miembro de MHS. Complete cualquiera de las actividades saludables elegibles que se describen a continuación. Luego, los dólares de recompensa se cargan automáticamente en su tarjeta My Health Pays®. A todos los nuevos miembros se les envía por correo una tarjeta My Health Pays®.

Consiga recompensas realizando las siguientes actividades saludables:

\$30	Complete una evaluación de necesidades de salud dentro de los 30 días de convertirse en miembro.
\$10	Complete una evaluación de necesidades de salud dentro de los 90 días de convertirse en miembro.
\$15	Por crear una cuenta en el portal para miembros y usarla para seleccionar un PMP dentro de los 30 días de la inscripción. (Una vez por año calendario)
\$10	Por cada visita de atención infantil hasta los 15 meses de edad (máximo de \$60). (Estas visitas se recomiendan antes de los 30 días de nacido y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses)
\$20	Visita anual de atención preventiva con un médico de atención primaria. (Una vez por año calendario; desde los 16 meses en adelante)
\$20	Por una visita dental anual (solo para personas de entre 1 y 20 años; una por año calendario)
\$100	Por completar el Programa de la Línea para Dejar de Fumar de Indiana. Llame al 1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669).
\$50 si es dentro del primer trimestre	Envíe un formulario de notificación de embarazo (NOP) a MHS. Inicie sesión en su cuenta del portal de miembros para completar su NOP.
\$25 si es dentro del segundo trimestre	
Hasta \$80	Participación en la gestión de casos de obstetricia: Visite mhsindiana.com/rewards para obtener más información.
\$20	Visita posparto: acuda a su médico entre los 21 y los 56 días después del parto.

Para consultar su saldo, inicie sesión en su cuenta del Portal Seguro o llame al 1-866-809-1091.

*Esta tarjeta no puede utilizarse para comprar alcohol, tabaco ni productos relacionados con armas de fuego. Esta tarjeta es emitida por The Bancorp Bank de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank, miembro de la FDIC. La tarjeta no puede utilizarse en todos los establecimientos donde se aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso. Los fondos caducan 90 días después de la finalización de la cobertura del seguro o 365 días después de la fecha en que se obtuvo la recompensa, lo que ocurra primero.

Empiece a ganar recompensas hoy mismo. Complete su evaluación de necesidades de salud en línea en mhsindiana.com/HCCscreening o llame a MHS Care Engagement al 1-888-252-3410.

SERVICIOS ESPECIALES DE MHS

*Llame hoy mismo a MHS
MemberConnections para
que lo ayuden a comprender
sus beneficios de forma
personalizada.*

Healthy Kids Club de MHS

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

MemberConnections®

Este es un equipo de alcance comunitario compuesto por personal de MHS que puede ayudarlo de manera individual a comprender su cobertura de salud y otros recursos disponibles en la comunidad. MemberConnections puede brindar ayuda en persona o por teléfono. Le ayudarán a establecer una relación con su médico, a comprender sus beneficios médicos y a ponerse en contacto con los recursos comunitarios. Si necesita transporte, comida, refugio u otros programas de salud, MemberConnections puede ayudarlo. Para obtener más información, llame a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Teléfono celular de Connections Plus®

MHS puede prestar un teléfono celular a nuestros miembros inscritos en manejo de casos que no tienen acceso a un teléfono regular. Los teléfonos celulares de Connections Plus están programados para hacer y recibir llamadas del equipo de gestión de la atención de MHS, del PMP del miembro, de otros médicos incluidos en el plan de tratamiento, de la línea de asesoría de enfermería de MHS disponible las 24 horas y de familiares que apoyan el plan de atención del miembro.

Consejo Asesor de Miembros

MHS invita a grupos de nuestros miembros de todo el estado a conversar con nosotros cuatro veces al año. Las conversaciones incluyen los servicios que ofrece MHS y cómo se sienten los miembros acerca de sus médicos, así como sus opiniones sobre nuestros programas. Los miembros también revisan nuestros materiales impresos y la información de nuestro sitio web. MHS utiliza esta información para realizar cambios en los programas basados en los comentarios de nuestros miembros. Si está interesado en formar parte de nuestro Consejo Asesor de Miembros, llame a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Red de Educación Familiar

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

Defensor del miembro

El programa de defensores del miembro de MHS es una colaboración entre MHS y Mental Health America of Indiana. Un defensor es una persona que trabaja para ayudarlo a resolver un problema. Los miembros de MHS pueden comunicarse con un defensor de forma gratuita para hablar sobre cualquier problema que puedan tener con MHS, los servicios de MHS, los médicos de MHS o cualquier otra parte de su atención médica. El defensor es imparcial, por lo que no se posiciona ni a favor de MHS ni del programa Medicaid. El defensor colaborará con usted para resolver su problema. Si usted es miembro de MHS (o un representante legal), le pedimos que llame si:

- Tiene preguntas sobre sus beneficios o servicios de MHS.
- Quiere conocer cuáles son sus derechos y responsabilidades respecto a su cobertura de MHS.
- Necesita ayuda con el proceso de apelación, lo que incluye completar la documentación adecuada, documentar apelaciones verbales u obtener orientación durante el proceso de apelación.

Si desea la asistencia 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. Nos esforzamos por ofrecerle el mejor servicio de atención al cliente y una sólida red de proveedores, para que pueda disponer de todo lo que necesita en su plan de salud.

MHS es su proveedor de cobertura de salud. Usted eligió MHS o fue asignado a MHS para que le brindara su cobertura de salud cuando se unió a Hoosier Care Connect. Su cobertura tiene una vigencia de un año. Al final de ese año, usted pasa por el proceso de redeterminación. Esto significa que debe volver a presentar su solicitud o confirmar información con el Estado para demostrar que aún cumple los requisitos para Hoosier Care Connect. Si se le aprueba, continúa con otro año de inscripción.

Nativos americanos

Los nativos americanos tienen la opción de excluirse de la atención administrada y recibir cobertura por servicio. Si usted es nativo americano y desea optar por no participar en la atención administrada, comuníquese con su agente de inscripción.

Solicitud de cancelación de la inscripción

Los miembros tendrán la oportunidad de cambiar su entidad de atención administrada (managed care entity, MCE) en los siguientes intervalos:

- Dentro de los noventa (90) días de iniciar 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), con vigencia para el siguiente año calendario.
- En cualquier momento mediante el proceso de causa justificada (definido a continuación).

Cambios de plan de seguro médico por causa justificada

Cualquier miembro de Medicaid puede cambiar su entidad de atención administrada (MCE) por causa justificada. La determinación de si un miembro cumple con alguno de estos motivos corresponde únicamente al agente de inscripción y a la FSSA. Entre los motivos se incluyen, entre otros, los siguientes:

- Recibir una atención de mala calidad.
- La falta de prestación de los servicios cubiertos.
- Incumplimiento del contratista con los estándares establecidos de administración de atención médica.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en las necesidades de atención médica del miembro.
- Barreras significativas de idioma o culturales.
- Medidas de acción correctiva impuestas al contratista por la oficina.
- Acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud dentro de una proximidad razonable a la residencia del miembro.
- Una determinación de que el formulario de medicamentos de otra MCE es más coherente con las necesidades de atención médica actuales del nuevo miembro.
- Falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos bajo el contrato del contratista con el Estado.
- Un servicio no está cubierto por el contratista debido a objeciones morales o religiosas, según lo descrito en la sección 6.3.2.
- Se requieren servicios relacionados que deben realizarse al mismo tiempo y 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 expondría al miembro a un riesgo innecesario.
- El proveedor principal de atención médica del miembro se desinscribe de la MCE actual del miembro y se reinscribe con otra MCE. El miembro tendría que cambiar su proveedor de apoyos residenciales, institucionales o laborales debido al cambio de estatus de ese proveedor (de estar dentro de la red a fuera de la red) y, como resultado, experimentaría una interrupción en su residencia o empleo o
- Otras circunstancias determinadas por la oficina o su designado que constituyan una mala calidad de cobertura de atención médica.

Para solicitar un cambio por causa justificada, llame al agente de inscripción de Hoosier Care Connect al 866-963-7383. Responderán sus preguntas y, si es necesario, le proporcionarán un formulario para solicitar el cambio. Antes de presentar una solicitud por causa justificada, debe ponerse en contacto con MHS para que podamos ayudarlo a resolver su problema mediante el procedimiento de reclamaciones y apelaciones. Si no logramos resolver su problema tras haber seguido el proceso de reclamaciones y apelaciones de MHS, puede presentar una solicitud para cambiar de plan de salud al agente de inscripción, ya sea por teléfono o por escrito.

Redeterminación

Al final de su año de beneficios, deberá volver a presentar su solicitud o confirmar información con el estado para demostrar que aún cumple los requisitos para Hoosier Care Connect. Ingrese al Portal de Beneficios de la FSSA en fssabenefits.in.gov para obtener más información.

El proceso de volver a solicitar o confirmar su información con el estado puede tomar aproximadamente 45 días. Para ayudarlo, MHS le llamará y le enviará un correo electrónico para recordarle cuando falten 45 días para su último día de elegibilidad.

Elegibilidad e inscripción en Medicare

¿Va a cumplir pronto 65 años? Si es así, la fecha en la que se inscriba en Medicare es importante y puede influir en la fecha de inicio de su cobertura y en la cantidad que pague cada mes.

Es importante inscribirse lo antes posible para evitar sanciones o interrupciones en la cobertura.

Hay tres períodos de inscripción en Medicare:

- Los tres meses antes de su cumpleaños número 65 la cobertura de Medicare comienza el primer día del mes en que cumple 65 años.
- El mes de su cumpleaños número 65 la cobertura de Medicare comienza el primer día del mes siguiente a su mes de nacimiento.
- Los tres meses después de su cumpleaños número 65 puede tomar hasta 60 días para que su cobertura de Medicare comience.

Si se le pasan los plazos de inscripción, deberá esperar al plazo de inscripción general. El periodo de inscripción general se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura de Medicare comenzará el 1 de julio de ese año. Deberá abonar una multa por inscripción tardía en la Parte B: un recargo del 10 % por cada año que se retrase en inscribirse. Esta penalización es permanente. Por ejemplo, si se inscribió cuatro años tarde, pagará un recargo del 40 % cada año que compre la Parte B.

Para solicitar Medicare, comuníquese con la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213 o visite www.ssa.gov.

MHS quiere ayudarlo a recibir la atención de calidad que usted merece. El Programa de Mejora de la Calidad (Quality Improvement, QI) de MHS evalúa toda la atención y los servicios que recibe de los médicos y hospitales de MHS, así como cualquier otro servicio que le sea prestado. Esto contribuye a garantizar que la atención que reciba sea de buena calidad, útil y adecuada para usted. Si desea obtener más información sobre el programa QI de MHS, llámenos o visite mhsindiana.com, donde puede encontrar:

- El resumen y la descripción del programa QI de MHS.
- Información sobre inmunizaciones para adultos y niños.
- Los estándares que MHS busca cumplir y superar.
- Estándares de registros médicos y guías de práctica.

Encuestas de satisfacción de miembros

Como parte del Programa de Mejora de la Calidad, cada año se invita a algunos miembros a responder una encuesta para contarnos sobre la atención y los servicios que reciben de MHS y de los médicos de MHS. MHS comparte las respuestas de estas encuestas con los médicos y utiliza la información para ayudar a mejorar la atención a los miembros y la manera en que nos comunicamos con usted. Sus respuestas a estas encuestas son siempre anónimas, lo que significa que no sabemos quién ha respondido a la encuesta.

Si recibe una encuesta por correo o por teléfono, le pedimos que se tome el tiempo necesario para responderla y devolverla. Esto ayudará a que MHS y los programas estatales de atención médica sean lo mejor posible para usted y su familia.

Calificaciones de los proveedores

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

Nos gustaría conocer su opinión sobre MHS y la atención que ha recibido. Si recibe una encuesta para miembros, ¡no dude en participar!

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

Esperamos que nuestros miembros siempre estén satisfechos con MHS y con nuestros proveedores. Le pedimos que nos comunique si no está satisfecho con los programas y servicios de MHS o con los servicios prestados por su médico, o si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por MHS en relación con su atención médica. Disponemos de una serie de pasos para resolver cualquier problema que pueda tener.

Quejas

Para presentar una queja, llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. MHS toma sus quejas muy en serio. Registramos su queja y le damos seguimiento para saber cómo podemos servirle mejor. MHS le dará una respuesta con un resultado dentro de un (1) día hábil. Si no está satisfecho con cómo se manejó su queja o si tomó más de un (1) día hábil, su queja se convertirá en un reclamo (grievance).

Reclamaciones

Usted o su representante autorizado pueden presentar una reclamación sobre el asunto que le preocupa en cualquier momento. Las reclamaciones pueden presentarse ante MHS de las siguientes formas:

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

Verbalmente: Servicios para Miembros de MHS, 1-877-647-4848

En persona: 429 N Pennsylvania St, oficina 109, Indianápolis, IN 46204

En línea, en el Portal Seguro para Miembros: www.mhsindiana.com/members.html

Una reclamación por escrito debe incluir: **1)** Su nombre, número de teléfono, dirección y firma. **2)** Su número de identificación de miembro. **3)** El motivo o motivos por los que no está satisfecho. **4)** Cómo puede ayudarlo MHS.

Puede presentar copias de los documentos que respalden su caso, ya sea en persona o por escrito.

MHS le enviará una carta en un plazo de tres (3) días laborables para informarle de que tenemos registrada su reclamación. En la carta se detallan sus derechos y los siguientes pasos que puede seguir. Todas las reclamaciones se resuelven en un plazo de 30 días calendario. Se le remitirá la resolución por escrito en un plazo de 30 días naturales. MHS puede solicitar 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos por escrito antes de que finalice el plazo de 30 días calendario. Podrá solicitar una reclamación acelerada si considera que una reclamación ordinaria podría poner en grave peligro su vida o impedir que recupere su capacidad funcional máxima. Puede presentar una reclamación si no está de acuerdo con la extensión. Si no está satisfecho con la resolución, tiene derecho a apelar.

Apelaciones

Una apelación es cuando usted, su proveedor o su representante no están satisfechos con el resultado de una decisión tomada por MHS y desean tomar medidas. Esto puede deberse a que no está conforme con la resolución de un reclamo que presentó o porque no está de acuerdo con una decisión que MHS tomó cuando su médico solicitó una autorización previa o aprobación previa para algún tratamiento, terapia, equipo médico u otro servicio de salud. Para designar a un representante o a su proveedor, envíe a MHS una carta o formulario de consentimiento firmado indicando quién será su representante.

Las apelaciones deben presentarse dentro de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le informa sobre la decisión. Usted o su representante (sin incluir al proveedor que solicita el servicio) pueden enviar la solicitud de apelación y el consentimiento (si aplica) por escrito, teléfono, fax o correo electrónico a:

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

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

Fax: 1-866-714-7993

Correo electrónico: appeals@mhsindiana.com

Su apelación por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma.
- Su número de identificación de miembro.
- El motivo o motivos por los que no está satisfecho.
- ¿De qué manera desea que MHS lo ayude?

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

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

MHS le enviará una carta dentro de tres días hábiles para informarle que recibimos su solicitud. Su caso será asignado a una persona con las calificaciones adecuadas para revisarlo, como un médico o un administrador. La persona asignada no habrá participado en la decisión original ni en ninguna revisión previa.

Todas las reclamaciones se resuelven en un plazo de 30 días calendario. El resultado se le envía por escrito dentro de ese mismo plazo. MHS podría solicitar 10 días hábiles adicionales para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos por escrito antes de que finalice el plazo de 30 días calendario. Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede tener derecho a una revisión externa e independiente.

Revisión acelerada

Si esperar el tiempo regular para recibir la respuesta a su apelación pudiera ponerlo en riesgo de sufrir un daño corporal grave o una lesión, usted puede pedir a MHS que realice una revisión extra rápida. A esto se le denomina “revisión acelerada”. Para solicitar una revisión acelerada, llame o escriba a MHS lo antes posible. MHS resuelve las revisiones aceleradas dentro de dos días calendario (48 horas).

Revisión externa, independiente y audiencia estatal imparcial

Las revisiones externas e independientes pueden solicitarse para decisiones tomadas por Gestión de la Atención Médica de MHS o Gestión de Utilización de MHS:

- En función de la necesidad médica, o
- Si el servicio solicitado es experimental o de investigación

Para solicitar una revisión, llame o escriba a MHS dentro de 120 días calendario a partir de la decisión de 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 encargará a un médico de la misma especialidad que revise el caso. Enviarán su respuesta al miembro y a MHS en unas dos semanas. MHS se hará cargo de los gastos de esta revisión. El miembro puede solicitar tanto una revisión externa e independiente como una audiencia estatal imparcial, pero no al mismo tiempo.

Audiencia estatal imparcial

Después de una apelación, si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia estatal imparcial (State Fair Hearing, SFH) con la Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana dentro de ciento veinte (120) días calendario a partir de la fecha indicada en la carta con la decisión de su apelación. Puede solicitar una audiencia estatal imparcial al mismo tiempo que presenta su solicitud de revisión externa independiente. Debe completar primero el proceso de reclamaciones y apelaciones de MHS antes de poder tener una audiencia estatal imparcial. Puede llamar a MHS para concertar la audiencia o escribir directamente a la FSSA a la siguiente dirección:

Office of Administrative Law Proceedings 100 N. Senate Avenue, Room N802 Indianapolis, IN 46204 Fax: 317-232-4412
Correo electrónico: fssa.appeals@oaip.in.gov

Una vez que la FSSA haya recibido su solicitud de audiencia, un juez examinará su caso y le comunicará por escrito su resolución en un plazo de 90 días a partir de la recepción de su solicitud. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una revisión por parte de la agencia. Puede solicitar una revisión por parte de la agencia en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de la notificación. Recibirá una notificación formal de la decisión de la agencia. En caso de que se modifique la resolución de la audiencia, se indicará el motivo. Si no está de acuerdo, puede solicitar una revisión judicial de la decisión de la agencia.

Atención durante las apelaciones

Usted sigue siendo nuestro miembro durante una apelación. Continuará recibiendo todos los servicios de atención médica cubiertos según su paquete de beneficios. MHS cubrirá la atención que usted está apelando hasta que se tome la decisión final. Si la decisión final de su apelación es denegar los servicios, es posible que usted tenga que pagar por esos servicios cubiertos.

Para mantener sus beneficios durante su apelación:

- a. Usted o su proveedor deben presentar la apelación dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que MHS envió el aviso, o de la fecha prevista de vigencia; lo que ocurra más tarde.
- b. La apelación se refiere a la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- c. Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- d. El plazo previsto en la autorización original aún no ha vencido.
- e. Solicita una extensión de los beneficios.

Sus derechos y opciones de apelación

Si MHS toma una decisión sobre su atención médica y usted no está de acuerdo, como miembro de MHS tiene derecho a pedir que revisemos esa decisión:

- Puede escribir o llamar a MHS para presentar una apelación y pedir que revisemos la decisión. Debe comunicarse con nosotros dentro de 60 días calendario a partir de la fecha en que MHS tomó la decisión. Si pasa ese plazo, no podrá solicitar la revisión del caso.
- Puede solicitar ayuda a MHS. Si nos llama, MHS lo ayudará llenando una apelación en nombre del miembro.
- Puede enviar a MHS documentación médica, declaraciones u otras pruebas, así como cualquier alegación de hecho o conclusión legal que considere importante. Puede pedir a su médico tratante o a su proveedor de atención primaria que nos envíen la información que usted considere necesaria.
- Puede pedir que alguien lo represente, como su médico, un abogado, un familiar u otra persona de confianza. Para designar a un representante, envíe a MHS una carta o nota firmada en la que nos indique el nombre de dicha persona, su relación con ella y cómo ponerse en contacto con ella por teléfono o por escrito. No es necesario nombrar a un representante si no lo desea.
- Si considera que esperar el tiempo regular para recibir la respuesta a su apelación podría afectar su vida o su salud, puede pedir a MHS que realice una revisión extra rápida de su caso, llamada “revisión acelerada”. Debe solicitarla lo antes posible llamando por teléfono o escribiendo a MHS.
- Puede participar en la resolución de su caso aportando la documentación que desee que se examine y reuniéndose con el comité encargado de revisar su caso, ya sea en persona o por teléfono. Debe comunicarnos con antelación su intención de participar cuando nos llame o nos escriba. Puede hacer que la persona a la que haya designado como su representante participe junto a usted en la resolución de su caso.
- Usted puede revisar cualquier registro médico que MHS tenga archivado sobre usted, así como su expediente del caso, tanto antes como durante el proceso de apelación, sin costo alguno. Para solicitar acceso a esta información, llame o escriba a MHS.
- Puede comunicarse con Servicios para Miembros de MHS para verificar el estado de su caso por teléfono al 1-877-647-4848 o en línea en mhsindiana.com/contact-us.
- Si no está satisfecho con los resultados de la revisión de MHS, tiene derecho a avanzar al siguiente nivel de apelación, que puede incluir una revisión independiente, una audiencia estatal imparcial, o ambas.

Apelaciones farmacéuticas

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

- Deniega un servicio farmacéutico o un medicamento.
- Reduce un servicio farmacéutico o un medicamento.
- Pone fin a un servicio farmacéutico o a un medicamento que se había aprobado anteriormente.
- No le ofrece un servicio oportuno.

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

Las apelaciones deben presentarse dentro de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le informa sobre la decisión. Usted o su representante pueden enviar la solicitud de apelación y el consentimiento (si aplica) por escrito, teléfono, fax o correo electrónico a:

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

Teléfono: *Servicios para Miembros de MHS o Departamento de Apelaciones de MHS al 1-877-647-4848*

Fax: *1-866-714-7993*

Correo electrónico: *appeals@mhsindiana.com*

Si no está de acuerdo con la resolución de la apelación, puede solicitar una “audiencia de Medicaid”. Envíe una carta a la siguiente dirección de Medicaid de Indiana en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en que reciba la resolución sobre su apelación. Un juez examinará su caso y le enviará una carta con la resolución en un plazo de 90 días hábiles.

*Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana
Sección de audiencias y apelaciones, RM E034 – IGC-S, MS04
402 W. Washington St., Indianápolis, IN 46204*

Decisiones médicas

Los proveedores y el personal de MHS toman decisiones sobre los tratamientos de nuestros miembros con el objetivo de brindar la mejor atención y el mejor servicio posible. MHS no recompensa a ningún proveedor, médico ni miembro de su personal por negar o reducir servicios o pagos. MHS no incentiva ni paga a médicos o empleados para que usted reciba menos atención de la que necesita.

MHS no toma decisiones de cobertura basadas en creencias morales o religiosas. Es posible que tenga una solicitud que un determinado médico u hospital no pueda atender debido a sus creencias morales o religiosas. Si eso ocurre, ese médico u hospital debe informarle para que usted pueda decidir si desea recibir atención de otro proveedor. Si usted tiene una directiva anticipada (consulte esta sección) y su médico no sigue sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Agencia Estatal de Inspección y Certificación de Indiana.

Incentivos para los médicos

MHS ofrece incentivos a los médicos basados en la calidad de la atención médica que brindan a nuestros miembros. Por ejemplo, se motiva a los pediatras a asegurarse de que los niños reciban sus vacunas. No damos incentivos a los médicos de MHS por no brindar atención. Para obtener información más detallada sobre los planes de incentivos de MHS para médicos, llame al Departamento de Mejora de la Calidad de MHS al 1-877-647-4848.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas se refieren a las instrucciones orales y escritas sobre su atención y tratamiento médico futuro. Al expresar sus decisiones de atención médica en una directiva anticipada, usted ayuda a que su familia y su médico comprendan sus deseos sobre la atención. La ley de Indiana presta especial atención a las directivas anticipadas. Normalmente, estas consisten en uno o más documentos que describen sus decisiones de atención médica para situaciones en las que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Con las directivas anticipadas, usted puede:

- Informar a su médico si desea o no que se le conecten a máquinas de soporte vital.
- Informar a su médico si desea ser donante de órganos.
- Autorizar a otra persona para que diga “sí” o “no” a sus tratamientos médicos.

Las directivas anticipadas solo se utilizan en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo. Esto no le priva de su derecho a tomar una decisión diferente en caso de que, más adelante, pueda expresarse por sí mismo. Existen muchas formas de redactar unas directrices anticipadas:

- Hable con su médico y con su familia.
- Elija a alguien que hable o decida por usted, conocido como representante de atención médica.
- Poder notarial o testamento vital.

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

Nuevos tratamientos y tecnologías

MHS cuenta con un equipo de médicos y personal que evalúa periódicamente los nuevos servicios, tratamientos y medicamentos que van apareciendo en el mercado, con el fin de garantizar que usted reciba una atención de calidad.

Aviso sobre MHS como cobertura secundaria

En ocasiones, es necesario que otra persona abone primero los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si sufre un accidente de tráfico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidente laboral deben hacerse cargo en primer lugar.

MHS tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el importe de los servicios cubiertos cuando otra persona deba abonarlo en primer lugar.

Derecho de subrogación de MHS

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

- Su seguro de automóvil o de vivienda.
- El seguro de automóvil o de vivienda de la persona que causó su enfermedad o lesión.
- Indemnización por accidente laboral

Aviso sobre MHS como cobertura secundaria (continuación)

Si un asegurador distinto de MHS debe pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, MHS tiene el derecho de pedir a ese asegurador que nos reembolse. MHS tiene derecho de subrogación sobre cualquier derecho de recuperación que usted tenga contra un tercero que haya causado su enfermedad o lesión, o cualquier derecho de recuperación que tenga contra otro plan de seguro, incluyendo, entre otros, cualquier cobertura de conductor no asegurado, cobertura de conductor con seguro insuficiente, cobertura personal complementaria, cobertura de pagos médicos, cobertura de seguro automotriz sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro de primera parte. Salvo que la ley disponga lo contrario, la cobertura ofrecida por MHS en virtud de esta póliza tendrá carácter secundario cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le proporcione cobertura para servicios de atención médica.

Derecho de reembolso de MHS

Si recibe una indemnización por una demanda o un acuerdo extrajudicial a raíz de una enfermedad o lesión, MHS tiene derecho a solicitarle que reembolse el coste de los servicios cubiertos que hayamos abonado. No podemos obligarle a devolvernos una cantidad superior a la que haya obtenido de la demanda o del acuerdo extrajudicial.

Sus responsabilidades

Como miembro de MHS, usted se compromete a:

- Informarnos de cualquier circunstancia que pueda afectar a los derechos de subrogación o de reembolso de MHS.
- Cooperar con MHS cuando le solicitemos información y asistencia para la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmar los documentos para ayudar a MHS a ejercer sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a MHS a investigar, solicitar y divulgar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso, en la medida permitida por la ley.
- Pagar a MHS todas las cantidades recuperadas mediante una demanda, acuerdo u otro medio de cualquier tercero o de su asegurador, incluidos, entre otros, cualquier cobertura de conductor no asegurado, cobertura de conductor con seguro insuficiente, cobertura personal complementaria, cobertura de pagos médicos, cobertura de seguro automotriz sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro de primera parte, hasta el monto de los beneficios proporcionados bajo dicha cobertura y hasta el valor de los beneficios brindados.
- Si no está dispuesto a colaborar con nosotros, es posible que tenga que reembolsarnos los gastos en que hayamos incurrido, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

Malgasto, fraude y abuso del programa

Prevenir y limitar el malgasto, el fraude y el abuso ayuda a proteger los programas de atención médica que sirven a usted y a su familia. Si cree que un miembro del plan o un proveedor ha incurrido en malgasto, abuso o fraude, usted tiene el derecho y la responsabilidad de informarlo. Ejemplos de fraude o abuso por parte del miembro incluyen:

- Un miembro que permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan para recibir atención médica.
- Un miembro que intenta que el plan pague por medicamentos que no necesita.

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

- Un proveedor que ordena pruebas innecesarias.
- Un proveedor que ordena equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que usted no necesita.

Su seguridad y su bienestar son muy importantes para nosotros. Si usted o su familia tienen alguna duda, llámenos de inmediato. Si usted cree que un proveedor, un miembro u otra persona está haciendo un uso indebido del programa, infórmenos de inmediato. MHS toma muy en serio la identificación y el informe del desperdicio, el fraude y el abuso. Llame a nuestra línea de atención telefónica gratuita y confidencial al 1-866-685-8664. También puede llamar a la línea de atención telefónica confidencial y gratuita de la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana, al 1-800-403-0864. No tendrá que dar su nombre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE MHS

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

- Recibir información sobre MHS, así como sobre los servicios de MHS, los profesionales, los proveedores y sus derechos y responsabilidades. Le enviaremos un manual para miembros cuando sea elegible y un boletín informativo cuatro veces al año. Además, encontrará información detallada sobre MHS en nuestro sitio web: mhsindiana.com. También puede llamar a los Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.
- Obtener información sobre la estructura y el funcionamiento de MHS.
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración hacia su dignidad y su privacidad.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada a su condición y a su capacidad de comprensión.
- Tener una discusión abierta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Participar junto con los profesionales en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según lo especificado en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y aislamiento.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan según lo permitido por las regulaciones federales de privacidad en atención médica.
- Expresar quejas, inconformidades o apelaciones sobre la organización o la atención que esta brinda.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Contar con una fuente continua de atención primaria adecuada a sus necesidades y con una persona designada formalmente como responsable principal de coordinar sus servicios de atención médica.
- Recibir ayuda personalizada del personal de MHS para asegurarse de obtener la atención necesaria, especialmente en casos en los que usted o su hijo tengan “necesidades especiales de atención médica”, como el manejo de una enfermedad de larga duración o una afección médica grave. Nos aseguramos de que tenga acceso fácil a toda la atención necesaria y ayudamos a coordinar la atención con múltiples médicos, además de involucrar a administradores de casos para facilitar el proceso. Si se ha determinado que usted tiene una necesidad especial de atención médica mediante una evaluación conforme a título 42, sección 438.208(c)(2) del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), que requiera un curso de tratamiento o monitoreo regular, trabajaremos con usted para brindarle acceso directo a un especialista, según corresponda a su afección y necesidades.
- Tener acceso oportuno a los servicios cubiertos.
- Disponer de servicios las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuando dicha disponibilidad sea médicamente necesaria.
- Obtener una segunda opinión de un profesional de la salud calificado sin costo alguno. Si la segunda opinión proviene de un proveedor fuera de la red, el costo no será mayor que si el proveedor estuviera dentro de la red.
- Acceso directo a especialistas en salud femenina para la atención rutinaria y preventiva, incluidos la planificación familiar, las revisiones ginecológicas anuales y los servicios de obstetricia, sin necesidad de autorización por parte de MHS ni de su médico de MHS. Esto incluye métodos anticonceptivos, pruebas del VPH, pruebas de clamidia y citologías anuales.
- Recibir un aviso por escrito cuando se niegue una solicitud de autorización de servicios o cuando se autorice un servicio en una cantidad, duración o alcance menor al solicitado. Recibirá esta información con la rapidez necesaria para que sus necesidades médicas sean atendidas y su tratamiento no se retrase. No pondremos en riesgo su condición médica esperando la aprobación de servicios. Las autorizaciones se revisan según sus necesidades médicas y se emiten en cumplimiento con los plazos establecidos por el estado.

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

- Proporcionar la información (en la medida de lo posible) que MHS, sus profesionales y otros proveedores de atención médica necesiten para poder brindarle la atención adecuada.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que haya acordado con sus médicos de MHS.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

TÉRMINOS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER

Beneficio	La cobertura de servicios de atención médica que un miembro de Medicaid recibe para el tratamiento de una enfermedad, lesión u otras condiciones permitidas por el Estado.
Gestión de casos	Programas de MHS para miembros con afecciones de salud especiales que ayudan a los miembros a manejar sus afecciones mediante contacto rutinario y apoyo de MHS.
Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP)	Una extensión de Hoosier Healthwise que extiende la cobertura a niños de cero a 19 años cuya familia tiene un ingreso equivalente al nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).
Costo compartido	Los costos que un miembro debe pagar por los servicios de salud cuando están cubiertos por un seguro médico.
Servicio cubierto	Servicios médicos obligatorios requeridos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y servicios médicos opcionales aprobados por el Estado que son pagados por Medicaid. Algunos ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de medicamentos con receta y las consultas médicas.
División de Recursos Familiares (DFR)	Una división de la Administración de Servicios Sociales y Familiares. El organismo estatal que ofrece ayuda en materia de formación profesional, asistencia social, ayuda nutricional complementaria y otros servicios.
Miembro elegible	Persona certificada por el Estado como elegible para recibir asistencia médica.
EPSDT	Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos. Estos son una serie de exámenes que su hijo debe recibir desde el nacimiento hasta los 21 años para ayudarlo a evitar enfermedades o detectar posibles problemas de salud a tiempo, de manera que puedan ser tratados.
Explicación de beneficios (EOB)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y de los pagos realizados para sufragar dichos gastos.
Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA)	Una agencia general encargada 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 para Familias, la División de Salud Mental y Adicciones, y la División de Servicios para Personas con Discapacidad y Rehabilitación.
Evaluación de necesidades de salud (HNS)	Un cuestionario que los miembros deben completar dentro de los 90 días de su inscripción a MHS para que MHS conozca las condiciones de salud de la persona. Esto permite a MHS adaptar los programas y servicios adecuados a las necesidades de sus miembros.
Hoosier Care Connect (HCC)	Hoosier Care Connect es un programa de atención médica para personas de 65 años o más, ciegas o con discapacidad que además no son elegibles para Medicare.
Hoosier Healthwise (HHW)	Programa de atención médica de Medicaid de Indiana para niños hasta los 19 años y mujeres embarazadas.
Healthy Indiana Plan (HIP)	El Healthy Indiana Plan es un programa de seguro médico asequible del estado de Indiana para adultos Hoosiers sin seguro, de 19 a 64 años.
Programas de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP)	Programas de Cobertura de Salud de Indiana, como Medicaid, HIP y CHIP.
Ingresos	En términos de elegibilidad, el dinero que usted gana mediante un empleo o trabajo por cuenta propia (ingresos devengados), o el dinero que recibe directamente, como SSI o SSDI (ingresos no devengados).
WellTrans	La empresa MHS se encarga de proporcionar el servicio de transporte a los miembros elegibles.
MHS	Managed Health Services, abreviado MHS
Medicaid	Un programa que ofrece seguro médico a ciertas familias de bajos ingresos, personas con discapacidad y personas mayores con recursos financieros limitados. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y el estatal.
Medicamento necesario	Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.
Miembro	Una persona que ha elegido MHS como su plan de cobertura de salud y recibe sus beneficios a través de MHS.

TÉRMINOS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER

Línea de asesoramiento de enfermería de MHS	La línea de asesoramiento de enfermería de MHS es el servicio telefónico de asesoramiento médico de MHS, atendido por enfermeras tituladas. La línea de asesoramiento de enfermería de MHS está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Los miembros pueden llamar al 1-877-647-4848.
OTC	Medicamentos de venta libre; se refiere a medicamentos como los antigripales y la aspirina.
PDL	Lista preferida de medicamentos Su beneficio de farmacia tiene una lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL muestra algunos de los medicamentos cubiertos bajo el beneficio de farmacia.
PHI	Información médica protegida. Información sobre usted y su salud que debe mantenerse de manera segura y está sujeta a leyes que determinan quién puede verla y bajo qué circunstancias.
PMP	Proveedor médico primario: su médico de MHS. Un pediatra, médico general, médico de familia, internista o, en ocasiones, un obstetra o ginecólogo que ha firmado contrato con MHS para brindar atención primaria a los miembros y para remitir, autorizar, supervisar y coordinar la prestación de los beneficios. Los enfermeros practicantes y los asistentes médicos asociados a un proveedor médico primario contratado pueden atender a los miembros que buscan atención primaria.
Autorización previa (PA)	Una decisión de su aseguradora o plan de salud que determina que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es médicamente necesario.
Programa de Pago de Reclamaciones Anteriores	El Programa de Pago de Reclamaciones Anteriores está dirigido a las personas elegibles conforme a la sección 1931 y reembolsa a los proveedores los costos de los servicios prestados antes de su fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Llame al 800-457-4584 para consultar la disponibilidad.
Proveedor	Cualquier profesional de la salud médica, dental o de salud conductual que pueda brindar atención a nuestros miembros. En la mayoría de los casos, se refiere a los médicos.
Número de identificación del destinatario (RID)	El número único asignado a un miembro que es elegible para los servicios de Medicaid. Este número figura en el anverso de su tarjeta de identificación de Medicaid.
Autorremisión	Un servicio cubierto que un miembro puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación del médico de MHS, de MHS o de cualquier otra persona, siempre que el médico que brinda el servicio pertenezca a la red de MHS. Un miembro puede autorremitirse para servicios especiales que no requieren una revisión previa por parte de MHS ni del proveedor médico primario (PMP), siempre que el médico que brinda el servicio pertenezca a la red de MHS.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Con efecto a partir del 5 de mayo de 2023

Si necesita ayuda para traducir o comprender este texto, llame al 1-877-647-4848.

Para personas con discapacidad auditiva: TTY 1-800-743-3333.

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

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

Los servicios de interpretación se le ofrecen de forma gratuita.

Deberes de las entidades cubiertas

Managed Health Services (MHS) es una entidad cubierta tal y como se define y regula en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. MHS está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida (protected health information, PHI), proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del Aviso vigente y notificarle en caso de una violación de su PHI no asegurada.

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 harán únicamente con su autorización por escrito.

MHS se reserva el derecho a modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado de la PHI que ya tengamos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. MHS revisará y distribuirá con prontitud este Aviso siempre que se produzca un cambio sustancial en lo siguiente:

- Los usos o divulgaciones.
- Sus derechos.
- Nuestras obligaciones legales.
- Otras prácticas en materia de privacidad que se indican en el aviso.

Publicaremos cualquier aviso revisado en nuestra página web, mhsindiana.com.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

A continuación le indicamos cómo 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 médica que le esté brindando tratamiento, para coordinar su atención entre distintos proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le hayan brindado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir
 - Procesar reclamaciones.
 - Determinar la elegibilidad o la cobertura de las reclamaciones.
 - Revisar los servicios para verificar su necesidad médica

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

- brindar servicios al cliente.
- responder a quejas y apelaciones.
- proporcionar gestión de casos y coordinación de la atención.

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

- actividades de evaluación y mejora de la calidad.
- evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica.
- gestión de casos y coordinación de la atención.
- detección o prevención del fraude y el abuso en la atención médica.

- **Divulgaciones al plan de salud colectivo y patrocinador del plan:** podemos divulgar su información de salud protegida al patrocinador del plan de salud colectivo, como un empleador u otra entidad que le proporcione un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información de salud protegida (por ejemplo, aceptar no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como obtener recursos para una fundación benéfica u otra entidad similar con el fin de apoyar sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de excluirse o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de evaluación de riesgos:** podemos usar o divulgar su PHI para fines de evaluación de riesgos, como tomar una determinación sobre una solicitud o un pedido de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido utilizar o divulgar su PHI que contenga información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de citas y alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo exija la ley:** si la ley federal, estatal o local exige el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información de PHI en la medida en que dicho uso o divulgación cumpla con esa ley y se limite a lo que dicha ley requiera. Si más de dos leyes o reglamentos que regulen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con los más restrictivos.
- **Actividades de salud pública:** podemos facilitar su información médica protegida (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, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Victimas de maltrato 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 creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su información médica protegida (PHI) en respuesta a una orden administrativa o judicial. Asimismo, podríamos revelarla en respuesta a lo siguiente:
 - citación judicial
 - solicitud de información
 - solicitud jurídica similar

- **Autoridades policiales:** podremos facilitar su información médica protegida (PHI) pertinente a las autoridades policiales cuando sea necesario para responder a un delito.

Asimismo, podremos divulgar su información médica protegida (PHI) pertinente con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo clave o una persona desaparecida.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos facilitar su información médica protegida (PHI) a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos revelar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** puede facilitar su información médica protegida (PHI) a organizaciones de obtención de órganos. Asimismo, podemos facilitar su información médica protegida (PHI) a aquellas personas que trabajen en los ámbitos de la adquisición, la banca o los trasplantes de:
 - órganos de cadáveres
 - ojos
 - tejidos humanos
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que dicho uso o divulgación es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del mando militar. Asimismo, podemos divulgar su PHI:
 - a funcionarios federales autorizados para seguridad nacional
 - a las actividades de inteligencia
 - a el Departamento de Estado, para la evaluación de la aptitud médica
 - para los servicios de protección del presidente u otras personas autorizadas
- **Indemnización por accidente laboral:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin considerar la culpa.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo íntimo, agencia autorizada de ayuda en casos de desastre, o cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro criterio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es en

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

su mejor interés. Si la divulgación es en su mejor interés, solo revelaremos la PHI que sea directamente pertinente a la participación de esa persona en su atención.

- **Reclusos:** si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de las autoridades policiales, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario correspondiente cuando dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas; o para la seguridad y 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 existan ciertas garantías para proteger la privacidad y seguridad 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 realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Marketing:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de mercadeo, con excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones de mercadeo cara a cara con usted o cuando proporcionemos obsequios promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas, con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

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 basándonos en esa autorización inicial.

Derechos de las personas

Los siguientes son sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros y utilice la información que figura al final de este Aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** usted puede revocar su autorización en cualquier momento; la revocación debe hacerse por escrito. La revocación tendrá efecto de inmediato, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones basadas en la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como sobre las divulgaciones a personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y señalar a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a acceder a esta solicitud. Si estamos de acuerdo, accederemos a su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o el artículo de su bolsillo en su totalidad.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Este derecho solamente se aplica si la información puede ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se modifican los medios de comunicación o la ubicación. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica el medio alternativo o la ubicación donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y recibir copia de su PHI:** tiene derecho, con excepciones limitadas, a revisar o recibir copias de su PHI contenida en un conjunto de registros designado. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si los motivos de la denegación pueden ser revisados y cómo solicitar dicha revisión, o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a modificar su PHI:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinadas razones, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede llevar a cabo la modificación. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos 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 los demás, 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:** tiene derecho a recibir un listado de las ocasiones, dentro de los últimos 6 años, en las que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted 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.
- **Derecho a presentar una queja:** si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA 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 los datos de contacto que figuran al final de este. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa de este.
- **Información sobre raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género:** MHS se compromete a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género. Utilizamos algunos de los siguientes métodos para proteger su información:
 - Conservar los documentos en papel en archivadores cerrados con llave
 - Exigir que toda la información electrónica se almacene en soportes físicamente seguros
 - Conservar su información electrónica en archivos protegidos con contraseña

Podemos utilizar o divulgar información relativa a su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género para llevar a cabo nuestras actividades. Estas actividades pueden incluir:

- Diseño de programas de intervención
- Diseño y dirección de materiales de divulgación
- Informar a los profesionales y proveedores de asistencia sanitaria sobre sus necesidades lingüísticas
- Evaluación de las desigualdades en la atención sanitaria

Nunca utilizaremos la información relativa a su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género para la evaluación de riesgos, la fijación de tarifas o la determinación de beneficios, ni revelaremos dicha información 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

A la atención de: Funcionario de privacidad

429 N Pennsylvania St, oficina 109, Indianápolis, IN 46204

1-877-647-4848

1-800-743-3333

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Managed Health Services (MHS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. MHS no excluye a nadie ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

MHS:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

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

Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información redactada en otros idiomas

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

Si considera que MHS no le ha prestado estos servicios o ha incurrido en algún tipo de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante: Coordinador de reclamaciones y apelaciones, MHS, Apartado de correos 441567, Indianápolis, IN 46244, 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333), fax 1-866-714-7993. Puede presentar una reclamación por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, MHS está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Despacho 509F, Edificio HHH, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

ESLÓGANES EN DISTINTOS IDIOMAS

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

NOTAS

NOTAS

NOTAS

**LE BRINDAMOS
COBERTURA.**



**Contrate un seguro. Póngase en forma.
Obtenga recompensas.
Aproveche al máximo con MHS.**

¡Empiece a ganar recompensas hoy mismo! Complete su evaluación de necesidades de salud para que se agreguen \$30 a su tarjeta My Health Pays®. Encontrará más información en la página 8.

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