

**LE OFRECEMOS
COBERTURA.**



Manual para miembros

Información importante para usted y su familia.



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



La información contenida en este libro está disponible en otros idiomas o formatos, lo que incluye versiones en español, con letras grandes, en braille o en CD de audio.

Póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS llamando al 1-877-647-4848 o en línea en mhsindiana.com

si necesita esta información en otro idioma u otro formato.

¡Bienvenido a Managed Health Services (MHS)!

Le agradecemos que haya elegido a MHS para disfrutar de una mejor atención médica a través de su inscripción en Hoosier Healthwise (HHW). Estos son los siguientes pasos que debe completar como miembro nuevo.



Realice su Evaluación de las Necesidades de Salud. Puede completar la encuesta en línea, por teléfono llamando al 1-888-252-3410 o en un quiosco de la farmacia de Walmart. *Si lo hace dentro de los 30 días después de convertirse en miembro, obtendrá una recompensa de \$30 por parte de My Health Pays®.*



Regístrese para obtener su cuenta en el Portal Seguro para Miembros. Esta cuenta le permite acceder a su información confidencial, como reclamaciones, datos de la consulta de su médico, saldos de My Health Pays® y mucho más.



Elija a su médico. Utilice la función “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® por utilizar su cuenta del portal para elegir un médico durante los primeros 30 días después de volverse miembro.*



Acuda a su médico. Una vez que haya elegido a su médico, programe una cita para una revisión médica de inmediato. Este es su nuevo hogar médico.



Lea su manual y su guía de referencia rápida. En ellos encontrará información sobre sus beneficios y sobre los servicios y programas a los que puede acceder como miembro.



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



¡MHS le ofrece ventajas! Envíe un mensaje con el texto MHSTEXT al 36698 para recibir mensajes y recordatorios durante toda la vigencia de su membresía en MHS. (Se aplican las tarifas habituales de mensajería. Envíe un mensaje con el texto STOPMHS para darse de baja en cualquier momento).

ÍNDICE

Bienvenido a MHS	5
Cómo comunicarse con nosotros, cómo obtener asistencia lingüística, dónde encontrar información sobre sus beneficios en línea y mucho más.	
Su año de cobertura	8
Un cronograma de lo que puede hacer para mantenerse saludable y aprovechar al máximo sus beneficios a lo largo de su año de cobertura.	
Servicios cubiertos por Hoosier Healthwise	10
Calendarios de exámenes, pruebas de detección y vacunación	15
Servicios y programas de salud conductual cubiertos	20
Beneficios dentales y oftalmológicos	22
Servicios de farmacia	24
Cuándo y a dónde acudir para recibir atención médica	26
Cómo aprovechar al máximo sus visitas al médico, incluido cómo establecer un “hogar médico” para usted y su familia, y cómo elegir a su médico.	
Sala de emergencias: Sepa cuándo acudir	30
Cobertura para atención médica fuera de Indiana o prestada por profesionales que no pertenecen a la red del plan	32
Programas de atención y gestión de casos	33
Información sobre los programas de gestión de la salud que se ofrecen a todos los miembros de MHS y cómo inscribirse. Incluye enfermedades crónicas como la diabetes, así como el embarazo y programas como “First Year of Life” (Primer Año de Vida), “Children with Special Needs” (Niños con Necesidades Especiales) y más.	
Transporte	37
My Health Pays®	38
¡Obtenga más con MHS! Gane recompensas por actividades saludables.	
Servicios especiales de MHS	39
“Healthy Kids Club” (Club Niños Sanos), “MemberConnections”, teléfono móvil de SafeLink, Consejo Asesor de Miembros (Member Advisory Council) y más.	
Inscripción abierta y reevaluación	41
Cómo conservar sus beneficios	
Quejas, reclamaciones y apelaciones	43
Revisión externa e independiente y audiencia estatal imparcial	43
Derechos y opciones de apelación	45
Avisos importantes	46
Decisiones médicas	46
Malgasto, fraude y abuso	47
Derechos y responsabilidades de los miembros	48
Términos y siglas que debe conocer	49
Políticas de privacidad	51
Declaración de no discriminación	57
Frases informativas en otros idiomas	58

¡BIENVENIDO A MANAGED HEALTH SERVICES (MHS)!

Este manual para miembros ofrece una visión general de sus beneficios de atención médica. MHS desea facilitarle el aprovechamiento máximo de sus beneficios y servicios. Podemos atenderlo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cómo comunicarse con nosotros



Servicio para miembros 1-877-647-4848
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
MHS permanece cerrado los siguientes días: Año Nuevo, Día de Martin Luther King, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Navidad

Línea TTY/TDD: 1-800-743-3333
(para miembros con discapacidades auditivas o del habla)

Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas 1-877-647-4848

Emergencia: 911



Sitio web: mhsindiana.com



Por correo postal: MHS Member Services
429 N Pennsylvania St., Suite 109, Indianapolis, 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 en los registros del estado para recibir esta importante información.

¡El Servicio para Miembros de MHS está a su disposición para ayudarlo!

Podemos responder preguntas sobre su seguro médico, lo que incluye sus beneficios, médicos y servicios de MHS. Estas son algunas razones por las que podría comunicarse con el Servicio para Miembros:

- Si necesita elegir o cambiar de médico.
- Para completar su evaluación de necesidades de salud.
- Si recibe una factura o un recibo de su médico o proveedor de atención médica.
- Para obtener asistencia lingüística.
- Si tiene preguntas sobre las decisiones tomadas en relación con su atención médica.

MHS ofrece un servicio telefónico las 24 horas del día con personal que habla inglés, español y birmano. También puede dejar un mensaje y MHS le devolverá la llamada en el plazo de un día laborable. Si necesita ayuda para comprender cualquier material escrito de MHS, como folletos, volantes, cartas o este manual, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS. Podemos enviarle materiales en otro idioma o formato, como versiones, con letras grandes, en braille o en CD de audio. También puede ponerse en contacto con el Servicio para Miembros de MHS si desea sugerir cambios en cualquiera de las políticas, servicios y procedimientos que MHS le ofrece en su calidad de miembro.

Como valioso miembro de MHS, recibirá noticias nuestras con regularidad por teléfono, correo postal y correo electrónico. Le sugerimos que lea y responda a toda la información que le enviemos, ya que es fundamental tanto para su salud como para mantener su cobertura.

Si no recibe noticias nuestras, es posible que no dispongamos de su número de teléfono y dirección correctos. Le agradecemos 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, 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 del consultorio de su médico, es posible que no pueda conservar a su médico, a menos que decida seguir atendiéndose con él. Si se muda, le pedimos que llame y se ponga en contacto con el Servicio para Miembros de MHS.

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

Al notificar el cambio, es posible que pueda solicitar un nuevo cálculo de sus cuotas o primas correspondientes al Paquete C del Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) de HHW. Encontrará más información al respecto en la página 41.

Línea gratuita de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas

Todo el mundo tiene dudas sobre su salud. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas, llamando al 1-877-647-4848. Esta es una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico atendida por personal de enfermería debidamente titulado y bilingüe. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Estas son algunas preguntas que podría plantear:

- Preguntas sobre el embarazo
- Qué hacer si su bebé está enfermo
- Cómo afrontar el asma
- Qué dosis de medicamento se debe utilizar o administrar
- Cuándo acudir a la sala de emergencias

Asistencia lingüística

MHS cuenta con personal bilingüe o un intérprete para ayudar a los miembros que hablan otros idiomas distintos del inglés. Podemos ayudarlo a programar citas y a responder preguntas por teléfono. Este servicio es gratuito. Llame al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y solicite asistencia lingüística.

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

Sitio web de MHS: mhsindiana.com

La página web de MHS lo ayuda a encontrar respuestas cuando le resulte más conveniente. Si no dispone de impresora, puede pedirle a MHS que le envíe por correo postal cualquier formulario, páginas web o cualquier otra información impresa disponible en mhsindiana.com o en la página de Facebook de MHS. Estas son algunas publicaciones importantes de nuestro sitio web:

MHS puede proporcionar un intérprete presencial para todos los idiomas, incluida la lengua de señas.

Consulte primero con su médico. Si el médico no cuenta con personal que pueda ayudarlo, MHS le proporcionará un intérprete. Llámenos al menos siete días antes de su cita médica para que podamos organizar todo lo que usted necesita.

¡BIENVENIDO A MANAGED HEALTH SERVICES (MHS)!

- **mhsindiana.com/HHWscreening**

Si realiza la evaluación de sus necesidades de salud dentro de los 30 días siguientes a su inscripción en MHS, recibirá una recompensa de \$30 por parte de My Health Pays®. O bien, hágalo en un plazo de 90 días desde su inscripción en MHS y obtenga una recompensa de \$10 de My Health Pays®! Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 38.

- **Para los miembros > Hoosier Healthwise > Beneficios y servicios**

Encuentre novedades y guías para miembros, como una copia de este manual, folletos y guías prácticas. También encontrará copias de los formularios y boletines informativos para miembros e información sobre los programas y servicios especiales de MHS.

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

Encuentre médicos, especialistas, hospitales y otros centros incluidos en el plan de MHS mediante este buscador en línea rápido y sencillo.

- **Para los miembros > Hoosier Healthwise > Salud y bienestar**

Nuestra biblioteca de salud gratuita lo ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas sobre salud. Este recurso cuenta con más de 4,000 fichas informativas sobre una amplia variedad de temas relacionados con la salud, destinadas a ayudarlo a cuidarse y cuidar a su familia.

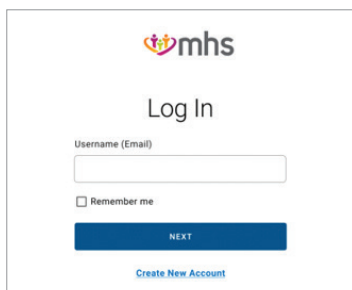
- **mhsindiana.com/contact-us**

Envíe un mensaje al Servicio para Miembros de MHS.

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

Cree una cuenta y acceda a herramientas que lo ayudarán a gestionar su atención médica de forma más rápida y sencilla, todo ello sin necesidad de llamar por teléfono:

- Vea su resumen de beneficios, incluidos los beneficios de farmacia.
- Consulte sus extractos de explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB).
- Busque o cambie de médico.
- Consulte los informes sobre la calidad de los médicos.
- Consulte y haga el seguimiento de sus reclamaciones. Puede ver el monto aprobado, el monto pagado y la fecha de pago.
- Comuníquese con el Servicio para Miembros de MHS.
- Solicite, pida o imprima una tarjeta de identificación.
- Infórmese sobre las remisiones para atención médica y si se requiere una autorización.



Si no está seguro de si debe acudir a un servicio de emergencias por un problema que no pone en peligro la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, llame a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas.

Su año de cobertura >>



Evaluación de las necesidades de salud

La Evaluación de las 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 estado de salud lo antes posible para poder ayudarlo a encontrar el equipo médico más adecuado según sus necesidades. Por eso le ofrecemos la posibilidad de ganar dólares de recompensa a través del programa My Health Pays®. MHS le concederá una recompensa de \$30 de My Health Pays® si completa la HNS en un plazo de 30 días después de su inscripción como miembro. O bien, puede obtener una recompensa de \$10 de My Health Pays® por hacerlo en un plazo de 90 días después de su inscripción como miembro.

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

Elija a su médico de inmediato

En MHS nos preocupamos por que disponga de un centro médico que le ofrezca una atención satisfactoria. Eso comienza con la elección de médicos de MHS para usted y su familia. Como miembro de MHS, puede elegir al médico que desee. Este médico lo ayudará a administrar 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:

Primero, busque una lista de médicos en su zona:

- visite el sitio web mhsindiana.com/find-a-provider; o
- llame al Servicio 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 al Servicio para Miembros al 1-877-647-4848.

Finalmente, MHS le enviará una carta para confirmar los médicos que haya elegido.

Programe una primera cita y conozca a su médico

Una vez que haya elegido a su médico, debe llamar al consultorio en un plazo de 60 días para programar una cita y obtener su primera revisión médica o visita de atención preventiva. En MHS nos preocupamos por que disponga de un centro médico que le ofrezca una atención satisfactoria. 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 médico de cabecera o proveedor de atención primaria (Primary Medical Provider, PMP).

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

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

QUÉ HACER AHORA QUE YA SE INSCRIBIÓ

**6
meses**

**1
año**

Reciba su atención preventiva

La mejor forma de mantenerse sano es someterse a revisiones preventivas periódicas. Las visitas de atención preventiva son GRATUITAS para todos los miembros de MHS. Tanto adultos como niños necesitan atención preventiva y vacunas. Consulte las páginas 16 a 19 para ver el calendario de exámenes, pruebas de detección y vacunas de cada año.

Conserve sus beneficios

Como su aliado en materia de salud, deseamos que continúe recibiendo beneficios si los necesita. Un año calendario después de que comience a recibir sus beneficios a través de Hoosier Healthwise, deberá renovarlos mediante un proceso de reevaluación. ¿Conoce la fecha de su próxima renovación de beneficios? Inicie sesión en el Portal de Beneficios de la Administración de Servicios Sociales y Familiares (Family & Social Services Administration, FSSA), fssabenefits.in.gov, o llame a la DFR al 1-800-403-0864 si necesita ayuda.

MHS le enviará un correo electrónico y lo 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.

Muestre siempre la tarjeta de seguro con su número de identificación de miembro de MHS

Debe presentar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o acuda a la farmacia. Si no presenta su tarjeta, es posible que tenga que pagar por su atención médica. La elegibilidad de Medicaid se puede verificar si proporciona uno de los siguientes datos sobre la persona que recibe los servicios: número de identificación de miembro (member identification, MID), número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) y fecha de nacimiento (FDN), nombre y apellidos. Si recibe una factura por servicios cubiertos o le indican que presente una reclamación, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS de inmediato llamando al 1-877-647-4848.



**HOOSIER
HEALTHWISE**
MEMBER ID CARD

Member Name:
Member ID:

RXBIN: 003858
RXPCN: MA
RXGROUP: 2EKA



**Hoosier
Healthwise**

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. Copayments may apply. Contact MHS for specific amounts. 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): 1-833-750-4445

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 complementario

También debe mostrar sus tarjetas de identificación de cualquier otro seguro médico del que disponga cada vez que reciba atención. Informe a MHS si tiene otro seguro médico. Si cancela o pierde su otro seguro médico, no olvide actualizar su información.

*Su médico de MHS es su hogar médico.
Lo más recomendable es que consulte
siempre con su médico antes de recibir
atención de otro profesional.*

Servicios cubiertos

Un servicio cubierto es aquel que se paga en el marco de sus beneficios médicos a través del Paquete A de HHW o del Paquete C del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de HHW. Es posible que su paquete de beneficios no cubra algunos servicios. Si un servicio no está cubierto, su médico deberá informarle si debe pagarlo. Algunos planes de beneficios incluyen primas y copagos que deberá pagar.

Programa Hoosier Healthwise de MHS Paquete A (plan estándar)

Hoosier Healthwise ofrece cobertura para todos los beneficios médicos esenciales a mujeres embarazadas, niños y adolescentes de hasta 19 años, así como a jóvenes de hasta 25 años que pertenecieron al sistema de acogida familiar.

BENEFICIO	COBERTURA
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Cubierto
Consultas de bienestar infantil (detección periódica temprana, diagnóstico y tratamientos)	Cubierto
Ortopedia: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos y prótesis	Cubierto
Procedimientos estéticos	No
Tiras para la diabetes, control de la glucemia	Cubierto
Pruebas para determinar si padece alguna afección médica (diagnósticos)	Cubierto
Evaluación y tratamiento del retraso en el desarrollo	Cubierto
Cuidado de los pies	Cubierto
Tratamiento para dificultades del aprendizaje, problemas de memoria o de resolución de conflictos	No
Dispositivos auditivos (cada cinco años)	Cubierto
Atención médica a domicilio	Cubierto
Hospitalizaciones	Cubierto
Análisis de laboratorio y radiografías	Cubierto
Suministros y equipos médicos	Cubierto
Servicios nuevos o experimentales, o terapias alternativas	No
Servicios de transporte gratuito para citas médicas, farmacia, atención de emergencia y citas de reevaluación de la cobertura de Medicaid	Cubierto
Intervenciones quirúrgicas (ambulatorias)	Cubierto
Atención continua tras la hospitalización (postestabilización)	Cubierto
Prescripciones	Cubierto
Visitas al médico (servicios proporcionados por su PMP o médico de cabecera)	Cubierto
Remisiones a especialistas	Cubierto
Terapias autorizadas: fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria	Cubierto
Cuidados paliativos	No

Comuníquese con el Servicio para Miembros de MHS llamando al 1-877-647-4848 para obtener más información sobre los servicios para las dificultades de aprendizaje y los servicios de rehabilitación mental que podrían estar cubiertos por otros programas.

PAQUETE A DE HOOSIER HEALTHWISE: SERVICIOS CUBIERTOS

Servicios de remisión por iniciativa propia del Paquete A de Hoosier Healthwise

Puede recibir algunos servicios sin necesidad de una remisión de su médico, siempre y cuando acuda a un proveedor de Medicaid de Indiana que forme parte de la red de proveedores de MHS. Puede encontrar un proveedor dentro de la red de MHS utilizando nuestra herramienta [“Buscar un proveedor” \(Find a Provider\)](#) o comunicándose con el Servicio 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 a los que puede acceder por iniciativa propia no requieren una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

Los miembros pueden acudir por iniciativa propia a cualquier proveedor profesional afiliado a Medicaid:

Servicios de emergencia

Atención de urgencia

Estos servicios se pueden solicitar por iniciativa propia si los presta un proveedor incluido en la red:

Cuidados dentales rutinarios

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

Quiropráctico

Atención para la visión (óptica) de rutina

Servicios psiquiátricos

Cuidado podológico (de los pies)

Planificación familiar

Vacunación

Manejo personal de la diabetes

Cuidar de su bienestar mental es tan importante como cuidar de su salud física. Puede encontrar un médico especializado en salud conductual en línea a través de nuestro buscador de proveedores. MHS también cuenta con programas de gestión de casos para ciertas afecciones. Encontrará más información en la página 33.

Servicios cubiertos

Un servicio cubierto es aquel que se paga en el marco de sus beneficios médicos a través del Paquete A de HHW o del Paquete C del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de HHW. Es posible que su paquete de beneficios no cubra algunos servicios. Si un servicio no está cubierto, su médico deberá informarle si debe pagarlo. Algunos planes de beneficios incluyen primas y copagos que deberá pagar.

El Paquete C del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de HHW permite a las familias recibir beneficios médicos a través del programa Hoosier Healthwise. La cobertura de este paquete está destinada a menores de 19 años que cumplan los requisitos del programa.

Primas del Paquete C (CHIP) de HHW

Todos los miembros al Plan C (CHIP) de HHW deben pagar una pequeña prima mensual. Pagará su prima mensual al estado, no a MHS. El monto que debe pagar se basa en los ingresos familiares y en la cantidad de niños en su familia que estén inscritos en el programa del Paquete C (CHIP) de HHW. Visite indianamedicaid.com para consultar los montos específicos.

Pagos atrasados y cancelación de la membresía del Paquete C (CHIP) de HHW

Las primas mensuales deben pagarse antes de la fecha de vencimiento que figura en su factura mensual emitida por el estado. Los menores de 19 años no perderán la cobertura por falta de pago hasta su próxima reevaluación.

Si se ha cancelado la membresía de su familia debido a la falta de pago de las primas, puede volver a presentar una solicitud. Sin embargo, no podrá optar a ello hasta que pague la prima del mes en curso al estado. No se aceptará un pago menor al monto total adeudado y se considerará como falta de pago.

No se le cobrará por el tiempo transcurrido entre la fecha de la cancelación de la membresía y la fecha en que se reanuda la cobertura. No obstante, los servicios recibidos durante ese período no tendrán cobertura retroactiva, a menos que pase a cumplir los requisitos para acogerse a una categoría de asistencia diferente.

Copagos del Paquete C (CHIP) de HHW

Los miembros del Paquete C (CHIP) de HHW deben hacer copagos por algunos servicios:

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados: genéricos, compuestos y de proveedor único	\$3
Medicamentos recetados: nombre comercial	\$10
Transporte en ambulancia de emergencia	\$10

Cualquier medicamento que se dispense como suministro de emergencia no tendrá copago.

PAQUETE C DE HOOSIER HEALTHWISE (CHIP): SERVICIOS CUBIERTOS

Sus beneficios médicos dentro del Paquete C (CHIP) de HHW

Comuníquese con su médico de MHS para recibir servicios de remisión y servicios hospitalarios. O llame al Servicio para Miembros de MHS, al número 1-877-647-4848. Pueden ayudarlo a encontrar médicos o a coordinar cualquier servicio que necesite.

BENEFICIO	COBERTURA
Atención durante y después del embarazo: llame a MHS de inmediato si queda embarazada	Cubierto
Consultas de bienestar infantil (detección periódica temprana, diagnóstico y tratamientos)	Cubierto
Ortopedia: aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos y prótesis	Cubierto
Procedimientos estéticos	No
Tiras para la diabetes, control de la glucemia	Cubierto
Pruebas para determinar si padece alguna afección médica (diagnósticos)	Cubierto
Evaluación y tratamiento del retraso en el desarrollo	Cubierto
Cuidado de los pies	Cubierto
Servicios de centros de atención a personas mayores	No
Dispositivos auditivos (cada cinco años)	Cubierto
Atención médica a domicilio	Cubierto
Hospitalizaciones	Cubierto
Análisis de laboratorio y radiografías	Cubierto
Suministros y equipos médicos	Cubierto
Servicios nuevos o experimentales, o terapias alternativas	No
Servicios de transporte gratuito para citas médicas, farmacia, atención de emergencia y citas de reevaluación de la cobertura de Medicaid	Beneficio mejorado para miembros de CHIP
Intervenciones quirúrgicas (ambulatorias)	Cubierto
Atención continua tras la hospitalización (postestabilización)	Cubierto
Recetas médicas (puede que se le exija un copago)	Cubierto
Visitas al médico (servicios proporcionados por su PMP o médico de cabecera)	Cubierto
Remisiones a especialistas	Cubierto
Terapias autorizadas: fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria	Cubierto
Cuidados paliativos	No

Su médico de MHS es su hogar médico. Lo más recomendable es que consulte siempre con su médico antes de recibir atención de otro profesional.

PAQUETE C DE HOOSIER HEALTHWISE (CHIP): SERVICIOS CUBIERTOS

Cuidar de su bienestar mental es tan importante como cuidar de su salud física. Puede encontrar un médico especializado en salud conductual en línea a través de nuestro buscador de proveedores. MHS también cuenta con programas de gestión de casos para ciertas afecciones. Encontrará más información en la página 33.

Servicios de remisión por iniciativa propia del Paquete C (CHIP) de HHW

Puede recibir algunos servicios sin necesidad de una remisión de su médico, siempre y cuando acuda a un proveedor de Medicaid de Indiana que forme parte de la red de proveedores de MHS. Puede encontrar un proveedor dentro de la red de MHS utilizando nuestra herramienta [“Buscar un proveedor” \(Find a Provider\)](#) o comunicándose con el Servicio 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 a los que puede acceder por iniciativa propia no requieren una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

Los miembros pueden acudir por iniciativa propia a cualquier proveedor profesional afiliado a Medicaid:

Servicios de emergencia

Atención de urgencia

Estos servicios se pueden solicitar por iniciativa propia si los presta un proveedor incluido en la red:

Cuidados dentales rutinarios

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

Quiropráctico

Atención para la visión (óptica) de rutina

Servicios psiquiátricos

Planificación familiar

Vacunación

Manejo personal de la diabetes

Exámenes, pruebas de detección y vacunas para niños

Hay una serie de pruebas que su hijo debe realizarse cada año, desde el nacimiento hasta los 21 años. Estas pruebas se denominan consultas de bienestar infantil, visitas de HealthWatch o visitas de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamientos (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT). Es importante que su hijo sea evaluado a una edad temprana para que los problemas de salud puedan detectarse y tratarse. El tratamiento para cualquier afección que demuestre ser médicamente necesaria está cubierto. MHS y su médico le recordarán cuándo es el momento de su próxima prueba de detección.

Cada revisión de rutina deberá incluir:

- Examen físico completo sin ropa.
- Vacunas adecuadas para cada edad (vea el calendario de vacunación en la página siguiente).
- Evaluación del estado nutricional y mediciones.
- Pruebas de visión y audición adecuadas para la edad, así como exámenes de detección de la agudeza visual.
- Evaluaciones de riesgos para la salud bucal y remisiones al dentista.
- Análisis de laboratorio según sea indicado.
- Pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre a partir de los 6 meses, que incluyan:
 - Prueba de nivel de plomo en la sangre entre los 9 y los 15 meses de edad, o lo más cercano que sea razonablemente posible a la cita del niño.
 - Otra prueba de nivel de plomo en la sangre entre los 21 y los 27 meses de edad, o lo más cercano que sea razonablemente posible a la cita del niño.
 - Los niños que no hayan sido evaluados previamente deben recibir una prueba entre los 28 y los 72 meses de edad.
 - Si el niño tiene un alto riesgo de exposición al plomo, la evaluación inicial debe realizarse en la visita de los 6 meses de edad y luego repetirse en la visita de los 12 y 24 meses de edad.
 - Un resultado en el análisis de plomo en sangre igual o superior a 3.5 µg/dl requiere pruebas de confirmación y un seguimiento adecuado
- Seguimiento y pruebas de detección en materia de desarrollo, comportamiento, aspectos psicosociales y depresión
 - Esto incluye el consumo de tabaco y alcohol, así como pruebas de detección de depresión materna
- Educación sobre salud, diagnósticos adicionales, tratamiento y remisiones a especialistas según sea necesario, así como orientación preventiva tanto para niños como para cuidadores

La FSSA ha decidido adoptar el programa Bright Futures como norma de referencia para la supervisión de la salud de bebés, niños y adolescentes. Visite el sitio web de Bright Futures en brightfutures.aap.org. Para consultar la lista completa de las guías de salud preventiva, visite mhsindiana.com. Y lo que es más importante, debe preguntar a su médico en cada visita si sus hijos están al día con todos los requisitos de salud preventiva para menores de hasta 21 años.

Vacunas (inmunizaciones)

Por lo general, su médico le administrará las vacunas durante una consulta de bienestar infantil. Cada una de estas vacunas contribuye a proteger a su hijo, a su familia y a su comunidad frente a enfermedades peligrosas. Si cree que es momento de vacunar a su hijo, llame cuanto antes para concertar su próxima cita.



Puede obtener recompensas de My Health Pays® por cada consulta de bienestar infantil para niños de entre 0 y 15 meses, hasta un máximo de seis visitas. También puede obtener recompensas de My Health Pays® por cada consulta de bienestar infantil anual para niños de entre 15 meses y 20 años. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 38.

MHS podría enviarle recordatorios sobre temas de salud por correo si su hijo necesita una vacuna o una consulta de bienestar infantil. Si recibe un recordatorio, asegúrese de programar cuanto antes la cita de su hijo con su médico.

Tabla 1 Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de hasta 18 años, Estados Unidos, 2025

Estas recomendaciones deben leerse junto con las notas que figuran a continuación. En el caso de aquellas personas que se hayan quedado rezagadas o hayan comenzado tarde, se les debe administrar la vacunación de recuperación lo antes posible, tal y como indican las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre dosis, consulte el calendario de recuperación (Tabla 2).

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11-12 años	13-15 años	16 años	17-18 años
Virus respiratorio sincitial (VRS-mAb (Nirsevimab))	1 ^a dosis	1 dosis en función del estado de la madre contra el VRS (véanse las notas)							1 dosis (de los 8 a los 19 meses); véanse las notas								
Hepatitis B (HepB)	1 ^a dosis	1 ^a dosis	2 ^a dosis	3 ^a dosis					3 ^a dosis								
Rotavirus (RV): RV1 (serie de 2 dosis), RV5 (serie de 3 dosis)			1 ^a dosis	2 ^a dosis	Véanse las notas												
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP < 7 años)			1 ^a dosis	2 ^a dosis	3 ^a dosis				4 ^a dosis		5 ^a dosis						
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			1 ^a dosis	2 ^a dosis	Véanse las notas				3 ^a o 4 ^a dosis (véanse las notas)								
Vacuna conjugada contra el neumococo (PCV13, PCV20)			1 ^a dosis	2 ^a dosis	3 ^a dosis				4 ^a dosis								
Virus de la poliomielitis inactivada (VPI)			1 ^a dosis	2 ^a dosis					3 ^a dosis		4 ^a dosis						Véanse las notas
COVID-19 (1vCOV-mRNA, 1vCOV-aPS)																	
Gripe (IIV3, cIIV3)									1 o 2 dosis al año							1 dosis al año	
Gripe (LAIV3)																1 dosis al año	
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)					Véanse las notas				1 ^a dosis								
Varicela (VAR)									1 ^a dosis								
Hepatitis A (HepA)					Véanse las notas				Serie de 2 dosis (véanse las notas)								
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap ≥ 7 años)																1 dosis	
Virus del papiloma humano (VPH)																Véanse las notas	
Meningocócica (MenACWY-CRM ≥ 2 meses, MenACWY-TT ≥ 2 años)																1 ^a dosis	2 ^a dosis
Meningococo B (MenB-4C, MenB-FHbp)																	
Vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VRS \[Abyrys\])																	Administración estacional durante el embarazo (véanse las notas)
Dengue (DEN4CYD: 9-16 años)																Seropositivos en zonas endémicas de dengue (véanse las notas)	
Mpox																	

Rango de edades recomendadas para todos los niños
 Intervalo de edades recomendado para la vacunación de recuperación
 Intervalo de edades recomendado para determinados grupos o poblaciones de alto riesgo
 En este grupo de edad ya se puede comenzar con la vacunación recomendada
 La vacunación se basa en la toma de decisiones clínicas compartida
 Sin orientación / No aplicable

ESTA PÁGINA SE DEJÓ INTENCIONALMENTE EN BLANCO

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos (vea la tabla de la página anterior)

Para adultos (vea la tabla de la página siguiente)

Cada año, los adultos deben someterse a una revisión médica anual. Dependiendo de su edad y sexo, es posible que necesite determinadas pruebas de detección e incluso a vacunas.

Atención preventiva en salud femenina (vea la tabla de la página siguiente)

Las mujeres necesitan someterse a determinadas pruebas médicas que los hombres no necesitan. Estas pruebas son exámenes de detección sencillos que pueden marcar una gran diferencia. Todas las mujeres deberían consultar con su médico sobre la posibilidad de someterse a pruebas de detección preventivas, como pruebas de Papanicolaou, pruebas de clamidia y mamografías. Las pruebas de detección preventivas para mujeres y el acceso a métodos anticonceptivos (planificación familiar) son servicios a los que se puede acudir por iniciativa propia. Esto significa que puede acudir a un médico distinto de su médico principal de MHS. No es necesario que su médico la remita para estos servicios, pero debe acudir a un médico de MHS que forme parte de la red.

ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA PARA ADULTOS

EDAD EN AÑOS													
18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75+	
PRUEBAS DE DETECCIÓN:													
	Revisión médica preventiva Hable con su médico sobre aspectos físicos, mentales y de estilo de vida para promover una vida saludable.												
	Tensión arterial Conozca sus valores: mantenga su presión arterial bajo control.												
	Índice de masa corporal (IMC) Mantenga un peso saludable. Averigüe cuál es su IMC.												
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Prueba de detección única mediante ecografía para hombres con antecedentes de tabaquismo.												
	Pruebas de detección de cáncer de mama Prueba de detección universal a los 50 años; a los 40 años, consulte con su médico.												
	Prevención del cáncer de cuello uterino Entre los 21 y 65 años: prueba de Papanicolaou, cada 3 años. Entre los 30 y 65 años: cada 5 años, si se somete a una prueba de Papanicolaou o de VIH.												
	Mujeres	Mujeres con mayor riesgo										Mujeres con mayor riesgo	
	Prueba de detección de clamidia *Las mujeres sexualmente activas con edades entre 16 y 24 años, al menos una vez al año. Mujeres de 25 años o más con mayor riesgo.												
	Prueba de colesterol Hombres entre 25 y 35 años y mujeres mayores de 20 años que tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Todos los hombres de 35 años o más.												
	Prueba de detección del cáncer colorrectal Prueba de sangre oculta en heces (Fecal Occult Blood Test, FOBT) una vez al año O Sigmoidoscopia cada 5 años, junto con FOBT de alta sensibilidad cada 3 años O Colonoscopia de cribado cada 10 años												
	Detección de la depresión Hable con su médico sobre el estrés de la vida cotidiana. Buscar ayuda es lo mejor que puede hacer.												
	Cuidado dental Cuide sus dientes y encías. Acuda a una revisión dental de rutina al menos una vez al año.												
	Detección de la diabetes (tipo 2) Puede hacer muchas cosas para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2.												
	Prueba de detección de la hepatitis C Hombres y mujeres con riesgo de infección y todos los adultos nacidos entre 1945 y 1965												
	Pruebas de detección del VIH Tanto para hombres como para mujeres												
	Prueba de detección de osteoporosis Mantenga sus huesos fuertes. Las personas con mayor riesgo deben someterse a pruebas de densidad ósea.												
	Personas con alto riesgo Mujeres con mayor riesgo Todas las mujeres												

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

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 manera de permitir que la persona hable sobre lo que le está sucediendo. Cuando conoce a una persona con una enfermedad mental que es capaz de tener un trabajo o de ser un buen vecino, el estigma se reduce.

La atención de la salud conductual es atención dedicada a su salud mental. Alguien que tiene dificultades con su salud conductual puede enfrentar estrés, depresión, ansiedad o necesitar ayuda con el abuso de sustancias.

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

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 para la salud mental.
- No entiende sus beneficios de salud mental.
- Necesita servicios de salud mental y no está cerca de su domicilio.
- Para acceder a un servicio de salud conductual (salud mental, abuso de sustancias, dependencia química) por iniciativa propia, no es necesaria una remisión de su PMP ni la aprobación de MHS.

Línea de mensajería en caso de crisis

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otras personas, ve u oye cosas que no existen, le preocupa su propia seguridad o se encuentra en una situación de emergencia, 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. Si no desea recurrir a MHS, o si alguna persona de su hogar no cumple los requisitos para los servicios de MHS, puede ponerse en contacto con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con asesores capacitados a través del 988.

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 para trastornos por consumo de sustancias
- Programa de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Program, OTP)

La atención a largo plazo, los servicios de exención prestados en el hogar y en la comunidad, los servicios de centros psiquiátricos estatales y los servicios de centros residenciales de tratamiento psiquiátrico no están cubiertos por el Paquete A de HHW ni por el Paquete C (CHIP) de HHW.

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.

- **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 lo ayuda a obtener la atención y el tratamiento necesarios para mejorar los problemas sociales, de comunicación, de comportamiento, médicos y de otro tipo que puedan estar presentes. Queremos ayudarlo a conocer mejor el autismo y cómo trabajar para gestionar su autocuidado. Asimismo, nos esforzamos por facilitar el acceso a otros servicios disponibles que puedan mejorar el aprendizaje y otras habilidades.
 - **Programa de tratamiento del trastorno bipolar:** el programa de trastorno bipolar de MHS lo ayuda a comprender sus emociones. Queremos que nuestros miembros reciban la ayuda 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 han estado hospitalizados por motivos relacionados con la salud mental o el abuso de sustancias, MHS puede ayudarlos. Usted o su hijo necesitan estar seguros en casa. MHS lo ayudará a asegurarse de que usted o su hijo acudan a sus citas de seguimiento y tomen todos los medicamentos necesarios según las indicaciones del hospital.
- **Opción de MRO y otros servicios:** la cobertura de la opción de rehabilitación de Medicaid (Medicaid Rehabilitation Option, 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.
 - **Plan de servicios familiares:** los miembros también pueden optar por un Plan de Servicios Familiares Individualizado en el marco del programa First Steps para niños muy pequeños o a un Plan de Educación Individualizado para los 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, TDAH o depresión perinatal, proporcionándoles las herramientas necesarias para alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. Cuando se trata de su salud y bienestar, es importante entender que la salud mental es parte de la salud general. Como parte del programa, tendrá acceso a otro profesional de la salud, su asesor de Choose Health. Trabajaremos con usted y con su médico para asegurarnos de que tenga todo lo que necesita para sentirse lo mejor posible nuevamente. También hablaremos con otros miembros del equipo médico, incluidos especialistas en salud mental, para ayudar a resolver cualquier problema que pueda surgir. Si le interesa participar en este programa, comuníquese con nosotros.
 - **Programa para el 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 de comportamiento que suelen acompañar a este trastorno. 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 experimenten largos periodos de tristeza, sentimientos de desesperanza o infelicidad podrían padecer depresión. El programa de tratamiento de la depresión de MHS lo ayuda a identificar las causas de sus sentimientos de tristeza, resolver cualquier crisis inmediata, mejorar su nivel de funcionamiento y obtener la medicación o el asesoramiento necesarios.

Contar con un hogar médico para su atención dental es importante. Su dentista revisa su estado de salud cada año para detectar necesidades importantes de atención preventiva, al igual que su médico principal.

Beneficios dentales

Estos beneficios incluyen:

- Exámenes bucales: uno cada seis meses por miembro.
- Limpiezas: una cada seis meses por miembro, a partir de los 12 meses de edad.
- Tratamientos con flúor: uno vez cada 6 meses para miembros de hasta 20 años de edad.
- Serie de radiografías de aleta de mordida (interproximales): una serie cada 12 meses.
- Serie de radiografías de boca completa o panorámicas: una serie cada tres años.
- Servicios periodontales, incluidos raspado y alisado radicular.
- Selladores: uno por diente, de por vida, para miembros de hasta 20 años de edad.
- Servicios de restauración menor, como empastes.
- Servicios de restauración mayor, como coronas.
- Extracciones dentales (según la necesidad médica).
- Ortodoncia para miembros de hasta 20 años de edad (según la necesidad médica).
- Prótesis dentales, prótesis parciales y reparaciones (con limitaciones).
- Cirugía dental (con limitaciones).
- Servicios dentales de emergencia.

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

Busque un dentista

- Visite el sitio web mhsindiana.com/find-a-provider
- Llame al Servicio para Miembros al 1-877-647-4848

Su visita al dentista

Durante su visita, el dentista se asegurará de que sus dientes y encías estén sanos. Si se detectan problemas, su dentista o higienista dental le recomendarán medidas de autocuidado y un tratamiento.

Su historial médico

Dado que la salud bucodental está relacionada con la salud general, es probable que su visita comience con un historial médico. Informe a su dentista de cualquier problema de salud que padezca o de los medicamentos que tome. Esto incluye cualquier medicamento de venta libre, producto a base de plantas o suplemento que tome, así como las drogas recreativas que consuma. Es posible que también se le pregunte sobre su cuidado diario de los dientes y las encías. Informe a su dentista si rechina los dientes o si suele respirar por la boca. Asimismo, debería comentar cualquier problema de salud bucodental que le preocupe.

Su evaluación dental

Es posible que su dentista o higienista dental comience realizando un examen de detección del cáncer bucal. Esto implica palpar su cuello y garganta y mirar dentro de su boca. Luego, su dentista:

- **Revisará sus dientes.** Si tiene alguna caries, se indicará en su historial dental. Se tomarán notas sobre cualquier tratamiento de restauración, como empastes o dientes agrietados.
- **Examinará sus encías.** Se utiliza una sonda para medir las bolsas (áreas donde la encía se ha separado del diente) y la retracción de las encías. Su dentista o higienista dental también evaluarán cualquier sangrado que se produzca (puede ser un síntoma de enfermedad periodontal).
- **Realizará radiografías e impresiones** (fotografías y moldes de los dientes), si fuera necesario. Estos datos se incluirán en su historial para que su dentista o higienista dental puedan consultarlos en su próxima visita. Esto permite un seguimiento de cualquier cambio que se produzca en su boca con el paso del tiempo.

BENEFICIOS DENTALES Y PARA LA VISTA

Limpieza y mucho más

Dependiendo de lo que detecte su dentista, el resto de la visita podría incluir:

- Una limpieza para ayudar a prevenir la enfermedad de las encías. Su dentista le realizará una limpieza por debajo de la línea de las encías, donde el cepillo de dientes y el hilo dental no pueden llegar.
- Un pulido cosmético para eliminar las manchas de la superficie de los dientes (si fuera necesario).
- Evaluaciones y tratamientos adicionales para cualquier problema que detecte su dentista. Es posible que se le remitan a un especialista.
- Instrucciones para cuidar sus dientes y encías de la mejor manera posible en casa.

Beneficios para la vista

Los beneficios para la vista de los paquetes A y C (CHIP) de HHW se incluyen como parte de sus beneficios de MHS.

Busque un médico de los ojos

- Visite el sitio web www.centenevision.com
- Haga clic en “Provider Search” (Búsqueda de proveedores), en la parte superior de la página.
- Seleccione “MHS Health Services – Indiana (Medicaid)” (Servicios de salud de MHS en Indiana [Medicaid]) como su “HealthPlan” (Plan de salud)
- O bien, llame al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Revisiones médicas de rutina cubiertas

Paquete A de HHW: la cobertura para el examen inicial de la vista se limita a un examen por año calendario para los miembros menores de 21 años, y a un examen cada dos años para los miembros de 21 años o más, a menos que una atención más frecuente sea médicamente necesaria. La cobertura de los anteojos, incluidas las monturas y las lentes, se limita a un máximo de un par por año calendario para miembros menores de 21 años y un par cada cinco años para miembros de 21 años o más. Se aplican excepciones cuando un cambio mínimo de graduación especificado hace que la cobertura adicional sea médicamente necesaria o si los lentes o monturas del miembro se pierden, se los roban o se rompen de forma irreparable.

Paquete C (CHIP) de HHW: el examen de la vista se limita a una revisión por año calendario, a menos que una atención más frecuente sea médicamente necesaria. La cobertura de los anteojos, incluidas las monturas y las lentes, se limita a un máximo de un par por año calendario, excepto cuando un cambio mínimo de graduación especificado hace que la cobertura adicional sea médicamente necesaria o si los lentes o monturas del miembro se pierden, se los roban o se rompen de forma irreparable.

Cobertura adicional

- Anteojos o monturas de repuesto en caso de pérdida, daño o robo, según lo determine su médico.
- Las lentes de contacto están cubiertas si existe una razón médica por la cual no puede usar anteojos, según lo determine su médico.
- Exámenes y tratamientos para la vista médicamente necesarios para miembros que padezcan enfermedades oculares u otras enfermedades que afecten los ojos.
- Cirugía ocular y terapias de rehabilitación están cubiertas si son médicamente necesarias, según lo determine su médico.

Mejoras en los beneficios para la vista

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

Contar con un hogar médico para su atención de la vista es importante. Su médico de los ojos revisa su estado de salud cada año para detectar necesidades importantes de atención preventiva, al igual que su médico principal.

Debe presentar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o acuda a la farmacia. De este modo, se asegura de que pueda disfrutar de los beneficios que forman parte de su plan.

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

Busque una farmacia

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

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

Los medicamentos con receta están cubiertos siempre que hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA). Esto incluye medicamentos autoinyectables (como la insulina) y medicamentos para dejar de fumar. Los medicamentos sin receta solo están cubiertos si figuran en el formulario de medicamentos OTC.

Los productos necesarios para el tratamiento de la diabetes también son un beneficio cubierto. Entre ellos se incluyen artículos como agujas, jeringas, medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas para glucosa en la orina. Puede adquirir estos productos en su farmacia.

Su beneficio de farmacia cuenta con 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, lo que garantiza que los medicamentos sean seguros y útiles para usted y rentables para el programa Medicaid de Indiana.

El programa Medicaid de Indiana cubre algunos medicamentos OTC. Incluso los medicamentos OTC que figuran en la lista requieren una receta médica para que sean cubiertos.

En el sitio web de MHS, mhsindiana.com, encontrará un enlace a su PDL y a su formulario de medicamentos OTC. Haga clic en “For Members” (Para miembros) > Hoosier Healthwise > “Benefits & Services” (Beneficios y servicios) > “Pharmacy” (Farmacia)

Medicamentos recetados no cubiertos

- Medicamentos que no cuentan con la aprobación de la FDA.
- Medicamentos experimentales o en fase de investigación.
- Medicamentos que ayudan a quedar embarazada.
- Medicamentos para adelgazar.
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para los problemas de erección.
- Medicamentos no incluidos en el formulario de medicamentos OTC.

Medicamentos genéricos y preferidos

Su farmacéutico le dará medicamentos genéricos cuando su médico los haya autorizado. Estos medicamentos son idénticos a los de marca y hacen que la atención médica resulte más asequible. Siempre que sea posible, deben utilizarse medicamentos genéricos. En caso de que no estén disponibles, se podrán utilizar los de marca. O bien, si el medicamento de marca resulta más económico, se puede considerar el “medicamento preferido”.

Siempre que estén disponibles para su afección médica, deberá utilizar los medicamentos genéricos y los preferidos, a menos que su médico le indique una razón médica por la que deba utilizar un medicamento diferente.

Autorización previa para medicamentos

Es posible que algunos medicamentos requieran una autorización previa para que sean cubiertos. 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 figura como no preferido en la PDL o si es necesario cumplir determinadas condiciones antes de poder obtenerlo.
- Está tomando una dosis del medicamento superior a la que se suele recetar.
- Existen otros medicamentos que deberían probarse primero.

En la mayoría de los casos, podrá obtener un suministro de hasta tres días (72 horas) de un medicamento que requiera autorización previa mientras espera la decisión. Esta se tomará en el plazo de un día (24 horas), sin contar los domingos ni ciertos días festivos. Se notificará la decisión a su proveedor, quien puede encontrar los formularios de autorización previa en el sitio web de MHS, en mhsindiana.com.

CUÁNDO Y A DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Si no está seguro de si debe acudir a un servicio de emergencias por un problema que no pone en peligro la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, llame a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas.

Cuándo y a dónde acudir para recibir atención médica

Es importante acudir al médico adecuado para recibir la atención necesaria. Es posible que escuche de MHS las palabras proveedor de atención primaria (PMP), médico de cabecera, médico, doctor y proveedor. Todos estos términos se refieren a un médico o a un centro en el que se prestan servicios médicos.

Su proveedor de atención primaria (PMP): debe visitar a su PMP para consultas por enfermedad, revisiones de rutina, vacunas, recetas, remisiones a especialistas u hospitales, y atención durante el embarazo.

Especialistas: un especialista es un médico que ejerce en un ámbito concreto de la atención médica. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Para poder acudir a un especialista, primero debe obtener una remisión de su PMP.

Clínica sin cita previa o de urgencias: las clínicas sin cita previa ofrecen una atención de alta calidad cuando se necesita asistencia médica rápida para afecciones que no ponen en peligro la vida.

Sala de emergencias (Emergency Room, ER): la atención de emergencias está a su disposición cuando considere que se encuentra ante una emergencia 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, llame a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas. Si su médico o la línea de asesoramiento de enfermería le aconsejan que acuda a la sala de emergencias, no se le cobrará ningún copago por su visita.

Usted merece un hogar médico: un médico principal

Se merece un hogar médico de confianza, donde:

- Usted y su médico puedan construir una relación de confianza.
- Tenga un lugar al que siempre pueda acudir para las visitas por enfermedad y las revisiones de rutina.
- Sienta que su médico y su personal se preocupan por usted y se responsabilizan de su atención médica.

Acuda a su PMP para consultas por enfermedad, revisiones de rutina, vacunas, recetas, remisiones a especialistas u hospitales, y atención durante el embarazo. Su PMP se esforzará por conocer su historial médico, se tomará el tiempo necesario para escuchar sus inquietudes, le explicará las cosas de forma que pueda entenderlas y colaborará con usted para que se mantenga un buen estado de salud.

Llame siempre a su médico para cancelar las citas. Si no cancela sus citas y no acude a más de tres de ellas, su médico puede solicitar a MHS que lo cambie a un médico diferente.

Elija o cambie a su médico de MHS

Tanto si es la primera vez que elige médico como si va a cambiar, 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 su inscripción. Si no lo hace, se le asignará uno el día 30 de su membresía.

Los adolescentes y adultos jóvenes tienen inquietudes y problemas de atención médica especiales. Es importante tener un médico que pueda abordar estas necesidades. Si está a punto de cumplir los 18 años y acude a un pediatra, hable con su médico sobre la posibilidad de pasar a tener un médico principal para adultos.

CUÁNDO Y A DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

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 acordado brindarle sus servicios de salud.

Para encontrar un proveedor, puede llamar al Servicio para Miembros al 877-647-4848 y solicitar una lista, o bien visitar mhsindiana.com y utilizar la herramienta “Buscar un proveedor” (Find a Provider). Esta herramienta cuenta con la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluidos datos como el nombre, la dirección, números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, idiomas hablados, sexo, especialidad y el estado de su certificación por el colegio de médicos. Para obtener más información sobre las calificaciones profesionales de un proveedor, su escuela de medicina y residencia, llame al Servicio para Miembros.

Luego, elija su PMP de la lista.

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

Y de los siguientes tipos de PMP:

- Doctor en medicina (Medical Doctor, MD)
- Doctor en Medicina Osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, DO)
- Asistente médico (Physician Assistant, PA)
- Enfermero especializado (Nurse Practitioner, NP)
- Partera
- Especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS)

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

- 1) Elija a su médico a través de su 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 al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 e indíquenos a quién desea como médico.

Finalmente, MHS le enviará una carta para confirmar los médicos que haya elegido.

Cuánto tiempo puede tomar programar una cita

MHS desea que reciba asistencia médica cuando la necesite. Nos esforzamos por crear una red de proveedores que se adapte a sus necesidades, y nuestra red no deja de crecer. Sin embargo, en ocasiones será necesario esperar para ser atendido por un proveedor. Nos guiamos por las normas del estado en lo que respecta a los tiempos de espera para las citas. Si tiene alguna pregunta o duda sobre el tiempo de espera para una cita en la consulta de su médico, llame al Servicio para Miembros de MHS. A continuación, le indicamos cuánto tiempo puede tomar programar una cita con su médico:

TIPO DE CITA	CITA PROGRAMADA EN UN PLAZO DE:
Atención de emergencia o consultas por enfermedad	Un día (24 horas)
Visitas no urgentes	Tres días (72 horas)
Revisiones preventivas para adultos / visitas anuales de rutina	Tres meses
Visita por nuevo embarazo	Un mes
Revisiones preventivas para niños / consultas de bienestar infantil	Un mes
Exámenes para niños con necesidades especiales	Un mes

Cuando esté en el consultorio del médico, el tiempo de espera para su cita programada no debería ser más de una hora.

El equipo de Relaciones con los Proveedores de MHS trabaja durante todo el año para incorporar médicos, centros y hospitales a la red de MHS. Mientras más tengamos para ofrecer a su alrededor, más opciones tendrá USTED.

Aproveche al máximo su visita al médico

- Llegue a tiempo
- Lleve su tarjeta del seguro y un documento de identidad con fotografía
- Apague su teléfono móvil y demás dispositivos electrónicos
- Elabore una lista de preguntas para plantearle al médico
- Traiga su historial médico y su registro 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 las revisiones anuales

Especialistas

Un especialista es un médico que ejerce en un ámbito concreto de la atención médica. Por ejemplo, un médico que solo trabaja con el corazón (un cardiólogo) es un especialista. Su médico puede remitirlo a un especialista si es necesario. Por lo general, su médico lo remitirá a otro médico de la red de MHS, a menos que su afección médica pueda tratarse mejor con alguien que no pertenezca a la red.

Cuando acuda a un especialista, asegúrese de que este disponga de los datos de contacto correctos de su médico. Su especialista enviará un informe a su médico en el que detallará su plan de tratamiento.

Servicios de remisión por iniciativa propia

MHS permite algunas consultas con especialistas por iniciativa propia. Esta iniciativa propia significa que no tiene que obtener una remisión de su médico, pero debe acudir a un médico dentro de la red de MHS para recibir el servicio. Para consultar la lista de servicios sujetos a iniciativa propia del Paquete A de HHW, vea la página 11; para el Paquete C (CHIP) de HHW, vea la página 13.

Cambios de consultorio del PMP o del especialista

En ocasiones, ya no es posible que se le asigne un médico o especialista porque este cambió su ubicación, se cambió a un nuevo plan de salud (ya no forma parte del plan de 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 informarle al respecto, en la cual se le explicará qué opciones tiene y si puede optar por permanecer con su médico.

Podrá continuar acudiendo a su médico aunque este haya abandonado la red durante el período actual de tratamiento activo, o por un máximo de 90 días calendario, lo que sea menor, si está recibiendo tratamiento activo para 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 coordinar los servicios de salud médicamente necesarios cuando se inscriben o dejan MHS. Si desea saber si la continuidad de la atención es adecuada para usted, o si desea una copia de nuestra política de transición de la atención, llame a Servicios para Miembros.

Clínicas sin cita previa y de urgencias

(ATENCIÓN QUE NO ES DE EMERGENCIA O FUERA DEL HORARIO LABORAL)

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 la consulta esté cerrada, escuche el mensaje y siga las instrucciones para la atención fuera del horario laboral. MHS exige que todos los médicos dispongan de una línea telefónica fuera del horario de laboral. Si no puede comunicarse con su médico, puede llamar a la línea gratuita de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas.

Si tiene un problema médico que no pone en peligro su vida y necesita acudir a consulta de inmediato, le recomendamos que vaya a una clínica sin cita previa o de urgencias antes de acudir al servicio de emergencias.

Clínicas sin cita previa

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

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

Clínicas de urgencias

Muchas clínicas permanecen abiertas hasta más tarde por la noche y amplían su horario durante el fin de semana. Las clínicas de urgencias ayudan a los pacientes a recibir asistencia sin tener que esperar en la sala de emergencias de su hospital local. Es posible que en estas clínicas le atiendan asistentes médicos y enfermeros especializados, quienes están capacitados y bajo supervisión para brindar atención médica. Realizan muchos de los servicios de rutina que suelen prestar los médicos. Pueden anotar los historiales médicos, realizar exámenes físicos y revisiones, recetar medicamentos, solicitar 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.



Debe presentar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o acuda a la farmacia. Si no presenta su tarjeta, es posible que tenga que pagar por su atención médica. Si recibe una factura por servicios cubiertos o le indican que presente una reclamación, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS de inmediato llamando al 1-877-647-4848.

Si no está seguro de si debe acudir a un servicio de emergencias por un problema que no pone en peligro la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, llame a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas.

Sala de emergencias: sepa cuándo acudir

La atención de emergencias está a su disposición cuando considere que se encuentra ante una emergencia médica que pone en peligro su vida. Una emergencia médica que pone en peligro la vida es una enfermedad o lesión de tal gravedad, incluido el dolor intenso, en la que cabe esperar que cualquier persona razonable, con conocimientos básicos de salud, consideraría que la falta de atención médica inmediata podría:

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

Cuándo acudir a la sala de emergencias

- Fracturas óseas
- Heridas por arma de fuego o arma blanca
- Hemorragia que no se detiene
- Está embarazada y se encuentra en trabajo de parto o con sangrado
- Dolor de pecho intenso o ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Intoxicación
- Quemaduras graves
- Estado de choque (puede sudar, sentir sed o mareos, o tener 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 exhaustiva de los casos en los que debe acudir al servicio de emergencias. Si padece una afección médica que se presenta con frecuencia (una enfermedad crónica), consulte con su médico qué tipo de emergencia médica supondría un riesgo para su vida en su caso. Siempre puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas, al 1-877-647-4848, si no está seguro de si debe ir a la sala de emergencias.

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 un raspon que no requiera puntos de sutura
- Para obtener más medicamentos o renovar una receta
- Dermatitis del pañal

CUÁNDO Y A DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Tiempos de espera en la sala de emergencias

En una sala de emergencias, se atienden en primer lugar los casos que ponen en peligro la vida. Si acude a este servicio por una lesión o una enfermedad que no pone en peligro su vida, es posible que tenga que esperar varias horas hasta que lo atiendan. Es muy importante que acuda a su médico de cabecera o a un centro de atención de urgencias para casos que no sean de emergencia.

Prepárese antes de que se produzca una emergencia

Asegúrese de conocer la ubicación y el número de teléfono de la sala de emergencias más cercana a usted. Puede encontrarlo utilizando nuestra herramienta “Buscar un proveedor” (Find a Provider) en mhsindiana.com/find-a-provider, o bien puede llamar al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 y solicitar que le envíen una lista por correo postal. Si se encuentra en una situación de emergencia que ponga en peligro su vida, puede llamar al 911 o al número de emergencias de su localidad para solicitar asistencia. Tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro centro de emergencias para recibir atención urgente.

Seguimiento de la atención de emergencias

Si acude a la sala de emergencias, proporcione la información de contacto correcta de su médico de MHS. El personal de emergencias enviará un informe a su médico de MHS en el que se detallarán su plan de tratamiento y su diagnóstico. Si tiene que permanecer hospitalizado, asegúrese de hablar con el médico de guardia sobre el motivo de su ingreso. Cuando salga del hospital, el médico de guardia le dará unas instrucciones que deberá seguir. Es muy importante que siga todas las instrucciones, aunque se sienta mejor. El día después de haber acudido a la sala de emergencias, o el día después de recibir el alta hospitalaria tras un ingreso de emergencia, llame para programar una visita de seguimiento con su médico de MHS.

Cobertura del servicio de emergencias

Las visitas a la sala de emergencias no requieren la autorización de su médico ni de MHS. Para los miembros de Hoosier Healthwise (Paquete A de HHW) y el Paquete C (CHIP) de HHW las visitas a la sala de emergencias están cubiertas.

La atención posterior a la estabilización es un servicio cubierto del que se beneficia después de recibir atención de emergencia. Se trata de la atención que recibe una vez que su estado se ha estabilizado, con el fin de que este se mantenga estable. Cuando visita la sala de emergencias, los médicos y las enfermeras deben examinarlo y asegurarse de que esté lo suficientemente bien antes de permitirle salir. El médico puede considerar que necesita otras pruebas o servicios una vez que esté estable, pero aún permanezca en el hospital, y el médico puede llamar a MHS para solicitar otras pruebas o servicios.

Se merece un hogar médico de confianza, donde tenga un lugar al que siempre pueda acudir para las visitas por enfermedad y las revisiones de rutina. Los médicos de ER no conocen su historial médico tan bien como su hogar médico.



Debe presentar su tarjeta de identificación de Hoosier Healthwise cada vez que reciba atención médica o acuda a la farmacia. Si no presenta su tarjeta, es posible que tenga que pagar por su atención médica. Si recibe una factura por servicios cubiertos o le indican que presente una reclamación, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS de inmediato llamando al 1-877-647-4848.

CUÁNDO Y A DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de Miembro e informar al personal que es miembro de MHS. Si no lo hace, es posible que reciba una factura por correo. Llame a Servicios para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 si recibe una factura.

Cobertura para atención médica fuera de Indiana

Atención sin cita previa o de urgencia

Si se encuentra fuera del estado y necesita acudir a una clínica sin cita previa o de urgencias por un problema que no pone en peligro su vida, debe llamar a su médico de MHS o a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, al número 1-877-647-4848, para obtener autorización antes de acudir. 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 para emergencias fuera de Indiana está incluida. Encontrará más información sobre el servicio de emergencias en la página 30.

Atención médica prestada por profesionales que no pertenecen a la red del plan

“Que no pertenece a la red 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 tener que hacerse cargo de los gastos derivados de una atención médica no autorizada y fuera del plan si el proveedor no forma parte de la red de proveedores de Medicaid de Indiana o si el servicio no está cubierto por su plan de MHS.

MHS solo cubre la atención médica fuera del plan si:

- MHS no cuenta con ningún médico afiliado al plan que pueda prestarle los servicios que necesita, o no dispone de ningún médico afiliado al plan a menos de 60 millas de su domicilio.
- Se trata de garantizar la continuidad de la atención a una miembro embarazada que se transfirió a MHS durante su tercer trimestre.
- MHS autorizó el servicio no incluido en el plan.

Servicios de remisión por iniciativa propia

Consulte la página 11.

Proveedores de atención médica para indios estadounidenses y nativos de Alaska

Cualquier miembro de origen indio estadounidense o nativo de Alaska (American Indian/ Alaska Native, AI/AN) que reúna los requisitos para recibir servicios de un médico indio afiliado podrá optar por recibir los servicios cubiertos de dicho proveedor; y, si dicho médico indio es parte de la red como PMP, podrá elegirlo como su PMP, siempre y cuando dicho médico tenga la capacidad de brindar tales servicios.

Programas de gestión de la salud

MHS cuenta con gestores de casos capacitados para ayudar a nuestros miembros con sus problemas de salud. Estos gestores trabajan con los miembros y sus familias, proveedores y grupos comunitarios para establecer metas que lo ayuden a mejorar su salud. También pueden ayudarlo a comprender sus beneficios y opciones de tratamiento, así como a resolver sus necesidades urgentes en materia de vivienda y servicios públicos, y a acceder a otros servicios, como el transporte al médico, la comida y mucho 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 ayudarlos a inscribirse. Si desea inscribirse en un programa u obtener más información, llame al Servicio 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
- Traumatismos craneoencefálicos
- 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 médica por parte de un equipo especializado de médicos, enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de la atención médica de MHS, especializados en las necesidades de salud 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 lo 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 (CHF):** la insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF) es una enfermedad que se produce cuando el corazón está demasiado débil para bombear sangre. Nuestro programa de CHF se centra en la gestión de la medicación (fármacos). Esto lo ayudará a reducir el riesgo de sufrir infartos, accidentes cerebrovasculares, visitas a servicios de emergencias y hospitalizaciones.
- **Programa de enfermedad arterial coronaria (EAC):** la EAC se produce cuando una sustancia denominada placa se acumula en las arterias que suministran sangre al corazón (llamadas 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 a través del control de medicamentos (fármacos), cambios en el estilo de vida, dieta y otras formas de afrontarlo.

Usted es quien cuida 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 los apoya. Los gestores de casos trabajan junto con su médico para recordarle que reciba toda la atención preventiva importante.

Las madres que se inscriben en nuestros programas de embarazo tienen más probabilidades de llevar un embarazo a término y menos probabilidades de que su bebé tenga que ingresar en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). ¡Ayude a su bebé a tener el mejor comienzo!

- **Programa de diabetes (“azúcar alta”):** la diabetes también se conoce como “azúcar alta”. La diabetes tipo 1 es una enfermedad en la que el organismo ya no es capaz de producir insulina. La diabetes 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 comunique con nosotros si usted o su hijo padecen diabetes.
- **Programas mejorados de gestión del asma y 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 lo ayudarán a mantenerse saludable, ya que previenen los episodios agudos antes de que se produzcan y evitan que tenga que acudir al servicio de emergencias.
- **Programa del plomo:** el plomo es un metal pesado que se puede encontrar en la pintura, el polvo, el suelo, el agua, el aire y los alimentos. Puede ser perjudicial para las personas, especialmente para los niños. Si se detecta que su hijo presenta niveles elevados de plomo en la sangre, MHS le ofrecerá asesoramiento y educación. Su hijo también se incluirá en el programa de gestión de casos.

Programas del embarazo y el primer año de vida

Start Smart for Your Baby® y MHS Special Deliveries

MHS se preocupa por su salud y la de su bebé. Contamos con dos programas para las miembros de MHS que estén embarazadas, denominados Start Smart for Your Baby y MHS Special Deliveries. Al inscribirse en cualquiera de los dos programas, podrá optar por más recompensas de My Health Pays®. Obtenga más información sobre My Health Pays® en la página 38.

Start Smart for Your Baby es un programa educativo abierto a todas las miembros embarazadas. MHS Special Deliveries es un programa de gestión de la atención médica que también va dirigido a las miembros embarazadas. Los administradores 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 enfermeros de obstetricia de MHS está a su disposición para garantizar que reciba la atención médica y los recursos que necesite tanto durante y después del embarazo. 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 puedan surgir durante su embarazo.
- Hablar sobre qué hacer si surgieran complicaciones durante el embarazo.
- Ayudarla a programar citas médicas o a organizar un traslado gratuito hasta el consultorio del médico.
- Ayudarla a conseguir un teléfono móvil gratuito si lo necesita. Puede utilizar este teléfono para ponerse en contacto con su médico, su familia y otras personas importantes mientras está embarazada.

- Ayudarla a dejar de fumar o de consumir tabaco.
- Ayudarla a descubrir más formas de ganar recompensas de My Health Pays® al visitar al 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 se puede enviar por correo postal, teléfono y correo electrónico, y está disponible en nuestra página web, mhsindiana.com. También se puede programar una visita a su domicilio con una enfermera de obstetricia.

Programa First Year of Life (Primer Año de Vida)

La maternidad recién estrenada trae consigo muchas alegrías y sorpresas. Además, conlleva muchas noches de insomnio y cambios en su vida. Queremos que nuestras miembros sepan que el personal de enfermería del programa First Year of Life de MHS también está a su disposición para ofrecerles apoyo. Podemos responder a sus preguntas y facilitarles folletos informativos útiles para que sepa qué puede esperar a medida que su bebé crezca. Asimismo, nos comunicaremos con usted por teléfono y le enviaremos recordatorios para programar las próximas vacunas y las consultas de bienestar infantil con el médico de su bebé, según sea necesario.

Programas adicionales

Métodos anticonceptivos (planificación familiar)

A los métodos anticonceptivos a menudo se les llama servicios de planificación familiar. Se trata de un programa cubierto que el paciente puede solicitar por iniciativa propia. Esto significa que puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Hoosier Healthwise. No obstante, le recomendamos que acuda a su médico principal o a otro médico de MHS para recibir estos servicios. Si no se siente cómoda hablando con su médico y no sabe dónde puede acceder a estos servicios, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de MHS llamando al 1-877-647-4848. De cualquier manera, los servicios de planificación familiar son privados.

Programa Right Choices (Opciones Correctas)

Para proteger la salud de nuestros miembros, MHS participa en el programa Right Choices, de conformidad con las directrices del estado de Indiana. Se remite a los miembros a este programa si se determina que utilizan los servicios de Medicaid más que otros miembros. A estos miembros se les asigna un médico y una farmacia específicos. Deben utilizar estos centros específicos para todas sus necesidades de atención médica, excepto en caso de una emergencia.

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

¿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 Quitline (línea 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).

Deje de fumar o de consumir tabaco

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

Llame hoy mismo a la línea de ayuda para dejar de fumar de Indiana, GRATUITA y CONFIDENCIAL, al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-4669). Esta línea de ayuda o 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 durante 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 Quitline lo ayudará a determinar qué puede hacer para prepararse y conseguir dejarlo con éxito. Además, Quitline le ofrece un asesor web y apoyo por mensajes de texto (Text2Quit).



Adicionalmente, puede ganar \$100 en recompensas de My Health Pays al completar el programa Indiana Tobacco Quitline.

Entre las principales características del programa se encuentran:

- Asesoramiento disponible en más de 170 idiomas.
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a asesores para dejar de fumar altamente capacitados y dedicados.
- Asesoramiento telefónico individual y proactivo con un asesor para dejar de fumar.
- Elaboración de un plan para dejar de fumar que aumente sus posibilidades de éxito, incluida la elección de una fecha concreta para dejarlo.
- Kit de inicio gratuito de dos semanas de terapia de sustitución de nicotina (chicles y parches) para quienes cumplan los requisitos.
- 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 ganas de fumar, a encontrar formas de modificar aquellas actividades o comportamientos cotidianos que lo incitan a fumar y a evitar el aumento de peso.
- Inscribese en el servicio del asesor web para establecer una fecha para dejar de fumar, elegir un medicamento, superar y controlar sus ansias, controlar su entorno y obtener apoyo social.
- Si necesita ayuda adicional, inscribese 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, en promedio, 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 promedio 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 importantes para dejarlo. Pida ayuda a MHS hoy mismo.

Transporte

Los miembros del Paquete A de HHW de MHS pueden beneficiarse de un transporte para recibir servicios médicos cubiertos, incluidas citas con el médico, cuidado dental, citas de salud conductual, etc.; esto también está disponible para miembros elegibles que no tengan otro medio de transporte. Puede comunicarse con el proveedor de transporte de MHS a través del Servicio para Miembros de MHS, llamando al 1-877-647-4848. Seleccione la opción "Transportation" (Transporte). Puede hablar con un representante del servicio de transporte en directo entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., de lunes a viernes. Si llama fuera de horario o tiene necesidades urgentes de servicios de transporte, un agente en directo puede ayudarlo.

Llame para programar su viaje dos (2) días laborales antes de su consulta médica programada. Programe su consulta médica antes de llamar para que lo lleven. Los miembros pueden reservar un servicio de transporte cuarenta y cinco (45) días antes de su cita. El plazo de programación no incluye los fines de semana, los días festivos ni la fecha de la cita en sí. 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
			Revisión médica con el Dr. Smith a las 10:00 a. m.		¡Pida el transporte HOY MISMO!	

A continuación le ofrecemos más información sobre el transporte que puede ser útil:

- 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 emergencia médica, tenga en cuenta que el servicio podría tardar más en llegar, ya que no se trata de un servicio programado con antelación. Llame de inmediato para programar su viaje.
- Todo transporte debe ser para una cita médica cubierta por Indiana Medicaid, para recoger medicamentos recetados después de una visita médica cubierta, para renovar su cobertura de Medicaid de Hoosier Healthwise o para ciertos eventos para miembros de MHS.
- Si se encuentra en una situación de emergencia que ponga en peligro 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. Por lo general, se requiere el consentimiento de los padres para los menores de 18 años, salvo que se aplique alguna de las excepciones previstas en la legislación sobre el consentimiento de los menores; los adultos jóvenes de 18 años o más, por lo general, pueden dar su propio consentimiento.

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.

Tenga a la mano la siguiente información cuando llame para solicitar el transporte:

- Su tarjeta de Medicaid o la 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 padre, madre o tutor).
- Si va a necesitar una camioneta accesible para silla de ruedas.
- Si necesita ayuda puerta a puerta.
- Los miembros tendrán que llevar sus propios asientos de automóvil 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:

- Pueden pasar desde quince (15) minutos hasta una hora para que llegue un automóvil después de que llame.
- El servicio de transporte puede llevarlo a una farmacia de camino a casa tras una visita al médico.
- Por favor, esté listo cuando llegue su transporte.
- El transporte lo recogerá en el mismo lugar donde lo dejó. No pueden recoger a varios miembros de la familia en distintos lugares.

Servicio de transporte para los miembros del Paquete C (CHIP) de HHW

Los miembros del Paquete C (CHIP) de Hoosier Healthwise de MHS pueden tener derecho a beneficios de transporte si participan activamente en los servicios de gestión de casos. Hable con su gestor de casos para obtener más información.

Si no está seguro de si debe acudir a un servicio de emergencias por un problema que no pone en peligro la vida, llame primero al consultorio de su médico. Si no puede comunicarse con su médico, llame a la línea de asesoramiento de enfermería de MHS, disponible las 24 horas.

Empiece a ganar recompensas hoy mismo. Complete su evaluación de necesidades de salud en línea a través de mhsindiana.com/HHWscreening o llame al Departamento de Vinculación con la Atención de MHS al 1-888-252-3410.

Programas exclusivos para miembros de MHS

Estos programas están diseñados para ayudar a mejorar la salud de nuestros miembros a través de la educación y la asistencia individualizada que ofrece nuestro equipo de profesionales. Llámenos hoy mismo para informarse sobre cómo acceder a estos servicios que hemos diseñado especialmente para usted.



En MHS premiamos las decisiones saludables de nuestros miembros a través del programa My Health Pays®. Los miembros pueden ganar recompensas en dólares por servicios como pruebas de detección, atención preventiva y mucho más. Utilice sus recompensas de My Health Pays® para ayudar a pagar **artículos de uso cotidiano en Walmart***, **servicios públicos**, **transporte**, **telecomunicaciones** (factura del celular), **servicios de guardería**, **educación** y **alquiler**.

¡Empiece hoy mismo! Podrá empezar a acumular recompensas de My Health Pays® tan pronto como se convierta en miembro de MHS. Realice cualquiera de las actividades saludables elegibles que se describen a continuación. Luego, los dólares de recompensa se abonarán automáticamente a su tarjeta de My Health Pays®. A todos los miembros nuevos se les envía por correo esta tarjeta de My Health Pays®.

Gane recompensas realizando las siguientes actividades saludables:

- \$30** Por completar la evaluación de sus necesidades de salud dentro de los primeros 30 días posteriores a convertirse en miembro.
- \$10** Por completar la evaluación de sus necesidades de salud dentro de los primeros 90 días posteriores a convertirse en miembro.
- \$15** Por crear una cuenta en el portal para miembros y utilizarla para seleccionar un PMP en un plazo de 30 días desde la inscripción (una por cada año calendario).
- \$10** Por cada visita de control pediátrico para bebés de hasta 15 meses de edad (máximo de \$60). Recomendamos realizar estas visitas antes de que el bebé cumpla los 30 días de edad y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses.
- \$20** Revisión anual de control del niño sano con un médico de atención primaria (una por cada año calendario; a partir de los 16 meses de edad).
- \$20** Visita anual al dentista (solo de 1 a 20 años de edad; una por año calendario).
- \$100** Por haber completado el programa Indiana Tobacco Quitline. Llame al 1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669).
- \$50** si es dentro del 1.er trimestre **\$25** si es dentro del 2.º trimestre Envíe su formulario de notificación de embarazo (NOP) a MHS. Inicie sesión en su cuenta del portal para miembros y complete su NOP.
- 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 de 3 a 8 semanas 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.

Healthy Kids Club (Club Niños Sanos) de MHS

Healthy Kids Club es un programa educativo gratuito dirigido a niños de hasta 12 años. 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 a través de mhsindiana.com/kidsclub.

MemberConnections®

Se trata de un equipo de atención comunitaria formado por personal de MHS que puede ayudarlo de forma personalizada a comprender su cobertura médica y otros recursos comunitarios. MemberConnections puede ofrecerle asistencia en persona o por teléfono. Lo 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, alojamiento u otros programas de salud, MemberConnections puede ayudarlo. Para obtener más información, llame al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848.

Teléfono móvil de Connections Plus®

En MHS podemos prestarle un teléfono móvil a nuestros miembros inscritos en el programa de gestión de la atención médica que no tengan acceso regular a un teléfono. Los teléfonos móviles de Connections Plus están programados para hacer y recibir llamadas del equipo de gestión de la atención médica de MHS, del PMP del miembro, de otros médicos del plan de tratamiento, de la línea de asesoría médica de MHS disponible las 24 horas y de familiares que apoyen el plan de atención del miembro.

Consejo Asesor de Miembros

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

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

Red de educación familiar

MHS y la Coalición para la Salud de las Minorías de Indiana se han unido para crear la red de educación familiar. Esta red ofrece a los miembros de MHS información sobre los beneficios, tanto en persona como por teléfono, y sobre diversos temas.

Los representantes de la red pueden ayudarlo a comprender los beneficios y la cobertura del plan de salud de Medicaid, así como ofrecerle una visión general de los programas de MHS y de los servicios especiales disponibles para usted. Llame al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848 para programar una remisión gratuita.

Defensor de los miembros

El programa de defensores de los miembros de MHS es una iniciativa conjunta entre MHS y Mental Health America of Indiana. Un defensor del miembro es una persona que se dedica a ayudarlo a resolver un problema. Los miembros de MHS pueden comunicarse de forma gratuita con un defensor para hablar de cualquier problema que puedan tener con MHS, sus servicios o sus médicos, o cualquier otra parte de su atención médica. Este defensor es imparcial, por lo que no toma partido ni por MHS ni por el programa Medicaid. Colaborará con usted para resolver su problema. Si es usted miembro de MHS (o un representante legal), llame si:

- Tiene alguna duda sobre sus beneficios o servicios de MHS.
- Desea conocer cuáles son sus derechos y obligaciones en relación con su cobertura de MHS.
- Necesita ayuda con el proceso de apelación, lo que incluye completar la documentación adecuada, documentar apelaciones verbales o recibir orientación durante el proceso de apelaciones.

Si desea la asistencia de un defensor, llámelos sin costo al 1-877-647-5326, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

INSCRIPCIÓN ABIERTA Y REEVALUACIÓN

MHS es su proveedor de seguro médico. Usted eligió MHS o se le asignó MHS como seguro médico cuando se unió a Hoosier Healthwise o al Paquete C (CHIP) de HHW. Su cobertura tiene una vigencia de un año. A finales de ese año, se someterá a una nueva evaluación. Esto significa que deberá volver a presentar la solicitud o confirmar sus datos ante el estado para demostrar que sigue reuniendo los requisitos para participar en el programa Hoosier Healthwise o el Paquete C (CHIP) de HHW. Si se aprueba, continúa durante otro año de inscripción.

Indios estadounidenses y nativos de Alaska

Los indios estadounidenses y los nativos de Alaska tienen la opción de renunciar a la atención gestionada y recibir cobertura de pago por servicio. Si es usted indio estadounidense o nativo de Alaska y desea darse de baja del sistema de atención médica gestionada, póngase en contacto 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 posteriores al inicio de la cobertura.
- Una vez por año calendario por cualquier motivo.
- Una vez por año calendario en el momento de la reevaluación anual por cualquier motivo.
- En cualquier momento mediante el proceso de causa justificada (definido a continuación).

Cambios de plan de seguro de salud por causa justificada

Cualquier miembro de Medicaid puede cambiar su MCE por una causa justificada. La decisión sobre si un miembro cumple alguno de estos requisitos corresponde exclusivamente al agente de inscripción y a la FSSA. Los motivos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Recibir atención de mala calidad;
- La falta de prestación de los servicios cubiertos;
- El incumplimiento por parte del contratista de las normas establecidas en materia de gestión de la asistencia médica;
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de las necesidades de atención médica del miembro;
- Barreras lingüísticas o culturales importantes;
- Medida correctiva impuesta 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;
- Constatación de que el formulario de otra MCE se ajusta mejor a las necesidades de salud actuales de un miembro nuevo;
- Falta de acceso a los servicios médicamente necesarios cubiertos por el contrato del contratista con el estado;
- El contratista no prestará un servicio por motivos de objeción moral o religiosa, tal y como se describe en la sección 6.3.2;
- Los servicios relacionados deben prestarse al mismo tiempo y no todos están disponibles dentro de la red del contratista, y el proveedor del miembro determina que recibir los servicios por separado someterá al miembro a un riesgo innecesario;
- El proveedor del miembro se da de baja de la MCE actual del miembro y se inscribe en otra MCE. El inscrito se verá obligado a cambiar de proveedor de servicios de apoyo residencial, institucional o laboral debido a que dicho proveedor pasara de ser un proveedor de la red a uno fuera de la red y, como consecuencia, sufriría una interrupción en su residencia o en su empleo; u
- Otras circunstancias que la oficina o la persona designada por ella consideren que constituyen una cobertura médica de baja calidad.

Esperamos que siga con MHS durante todos los años que esté inscrito en Hoosier Healthwise. 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.

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

Para solicitar un cambio por causa justificada, llame al agente de inscripción de Hoosier Healthwise al 800-889-9949. Allí responderán a sus preguntas y le facilitarán un formulario para solicitar el cambio, si fuera necesario. Antes de presentar una solicitud por causa justificada, debe comunicarse 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 este procedimiento, puede presentar una solicitud para cambiar de plan de salud al agente de inscripción, ya sea por teléfono o por escrito.

Reevaluación

Al final de su año de beneficios, deberá volver a presentar una solicitud o confirmar su información ante el estado para demostrar que sigue siendo elegible para participar en Hoosier Healthwise o en el Paquete C (CHIP) de HHW. Inicie sesión en el Portal de Beneficios de la FSSA en fssabenefits.in.gov o llame al 1-800-403-0864 para obtener más información.

La tramitación de una nueva solicitud o la confirmación de sus datos ante la administración estatal puede tardar unos 45 días. Para ayudarlo, MHS se comunicará con usted por teléfono y le enviará un correo electrónico para recordarle que faltan 45 días para que finalice su último día de derecho a la cobertura.

Programa de mejora de la calidad

MHS desea ayudarlo a recibir la atención médica de calidad que se 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 podrá encontrar:

- El resumen del QI de MHS y la descripción del programa
- Información sobre la vacunación para adultos y niños
- Los estándares que MHS pretende cumplir y superar
- Normas sobre historiales clínicos y guías de práctica clínica

Encuestas de satisfacción de los miembros

Como parte del programa QI, cada año se solicita a algunos miembros que respondan a una encuesta para informarnos sobre la atención y los servicios y médicos de MHS. Esta comparte los resultados de la encuesta con los médicos y utiliza dicha información para ayudar a mejorar la atención que prestamos a los miembros y la forma en que nos comunicamos con ustedes. Sus respuestas a estas encuestas son siempre anónimas, lo que significa que no sabemos quién ha respondido. Si recibe una encuesta por correo o por teléfono, le pedimos que se tome el tiempo necesario para responderla y devolverla. Esto contribuirá a que MHS y los programas de salud estatales ofrezcan la mejor atención posible para usted y su familia.

Requisitos que deben cumplir los proveedores

Tiene derecho a ver información sobre su médico, especialista u otro proveedor. Puede consultar el nombre, la dirección, el número de teléfono, las calificaciones profesionales, la especialidad y el estado de la certificación de la junta de un proveedor usando nuestra herramienta "Buscar un proveedor" (Find a Provider) en mhsindiana.com. Si desea obtener información sobre la facultad de medicina o la residencia de un proveedor, llame al Servicio 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.

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

Esperamos que nuestros miembros estén siempre satisfechos con MHS y con nuestros proveedores. Comuníquenos 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 que MHS haya tomado 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 al Servicio para Miembros de MHS al 1-877-647-4848. MHS toma sus quejas muy en serio. Registramos su queja y nos pondremos en contacto con usted para analizar cómo podemos atenderlo mejor. MHS le comunicará el resultado de su queja en el plazo de un (1) día laborable. Si no está satisfecho con la gestión de su queja o si esta ha tardado más de un (1) día laborable en resolverse, su queja pasará a considerarse una reclamación.

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: Servicio para Miembros, 1-877-647-4848

En persona: 429 N Pennsylvania St., Suite 109, Indianapolis, IN 46204

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

Una reclamación por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma.
- Su número de identificación de miembro.
- Los motivos por los que no está satisfecho.
- Cómo puede ayudar 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 que registramos 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. La resolución se le enviará por escrito en un plazo de 30 días calendario. MHS podría solicitar una prórroga de 14 días calendario 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 un procedimiento de reclamación acelerado si considera que un procedimiento de reclamación ordinario 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 prórroga.

Si no está satisfecho con la resolución, tiene derecho a presentar una apelación.

Apelaciones

Una apelación es aquella situación en la que usted, su proveedor o su representante no están satisfechos con el resultado de una decisión tomada por MHS y desean emprender acciones al respecto. Esto puede deberse a que no esté satisfecho con el resultado de una reclamación que haya presentado, O BIEN con una decisión tomada por MHS cuando su médico solicitó una autorización previa o una aprobación previa para algún tratamiento, terapia, equipo médico u otro servicio médico. Para designar a un representante o a su proveedor, envíe a MHS una carta firmada o un formulario de consentimiento en el que nos indique quién será su representante.

Las apelaciones deben presentarse en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta en la que se le comunica la decisión. Usted o su representante (sin incluir al proveedor que solicita el servicio) pueden enviar por escrito, por teléfono, por fax o por correo electrónico la solicitud de apelación y la autorización (en caso de que se trate de un representante) a:

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

Por teléfono: Servicio de Atención al Miembro de MHS o Departamento de Apelaciones de MHS, al 1-877-647-4848

Fax: 1-866-714-7993

Correo electrónico: appeals@mhsindiana.com

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

Su apelación por escrito debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono, dirección y firma.
- Su número de identificación de miembro.
- Los motivos por los que no está satisfecho.
- Cómo puede ayudar MHS.

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

MHS le enviará una carta en el plazo de tres días hábiles para informarle que hemos recibido su solicitud. Su caso será asignado a una persona con la calificación adecuada para revisarlo, como un médico o un gerente administrativo. La persona designada no habrá participado en la decisión original ni en la decisión tomada en la revisión anterior.

Todas las apelaciones se resuelven en un plazo de 30 días calendario. El resultado se le enviará por escrito en un plazo de 30 días calendario. MHS podría solicitar una prórroga de 14 días calendario 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 la apelación, es posible que tenga derecho a una revisión externa e independiente.

Revisión acelerada

Si esperar el plazo habitual para recibir la respuesta a una apelación lo expondría a un riesgo de lesiones o daños físicos graves, puede solicitar a MHS que considere la posibilidad de realizar una revisión extrarrápida. A esto se le denomina “revisión acelerada”. Para solicitar este tipo de revisión, llame o escriba a MHS lo antes posible. MHS resuelve las revisiones aceleradas en un plazo de dos días calendario (48 horas).

Revisión externa e independiente y audiencia estatal imparcial

Revisión externa independiente

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

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

Antes de solicitar una revisión, el miembro deberá completar el proceso de reclamación y apelación. Para solicitar una revisión, llame o escriba a MHS en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la resolución 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 conexión con MHS. Esta agencia independiente hará que un médico de la misma especialidad revise el caso. Enviarán su respuesta al miembro y a MHS en un plazo de 72 horas, en el caso de una apelación acelerada, o de 15 días laborables, en el caso de una apelación ordinaria. MHS se hará cargo de los gastos de esta revisión. Un miembro puede solicitar una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO), y dicho proceso puede llevarse a cabo simultáneamente con una audiencia estatal imparcial.

Audiencia estatal imparcial

Después de una apelación, si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia estatal imparcial (State Fair Hearing, SFH) ante la FSSA de Indiana en un plazo de ciento veinte (120) días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión de su apelación. Puede solicitar una audiencia estatal imparcial al mismo tiempo que su solicitud de revisión externa independiente. Debe agotar el proceso de reclamaciones y apelaciones de MHS antes de poder solicitar una de estas audiencias.

Puede llamar a MHS para programar 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

QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES

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 laborables 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. Puede solicitar una revisión judicial de la decisión de la agencia si no está de acuerdo.

Atención médica durante las apelaciones

Durante el proceso de apelación, seguirá siendo nuestro miembro. Seguirá recibiendo todos los servicios médicos cubiertos por su paquete de beneficios. MHS cubrirá la atención que esté apelando hasta que se tome la decisión final. Si la decisión final sobre su apelación es denegar los servicios, es posible que deba pagar por esos servicios cubiertos.

Para conservar sus beneficios durante una apelación:

- Usted o el proveedor deben presentar la apelación dentro de los diez (10) días posteriores a que MHS envíe el aviso por correo, o la fecha de entrada en vigor prevista; lo que ocurra más tarde.
- La apelación se refiere a la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- El plazo cubierto por la autorización original no ha vencido.
- Solicita una extensión de los beneficios.

Derechos y opciones de apelación

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

- Puede escribir o llamar a MHS para presentar una apelación y solicitarnos que revisemos la decisión. Debe comunicarse con nosotros en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que MHS haya tomado su decisión. Si no cumple ese plazo, no podrá solicitar que se revise el caso.
- Puede solicitar ayuda a MHS. Si nos llama, MHS lo ayudará completando una apelación para miembros.
- Puede enviar a MHS documentación médica, declaraciones u otras pruebas, así como cualquier alegación de hecho o conclusión jurídica que considere que debamos conocer. Puede solicitar a su médico responsable del tratamiento o a su proveedor de atención que nos envíe la información que considere que deberíamos tener.
- Puede pedirle a alguien que lo represente, como su médico o un abogado, un miembro de su familia u otra persona de su confianza. Para nombrar a un representante, envíenos una carta o nota firmada donde indique el nombre de la persona, su relación con ella y cómo llamarla o escribirle. No es necesario nombrar a un representante si no lo desea.
- Si considera que esperar el plazo regular para la respuesta a su apelación perjudicará su vida o su salud, puede pedir a MHS que considere la posibilidad de hacer una revisión extrarrápida de su caso, llamada “apelación acelerada”. Debe solicitarla lo antes posible por teléfono o por escrito.
- Puede participar en la resolución de su caso si presenta 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 informarnos por adelantado si tiene previsto participar cuando nos llame o nos escriba. Puede pedir a la persona que haya designado para representarlo que lo acompañe en la resolución de su caso.
- Puede consultar cualquier historial médico que MHS tenga archivado sobre usted, así como su expediente del caso, tanto antes como durante el proceso de apelación y de forma gratuita. Para solicitar esta información, llámenos o escribanos.
- Puede comunicarse con el Servicio para Miembros de MHS y consultar el estado de su expediente por teléfono, llamando al 1-877-647-4848, o a través de internet en mhsindiana.com/contact-us.
- Si no está satisfecho con los resultados de la revisión de su caso por parte de MHS, tiene derecho a pasar al siguiente nivel de apelación, lo que incluye una revisión independiente, una audiencia estatal imparcial o ambas.

Decisiones médicas

Los proveedores y el personal de MHS toman decisiones sobre los tratamientos para nuestros miembros con el objetivo de proporcionar la mejor atención y el mejor servicio posibles. MHS no recompensa a ningún proveedor, médico ni a miembros de su personal por denegar o reducir servicios o pagos. Tampoco recompensa ni paga a los médicos ni a su personal para evitar que usted reciba menos atención de la que necesita.

MHS no toma decisiones sobre la cobertura basándose en creencias morales o religiosas. Es posible que tenga una solicitud que un determinado médico u hospital no pueda cumplir debido a sus creencias morales o religiosas. Si eso sucede, ese médico u hospital deben informárselo para que pueda decidir si desea que otro médico u otro hospital se encarguen de su atención. Si tiene directivas anticipadas (consulte esta sección) y su médico no sigue sus deseos, puede presentar una queja ante la Agencia de Encuestas y Certificación del estado de Indiana (Indiana State Survey and Certification Agency).

Incentivos para médicos

MHS ofrece incentivos a los médicos en función de la calidad de la atención de salud prestada a nuestros miembros. Por ejemplo, se anima a los pediatras a que se aseguren de que los niños reciban las vacunas. No ofrecemos incentivos a los médicos de MHS por no prestar atención médica. 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 sus instrucciones habladas y escritas sobre su atención y tratamiento médico futuros. Al expresar sus preferencias de atención médica en una directiva anticipada, ayuda a su familia y médico a comprender sus deseos sobre cómo espera que lo atiendan. La legislación de Indiana presta especial atención a estas directivas, las cuales suelen consistir en uno o más documentos que detallan sus decisiones de atención médica para el caso de que no puede decidir por usted mismo. Con las directivas anticipadas, usted puede:

- Informar a su médico si desea o no que lo conecten a máquinas de soporte vital.
- Informar a su médico si desea ser donante de órganos.
- Otorgar a otra persona la facultad de decidir si acepta o rechaza sus tratamientos médicos.

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

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

Para obtener más información sobre sus derechos según la legislación 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 pague 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 pago por los servicios cubiertos cuando alguien más tiene que pagar primero.

El derecho de subrogación de MHS

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

- Su seguro de automóvil o de vivienda
- El seguro de automóvil o de vivienda de la persona que le haya causado su enfermedad o lesión
- Indemnización por accidente laboral

Aviso sobre MHS como cobertura secundaria (continuación)

Si una aseguradora distinta de MHS debe pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, MHS tiene derecho a pedirle a esa aseguradora un reembolso. MHS se subroga cualquier derecho de indemnización que usted tenga frente a un tercero que haya causado su enfermedad o lesión, o cualquier derecho de indemnización que usted tenga frente a otro plan de seguro, incluidos, entre otros, cualquier cobertura para conductores sin seguro, cobertura para conductores con seguro insuficiente, cobertura de responsabilidad civil complementaria, cobertura de gastos médicos, cobertura de seguro de automóvil 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 los servicios médicos.

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 costo de los servicios cubiertos que hayamos pagado. No podemos hacer que nos reembolse más de la cantidad de dinero que obtuvo de la demanda o acuerdo.

Sus responsabilidades

Como miembro de MHS, usted se compromete a:

- Informarnos de cualquier circunstancia que pueda afectar los derechos de subrogación o de reembolso de MHS.
- Colaborar con MHS cuando le solicitemos información y asistencia en materia de coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar los documentos para ayudar a MHS a ejercer sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a MHS a investigar, solicitar y facilitar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso, en la medida en que lo permita la ley.
- Pagar a MHS todas las cantidades que haya recuperado mediante demanda judicial, acuerdo extrajudicial o por cualquier otro medio de cualquier tercero o de su aseguradora, o de su propia aseguradora, incluidos, entre otras, cualquier cobertura para conductores sin seguro, cobertura para conductores con seguro insuficiente, cobertura de responsabilidad civil complementaria, cobertura de gastos médicos, cobertura de seguro de automóvil sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro de primera parte, en la medida de los beneficios previstos en dicha cobertura, hasta el valor de estos.
- Si no está dispuesto a colaborar con nosotros, es posible que tenga que reembolsarnos nuestros costos, incluidos los honorarios razonables de abogados, al hacer cumplir nuestros derechos bajo este plan.

Malgasto, fraude y abuso del programa

Prevenir y reducir el malgasto, el fraude y los abusos contribuye a proteger los programas de salud que le prestan asistencia a usted y a su familia. Si cree que un miembro del plan o un proveedor ha cometido un acto de malgasto, abuso o fraude, tiene el derecho y la responsabilidad de informarlo. Algunos ejemplos de fraude o abuso por parte de los miembros son:

- Un miembro que permita a otra persona utilizar su tarjeta de miembro para recibir atención médica.
- Un miembro que intente que el plan cubra medicamentos que no necesita.

Algunos ejemplos de fraude o abuso por parte de los proveedores son:

- Un proveedor que solicita pruebas innecesarias.
- Un proveedor que le prescriba 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 cree que un proveedor, un miembro u otra persona está haciendo un uso indebido del programa, infórmenos de inmediato. MHS se toma muy en serio la detección y la denuncia de casos de malgasto, fraude y abuso. Llame a nuestra línea de atención gratuita y confidencial al 1-866-685-8664. También puede llamar a la línea directa confidencial y gratuita de la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana al 1-800-403-0864. No tendrá que dar su nombre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE MHS

Como miembro de MHS, tiene derecho a...

- Recibir información sobre MHS, así como sobre los servicios, profesionales, proveedores y sus derechos y responsabilidades de MHS. Le enviaremos un manual del miembro cuando cumpla los requisitos y un boletín informativo para miembros cuatro veces al año. Además, en nuestro sitio web, mhsindiana.com, encontrará información detallada sobre MHS. O bien, también puede llamar al Servicio 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 forma adecuada a su estado de salud y a su capacidad de comprensión.
- Una discusión sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Participar con los profesionales en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de inmovilización o aislamiento que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia, tal y como se especifica en las regulaciones federales sobre el uso de la inmovilización y el aislamiento.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan según lo permitido en las regulaciones federales de privacidad de la atención médica.
- Presentar quejas, reclamaciones o apelaciones sobre la organización o la atención médica que brinda.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Una fuente continua de atención primaria adecuada a sus necesidades y una persona designada formalmente como la principal responsable de coordinar sus servicios de atención médica.
- Asistencia personalizada por parte del personal de MHS para que pueda asegurarse de que recibe la atención necesaria, especialmente en los casos en los que usted o su hijo tengan “necesidades especiales de atención médica”, como por ejemplo, cuando se trata de una enfermedad crónica o una afección médica grave. Nos aseguramos de que pueda acceder fácilmente a toda la atención médica que necesite y lo ayudaremos a coordinar dicha atención con distintos médicos, así como a contar con la participación de gestores de casos para facilitarle las cosas. Si se determina que tiene una necesidad especial de atención médica mediante una evaluación según el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), sección 438.208(c)(2), que requiera un tratamiento o un seguimiento periódico de su atención médica, trabajaremos con usted para brindarle acceso directo a un especialista según corresponda para su condición y necesidades.
- Tener acceso oportuno a los servicios cubiertos.
- Tener servicios disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana cuando dicha disponibilidad sea médicamente necesaria.
- Obtener una segunda opinión de un profesional médico calificado sin costo alguno. Si la segunda opinión es de un proveedor fuera de la red, el costo no será mayor que si el proveedor estuviera dentro de la red.
- Acceso directo a especialistas en salud de la mujer para atención preventiva y de rutina, lo que incluye planificación familiar, exámenes anuales para la mujer y servicio de obstetricia, sin necesidad de autorización por parte de MHS ni de su médico de MHS. Esto incluye métodos anticonceptivos, pruebas de VPH, pruebas de clamidia y Papanicolaou anuales.
- Recibir un aviso por escrito si se decide denegar una solicitud de autorización de servicio o se decide autorizar un servicio por un monto, duración o alcance menor que el solicitado. Recibirá esta información con la rapidez necesaria para que se atiendan sus necesidades médicas y no se retrase el tratamiento. No pondremos en riesgo su estado de salud mientras esperamos la aprobación de los servicios. Las autorizaciones se revisan en función de sus necesidades médicas y se conceden de conformidad 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 necesiten MHS, sus profesionales y otros proveedores de atención médica para que puedan atenderlo adecuadamente.
- 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 la medida de lo posible, en el establecimiento de objetivos terapéuticos consensuados.

TÉRMINOS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER

Beneficio	Cobertura de servicios de atención médica que recibe un miembro de Medicaid para el tratamiento de una enfermedad, lesión u otras afecciones permitidas por el estado.
Gestión de casos	Programas de MHS para miembros con condiciones de salud especiales que ayudan a los miembros a manejar sus afecciones mediante un contacto periódico y la asistencia prestada por MHS.
Paquete C del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de HHW	Una parte de la Ley del Presupuesto Equilibrado de 1997 que incluye una expansión del programa Medicaid que extiende la cobertura a niños de 0 a 19 años de edad cuyos ingresos familiares se encuentran en el nivel federal de pobreza (Nivel Federal de Pobreza, FPL). CHIP también se conoce como Paquete C de Hoosier Healthwise.
Costo compartido	Los costos de los que debe pagar un miembro por los servicios de salud cuando está cubierto por un seguro médico.
Servicio cubierto	Los servicios médicos obligatorios exigidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y los servicios médicos opcionales aprobados por el estado que son pagados por Medicaid. Ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de medicamentos recetados y las visitas al consultorio médico.
División de Recursos Familiares (DFR)	Una División de la Administración de Servicios Sociales y Familiares. La agencia estatal que ofrece ayuda con formación profesional, asistencia pública, ayuda nutricional complementaria y otros servicios. Los miembros pueden llamar a un agente de inscripción al 800-889-9949.
Miembro elegible	Persona que el estado reconoce como alguien que cumple los requisitos para recibir asistencia médica.
EPSDT	Visitas de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamientos. Se trata de una serie de pruebas que su hijo necesita recibir desde el nacimiento hasta los 21 años para ayudar a evitar que se enferme o para detectar problemas de salud potenciales a tiempo para que puedan ser tratados.
Explicación de beneficios (EOB)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y de los pagos realizados para cubrir dichos gastos.
Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA)	Una agencia sombrilla responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana; incluye la Oficina de Política y Planificación de Medicaid, la División de la Tercera Edad, la División de Recursos Familiares, la Oficina de Aprendizaje Temprano y Fuera del Horario Escolar, Indiana 211, la División de Salud Mental y Adicciones, y la División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación.
Evaluación de las necesidades de salud (HNS)	Un cuestionario que los miembros deben completar en un plazo de 90 días desde su inscripción en MHS, con el fin de que MHS conozca su estado de salud. 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 dirigido a personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidad que, además, no cumplen los requisitos para acceder a Medicare.
Hoosier Healthwise (HHW)	El programa de asistencia médica de Medicaid en Indiana, destinado a menores de hasta 19 años y a mujeres embarazadas.
Healthy Indiana Plan (HIP)	Healthy Indiana Plan es un programa de seguro médico asequible del estado de Indiana dirigido a los residentes adultos de Indiana sin seguro médico de entre 19 y 64 años.
Programas de cobertura médica de Indiana (IHCP)	Denominación utilizada para referirse al conjunto de programas de asistencia de salud pública de Indiana, tales como Medicaid, HIP y HHW Paquete C (CHIP).
Ingresos	En términos de elegibilidad, dinero que gana a través de un trabajo, trabajo por cuenta propia (ingresos ganados), o dinero que se le paga directamente, como la Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) o el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) (ingresos no ganados).
WellTrans	La empresa que utiliza MHS para brindar transporte a miembros elegibles.
MHS	Managed Health Services, abreviado MHS
Medicaid	Un programa que ofrece seguro médico a ciertas familias de bajos ingresos, personas con discapacidades y adultos mayores con recursos financieros limitados. Medicaid es financiado conjuntamente por el gobierno federal y el estatal.

TÉRMINOS Y SIGLAS QUE DEBE CONOCER

Medicamento necesario	Servicios o productos médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.
Miembro	Una persona que ha elegido MHS como su plan de seguro médico y que recibe sus beneficios a través de MHS.
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. Está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Los miembros pueden llamar al 1-877-647-4848.
OTC	De venta libre; se refiere a medicamentos como los remedios para el resfriado y la aspirina, que pueden adquirirse sin receta médica.
PDL	Lista preferida de medicamentos. Su beneficio de farmacia cuenta con una lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL recoge algunos de los medicamentos cubiertos por el beneficios de farmacia.
PHI	Información de salud protegida. Esta es información sobre usted y su salud que debe mantenerse de forma segura y está sujeta a leyes que detallan quién puede ver la información y bajo qué circunstancias.
PMP	Proveedor médico primario, su médico de MHS. Un pediatra, médico general, médico de familia, internista o, a veces, un obstetra/ginecólogo afiliado a MHS para brindar atención primaria a los miembros y para remitir, autorizar, supervisar y coordinar la prestación de beneficios. Los enfermeros especializados y los asistentes médicos asociados con un proveedor principal contratado pueden atender a los miembros que buscan atención primaria.
Autorización previa (Prior Authorization, PA)	Una decisión de su aseguradora o plan de salud por la que se determina que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es medicamento necesario.
Programa de pago de quejas previas	Este programa está dirigido a personas elegibles a través de la sección 1931 y reembolsa a los proveedores los costos de los servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Llame al 800-457-4584 para consultar la disponibilidad.
Proveedor	Cualquier profesional de la medicina, la odontología o la salud mental que pueda atender a nuestros miembros. En la mayoría de los casos, se refiere a los médicos (doctores).
Número de identificación de receptor (RID) / número de identificación de miembro (MID)	El número único asignado a un miembro que es elegible para los servicios de Medicaid. Este número se puede encontrar en el frente de su tarjeta de identificación de Medicaid.
Servicios por iniciativa propia	Un servicio cubierto al que un miembro puede acceder sin necesidad de la autorización del médico de MHS, de MHS ni de ninguna otra persona, siempre que el médico que preste el servicio forme parte de la red de MHS. Un miembro podrá solicitar por iniciativa propia servicios especiales que no requieran una evaluación previa por parte de MHS o del PMP, siempre que el médico que preste el servicio forme parte de 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.

En vigor a partir del 2 de mayo de 2024

For help to translate or understand this, please call 1-877-647-4848 (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).

Deberes de la entidad cubierta:

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 obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (protected health information, PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del Aviso que está actualmente vigente y notificarle en caso de una vulneración 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 de privacidad indicadas en el aviso.

Pondremos a su disposición cualquier Aviso revisado en nuestro sitio web o a través de un envío por correo aparte.

Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica

- MHS protege su PHI. Asimismo, nos comprometemos a mantener la confidencialidad de la información relativa a su raza, origen étnico e idioma (race, ethnicity, and language, REL), así como a su orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI). Contamos con procedimientos de privacidad y seguridad que son de ayuda.
- Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:
- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con las personas que necesitan saberlo.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Utilizamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su PHI.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 utilizar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Pago: podemos utilizar 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 tramitación de solicitudes, determinación de elegibilidad o cobertura de solicitudes y revisión de los servicios para comprobar su necesidad médica.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir prestación de servicios de atención al cliente, respuesta a reclamos y apelaciones y gestión 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.
- Revisar la competencia o las cualificaciones de profesionales de atención médica.
- Gestión de casos y coordinación de la atención.
- Detectar o prevenir el fraude y el abuso en la atención médica.

Su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género son protegidos por los sistemas y la legislación del plan de salud. Esto significa que la información que usted proporciona es privada y segura. Solo podemos compartir esta información con proveedores de atención médica. No se compartirá con terceros sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y servicios.

Esta información nos ayuda a lo siguiente:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer sus preferencias de idioma cuando acuda a los proveedores de atención médica.
- Proporcionarle información de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención.
- Ofrecerle programas que lo ayuden a estar más sano.

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan: podemos divulgar su PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como a un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la PHI (como aceptar no utilizarla para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas u obligatorias de su PHI

Actividades de recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recolectar dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar 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.

Fines de suscripción: podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como decidir sobre una solicitud o petición 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/alternativas de tratamiento: podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Según lo exija la ley: si las leyes federales, estatales o locales exigen un uso o divulgación de su PHI, podremos utilizar o divulgar información de su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. 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 revelar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos revelar 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.

Víctimas de maltrato y abandono: podemos revelar 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 maltrato, abandono o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativos: podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podemos vernos obligados a divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otras peticiones similares.

Cumplimiento de la ley: podemos revelar parte de su PHI a las fuerzas de seguridad cuando se nos requiera para responder a un delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos revelar su PHI a un médico forense o examinador médico. 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: podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos y tejidos provenientes de cadáveres.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Amenazas para la salud y la seguridad: podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales especializadas: si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del mando militar. También podemos revelar su PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional, actividades de inteligencia, al Departamento de Estado de EE. UU. para determinaciones de idoneidad médica, la protección del presidente y otras personas autorizadas según lo exija la ley.

Indemnización laboral: podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la indemnización laboral u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de sobre quién recae la responsabilidad.

Situaciones de emergencia: podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, a un amigo personal cercano, a una agencia autorizada de ayuda en caso de catástrofe o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es en su mejor interés, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la persona involucrada en su atención.

Reclusos: si está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas policiales, podemos revelar su PHI a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas policiales cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione 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 revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

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

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

Venta de la PHI: solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.

Mercadeo: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando mantenemos comunicaciones de mercadeo cara a cara con usted o cuando le proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con una excepción limitada, como para determinadas funciones de tratamiento, pago o funcionamiento de la atención médica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 individuales

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 solicitar restricciones: tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o en el pago de esta, como miembros de la familia 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.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. 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 tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio de comunicación o el lugar. Debemos acceder a su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar donde debe entregarse su PHI.

Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI: tiene derecho, con excepciones limitadas, a consultar u obtener 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 denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden revisar los motivos de la denegación. También le indicaremos 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 cree 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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de los casos dentro del último período de seis años en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado 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 un reclamo: si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad o que hemos infringido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso.

También puede presentar un reclamo ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, una llamada al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o al ingresar [enhhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

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 la información de contacto que figura al final de este Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel.

Información de contacto

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

MHS
Attn: Privacy Official
429 N Pennsylvania St., Suite 109
Indianapolis, IN 46204
1-877-647-4848
(TTY: 1-800-743-3333).

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

MHS cumple con las leyes federales vigentes en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. MHS no excluye a las personas ni las trata de manera 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 escrita en otros idiomas.

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

Si considera que MHS no ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de algún modo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante: Grievance and Appeals Coordinator, MHS, P.O. Box 441567, Indianapolis, IN 46244, 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333), Fax 1-866-714-7993.

Puede presentar una reclamación por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, MHS está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono con estos datos: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

FRASES INFORMATIVAS EN OTROS 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 သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးတို့တွင် MHS အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
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:	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده مسألة حول MHS، يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أي تكلفة. 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 비용부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-647-4848(TTY/TDD 1-800-743-3333)로 전화하십시오.
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về MHS, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'MHS, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Japanese:	MHS について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) までお電話ください。
Dutch:	Als u of iemand die u helpt vragen heeft over MHS, hebt u recht op gratis hulp en informatie in uw taal. Bel 1-877-647-4848 (TTY/TDD (teksttelefoon) 1-800-743-3333) om met een tolk te spreken.
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa MHS, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).
Russian:	В случае возникновения вопроса, 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 ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿੱਚ MHS ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫ਼ਤ ਅਦਲਾਹ ਦਫ਼ਤਰ 'ਚ ਹੈ। ਦੁਬਾਰੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲੇ 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। किसीदम से बात करने के लिए 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।

NOTAS



**Contrate un seguro.
Tenga una vida saludable. Obtenga recompensas.
Obtenga más con MHS.**

¡Empiece a ganar recompensas hoy mismo! Complete su evaluación de necesidades de salud para que se le añadan \$30 a su tarjeta de My Health Pays®.

La versión en español de este libro está disponible llamando al 1-877-647-4848.
Visite nuestro sitio web: mhsindiana.com.