



Manual para miembros de 2024

Obtenga información sobre sus beneficios de atención médica

AetnaBetterHealth.com/Maryland

3025098-01-02 (Rev 3/24)



Aetna Better Health® of Maryland

Información útil

Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (número gratuito) durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Servicios para personas con problemas auditivos y del habla (TTY)
Llame al 711

Línea de enfermería las 24 horas
1-866-827-2710 (número gratuito) durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Vista
1-866-827-2710 (número gratuito)

Salud conductual
1-800-888-1965 (número gratuito)

Dirección de correo postal
Aetna Better Health of Maryland
509 Progress Drive, Suite 117
Linthicum, MD 21090

Servicio de interpretación
Usted tiene derecho a recibir ayuda para abordar cualquier problema de comunicación que pueda tener. No tiene ningún costo para usted. Llame al **1-866-827-2710** (número gratuito).

Línea de ayuda al inscrito de Medicaid de Maryland
1-800-284-4510

Emergencia (disponible las 24 horas)
Si tiene una afección médica que puede provocar problemas de salud graves o incluso la muerte si no se trata de inmediato, llame al **911**.

Información personal

Proveedor de atención primaria (PCP)

Mi número de identificación de miembro

El número de teléfono de mi PCP

1. Descripción general de HealthChoice

Estimado(a) miembro:

Gracias por elegir Aetna Better Health of Maryland como su plan de salud HealthChoice de Medicaid de Maryland. HealthChoice es un programa del Departamento de Salud de Maryland. Al elegir Aetna Better Health of Maryland, ha elegido un plan de salud que ha brindado atención médica a familias durante más de 150 años.

Contamos con muchos proveedores preparados para ayudarlo a conservar su bienestar y el de su familia. Además, el personal dedicado del Departamento de Servicios para Miembros está disponible para responder sus preguntas sobre la cobertura de atención médica y asistirlo en sus necesidades y consultas.

Este manual para miembros le brinda información sobre nuestro plan de salud. En este manual, se explica la mayor parte de lo que necesita saber sobre cómo recibir atención, incluido lo siguiente:

- Su proveedor de atención primaria (PCP).
- Los beneficios que tienen cobertura.
- Lo que debe hacer en caso de emergencia.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro.

Posiblemente, ya haya recibido su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health of Maryland. En esta identificación de miembro, se indica cuándo comienza su membresía y el nombre de su PCP. Llámenos al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** si ocurre lo siguiente:

- No le enviamos una tarjeta de identificación.
- El nombre que figura en la identificación de miembro no es correcto.
- El nombre de su PCP o alguna otra información incluida en la identificación no son correctos.

Si tiene preguntas o problemas para recibir los servicios, estamos a su disposición para ayudarlo. Estamos disponibles para recibir su llamada durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Nuestro número de teléfono gratuito es **1-866-827-2710 (TTY: 711)**. Para ver este manual en línea, obtener información sobre nuestros programas y servicios, o encontrar un proveedor, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Maryland**. ¡Esperamos poder brindarle sus beneficios de atención médica!

Atentamente,



Angelo D. Edge
Director ejecutivo

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

1. Descripción general de HealthChoice

Declaración de no discriminación

La política de Aetna Better Health of Maryland es no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad. Aetna Better Health of Maryland ha adoptado un procedimiento interno de quejas que brinda una solución rápida y equitativa a los reclamos relacionados con cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (Sección 18116 del Título 42 del Código de los Estados Unidos [USC]) y sus reglamentaciones de implementación en la Parte 92 del Título 45 del Código Federal de Regulaciones (CFR), emitido por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentaciones de implementación pueden analizarse en la oficina del Coordinador de Derechos Civiles, PO Box 818001, Cleveland, OH 44181-8001; teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**; correo: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**; quien ha sido designado para coordinar los esfuerzos de Aetna Better Health para cumplir con la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja según lo dispone este procedimiento. Es contra la ley que Aetna Better Health of Maryland tome represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 en el plazo de 60 días luego de la fecha en que la persona que presente la queja haya tomado conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que lo presente. El reclamo debe describir el problema o la supuesta acción discriminatoria y la compensación o alivio pretendidos.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) llevará a cabo una investigación del reclamo. Si bien esta investigación es informal, será exhaustiva y les dará a todas las personas involucradas la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. El coordinador de la Sección 1557 conservará los archivos y registros de Aetna Better Health of Maryland que se relacionen con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, el Coordinador de la Sección 1557 seguirá los pasos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros relacionados con quejas y los compartirá solo con aquellos que necesiten tal información.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito en relación con la queja, basada en la consideración de la evidencia, en un plazo de no más de 30

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

1. Descripción general de HealthChoice

días luego de su presentación, incluido un aviso dirigido a quien haya presentado el reclamo en el cual se le informe sobre su derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impiden que una persona recurra a otros recursos legales o administrativos, incluida la presentación de un reclamo de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo de discriminación de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en el sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Dichos reclamos deben presentarse en un plazo de 180 días a partir del supuesto acto de discriminación.

Aetna Better Health of Maryland se encargará de tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con un dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si es necesario para que participen de este proceso de presentación de quejas. Estas medidas pueden incluir, de manera no taxativa, brindar servicios de intérpretes calificados, proporcionar cintas de casete del material para personas con visión escasa, o garantizar una ubicación sin obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 estará a cargo de dichas medidas.

1. Descripción general de HealthChoice

Language Accessibility Statement Interpreter services are available for free.

English

Help is available in your language: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. These services are available for free.

Español/Spanish

Hay ayuda disponible en su idioma: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Estos servicios están disponibles gratis.

አማርኛ/Amharic

እገዛ በ ቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: **1-800-385-4104 (TTY: 711)** ። እነዚህ አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

العربية /Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-385-4104** (رقم الهاتف النصي: 711).

Bàsɔ̀w`-wùdù-po-nyɔ̀ /Bassa

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ [Bàsɔ̀w`-wùdù-po-nyɔ̀] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò d̀ò po-poɔ̀ bɛ̀ in m̀ gbo kpáa. ɔ́á **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

中文/Chinese

用您的语言为您提供帮助：**1-800-385-4104 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的

فارسی //Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌گردد، با شماره **1-800-385-4104 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français/French

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Ces services sont disponibles pour gratuitement.

ગુજરાતી/Gujarati

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

Gen èd ki disponib nan lang ou: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Sèvis sa yo disponib gratis.

1. Descripción general de HealthChoice

Igbo

Enyemaka di na asusu gi: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Ọrụ ndị a di na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

한국어/Korean

사용하시는 언어로 지원해드립니다: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. 무료로 제공 됩니다

Português/Portuguese

A ajuda está disponível em seu idioma: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Estes serviços são oferecidos de graça.

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Ang mga serbisyong ito ay libre.

اردو/Urdu

کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو، ہیں بولتے اردو آپ اگر: خبردار
1-800-385-4104 (TTY: 711). کر

Tiếng Việt/Vietnamese

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

Yorùbá/Yoruba

Ìrànṣẹ́ wà ní àrọ̀wọ̀tó ní èdè rẹ: **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Awon ise yi wa fun o free.

1. Descripción general de HealthChoice

Accesibilidad de idiomas

Servicios de interpretación y ayudas auxiliares

Se encuentran disponibles servicios de intérpretes gratuitos para todos los miembros de HealthChoice, independientemente de su lengua materna. Los servicios de interpretación también brindan asistencia a personas sordas, con problemas auditivos o del habla.

Para solicitar un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la organización de atención administrada (MCO). Las personas sordas o que tengan dificultades auditivas o del habla pueden usar el Servicio de retransmisión de Maryland (711). Las MCO deben proporcionar ayudas auxiliares sin ningún costo para usted cuando se solicite. Las ayudas auxiliares incluyen dispositivos para la audición, material escrito y equipos o dispositivos modificados.

Si necesita servicios de interpretación para una cita con un proveedor, Aetna Better Health of Maryland lo ayudará poniendo a disposición de los proveedores el servicio de interpretación telefónica sin costo para facilitar las interacciones de los miembros. Lo mejor es notificarles antes de la cita con 48 horas de anticipación para garantizar que haya suficiente tiempo para programar el servicio de interpretación y evitar una demora en nuestros servicios de atención médica. En algunos casos, la MCO podrá facilitarle servicios de interpretación para citas con su proveedor. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.

1. Descripción general de HealthChoice

Índice

1. Descripción general de HealthChoice	10
A. Qué es Medicaid.....	10
B. Qué es HealthChoice	10
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid.....	11
D. Inscripción en HealthChoice/MCO	12
E. Proceso de inscripción en HealthChoice	13
F. Elegibilidad/Cancelación de la inscripción en HealthChoice	13
G. Actualización de estado e información personal	14
2. Información importante	15
A. Información de contacto de HealthChoice y de los programas estatales.....	15
B. Información de contacto del departamento de salud local.....	16
3. Derechos y responsabilidades	18
A. Como miembro de HealthChoice, tiene derecho a lo siguiente:	18
B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:	19
C. Declaración de no discriminación	19
D. Aviso sobre prácticas de privacidad	21
4. Beneficios y servicios	22
A. Beneficios de HealthChoice	22
B. Servicios con autorremisión	30
C. Beneficios que no ofrecen las MCO, pero sí el estado	33
D. Servicios adicionales que ofrecen las MCO y NO el estado	35
E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por la MCO ni el estado.....	35
F. Cambio de beneficios y de ubicaciones de servicios.....	36
5. Información sobre proveedores	38

1. Descripción general de HealthChoice

A. Características de un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y una atención especializada.....	38
B. Seleccionar o cambiar proveedores.....	38
C. Finalización de la participación de un proveedor.....	39
6. Conozca más sobre la atención médica.....	40
A. Programar o cancelar una cita.....	40
B. Remisión a un especialista o atención médica especializada.....	40
C. Atención fuera de horario, atención de urgencia y atención en la sala de emergencias.....	41
D. Cobertura fuera del área de servicio.....	42
E. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids/detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).....	43
F. Atención de bienestar para adultos.....	44
G. Administración de casos.....	46
H. Atención para la mujer durante el embarazo y un año después del parto.....	46
I. Planificación familiar (anticonceptivos).....	47
J. Atención dental.....	47
K. Atención de la vista.....	48
L. Educación sobre salud/extensión.....	48
M. Servicios de salud conductual.....	49
7. Servicios especiales.....	50
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales.....	50
B. Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM).....	54
8. Administración de uso.....	56
A. Necesidad médica.....	56
B. Autorización previa/anticipada.....	56
C. Aviso de continuidad de la atención.....	57
D. Coordinación de beneficios: qué debe hacer si tiene otro seguro.....	60
E. Servicios fuera de la red.....	60

1. Descripción general de HealthChoice

F. Lista de medicamentos preferidos	60
G. Tecnologías nuevas y telesalud	61
9. Facturación	62
A. Explicación de beneficios.....	62
B. Qué debe hacer si recibe una factura	62
10. Reclamos, quejas y apelaciones.....	63
A. Determinación adversa de beneficios, reclamos y quejas	63
B. Apelaciones	64
C. Cómo presentar un reclamo, una queja o una apelación	65
D. Proceso de reclamo/apelación estatal.....	66
E. Resoluciones de apelaciones revertidas.....	67
F. Cómo hacer sugerencias para los cambios en las políticas y los procedimientos.....	67
11. Cambios de MCO	69
A. Normas de los 90 días	69
B. Una vez cada 12 meses.....	69
C. Cuando hay un motivo aprobado para cambiar de MCO	69
D. Cómo cambiar su MCO	70
12. Informar sobre fraude, uso indebido y abuso	71
A. Tipos de fraude, uso indebido y abuso	71
B. Cómo denunciar casos de fraude, uso indebido y abuso	71
13. Anexo A – Contactos de la MCO	73
14. Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad	75
15. Anexo C – Servicios adicionales que ofrece la MCO.....	80
16. Anexo D – Programa prenatal/posparto	84
17. Anexo E – Programa educativo sobre salud.....	85
18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO	88
19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland.....	95
20. Anexo H – Instrucciones anticipadas	99

1. Descripción general de HealthChoice

1. Descripción general de HealthChoice

A. Qué es Medicaid

Medicaid, también conocido como Medical Assistance, es un programa de seguros de salud (cobertura de gastos en los que se incurre por servicios de salud) administrado por cada estado, junto con el gobierno federal. El Programa Médico para Niños de Maryland (MCHP), una rama de Medicaid, proporciona seguro médico a los niños de hasta 19 años de edad. Medicaid ofrece cobertura para los siguientes tipos de personas:

- Familias de bajos ingresos.
- Miembros embarazadas de bajos ingresos.
- Niños de ingresos bajos: es posible que las familias de ingresos más altos deban pagar una prima (tarifa mensual).
- Adultos de bajos ingresos.
- Personas con discapacidades de bajos ingresos.

B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el Programa de Atención Administrada de Medicaid de Maryland. El programa HealthChoice proporciona atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una organización de atención administrada (MCO). Los miembros pueden elegir su MCO (también conocido como un plan) y su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un auxiliar médico o un profesional en enfermería. El PCP supervisará y coordinará su atención médica. Algunos beneficiarios de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Recibirán sus beneficios de atención médica a través del sistema de pago por servicio de Medicaid.

Las MCO son organizaciones de atención médica que proporcionan beneficios de atención médica a los beneficiarios de Medicaid en Maryland. Entre los beneficios generales de atención médica, se incluyen los siguientes (consulte las páginas 22 a 28 para obtener una lista completa de los beneficios de HealthChoice):

- Servicios médicos: servicios que presta una persona autorizada para brindar atención médica a pacientes internados/pacientes externos.
- Servicios hospitalarios: servicios que prestan centros autorizados para brindar beneficios a pacientes internados/pacientes externos.
- Servicios de farmacia: servicios para brindar medicamentos con receta y suministros médicos.

Las MCO tienen contratos con un grupo de profesionales de atención médica

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

1. Descripción general de HealthChoice

certificados/con licencia (proveedores) para proporcionar servicios cubiertos a sus inscritos, lo que se conoce como red. Las MCO son responsables de proporcionar o coordinar la variedad completa de servicios de atención médica cubiertos por el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que su MCO no tiene la obligación de cubrir pero que el estado cubrirá.

Los beneficios de HealthChoice se limitan a los residentes de Maryland y, en general, a los servicios prestados en el estado de Maryland. Los beneficios no son transferibles a otros estados. En algunos casos, la MCO le permite obtener los servicios en un estado cercano si el proveedor está más cerca y dentro de la red de la MCO.

C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para mantener HealthChoice, debe tener Medicaid. La mayoría de las personas deben volver a solicitar los beneficios una vez por año. Recibirá un aviso cuando sea momento de renovarlos. Es posible que el estado automáticamente renueve a algunas personas. Recibirá un aviso en donde se le indicará qué necesita. Si pierde Medicaid, el estado automáticamente lo quitará de HealthChoice. Existen varias maneras de renovar Medicaid:

- **Maryland Health Connection**

- Personas elegibles para solicitar/renovar los beneficios a través de Maryland Health Connection:

- Adultos menores de 65 años;
- Padres/familiares cuidadores;
- Mujeres embarazadas; y
- Niños y niñas que estaban en custodia adoptiva.

- En línea: **www.marylandhealthconnection.gov**

- Por teléfono: **1-855-642-8572** (TTY: **1-855-642-8573**)

- **myDHR**

- Personas elegibles para solicitar/renovar los beneficios a través de myDHR:

- Personas en edad avanzada, ciegas o con discapacidades (ABD);
- Niños que actualmente están en custodia adoptiva o en procesos de justicia juvenil;
- Quienes reciben ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI); y
- Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) o beneficiarios de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB).

- En línea: **<https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>**

- **Departamento de Servicios Sociales (DSS) o departamentos de salud locales (LHD)**

- Todas las personas pueden presentar la solicitud.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

1. Descripción general de HealthChoice

- Para comunicarse con el DSS, llame al **1-800-332-6347**.
- Para comunicarse con un LHD, consulte la página 13.

D. Inscripción en HealthChoice/una MCO

Si recibe este Manual para miembros de MCO, se ha inscrito correctamente en HealthChoice. El estado le envió un paquete de inscripción en el que se explica cómo seleccionar una MCO. Si no eligió una MCO, el estado automáticamente le asignará una MCO en su área. Deben pasar entre 10 y 15 días después de que eligió o se le asignó automáticamente hasta que esté inscrito en HealthChoice. Hasta entonces, puede usar la tarjeta blanca y roja de Medicaid del estado.

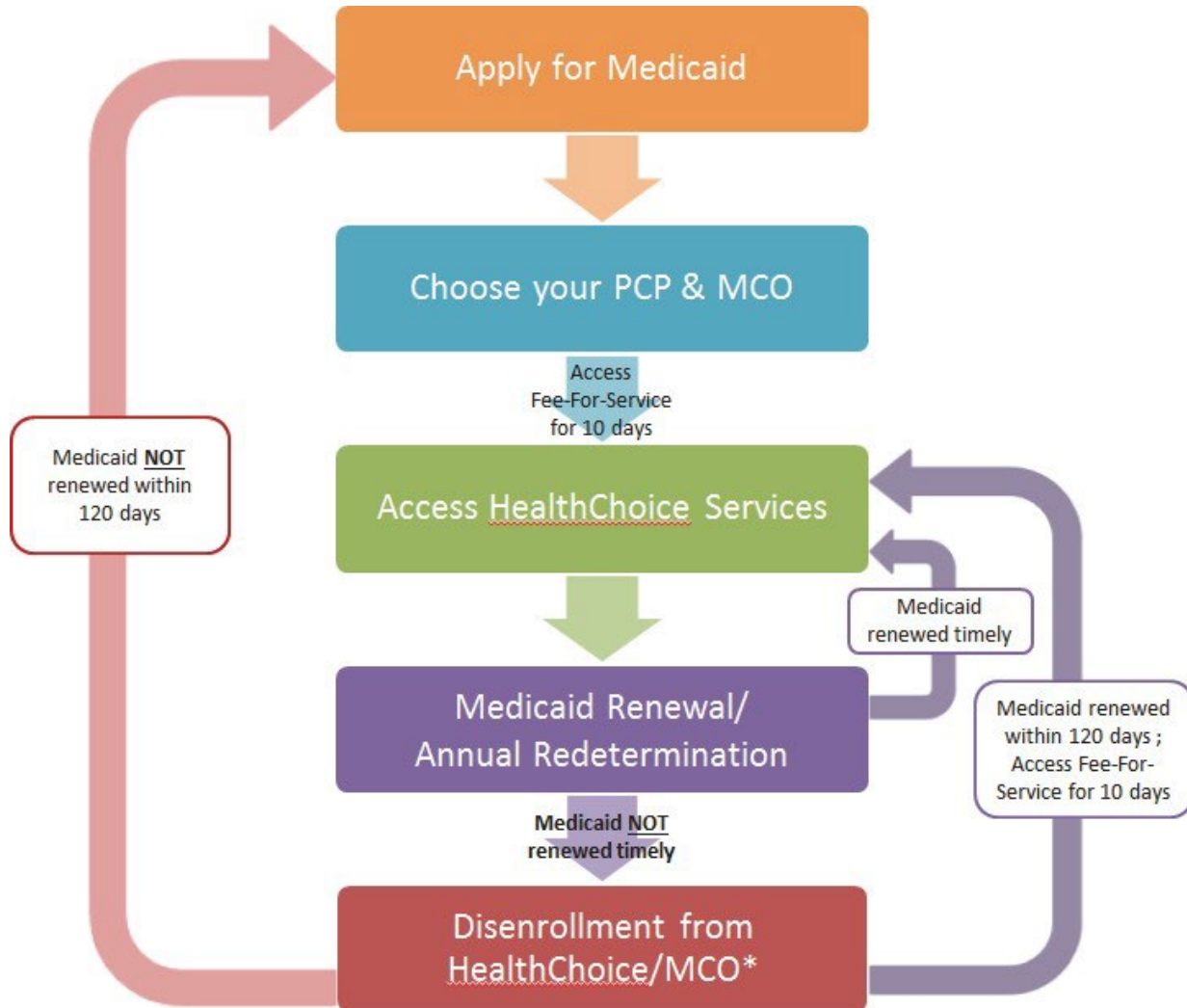
Debe usar la tarjeta de identificación de la MCO cuando reciba los servicios. Si la MCO le asignó un número diferente, su identificación de Medicaid también será su tarjeta de identificación de miembro de la MCO. El número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros de la MCO y de la línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) se encuentran en su tarjeta. Si tiene alguna pregunta, siempre llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO primero. Si no recibió su identificación de miembro de la MCO o si la identificación se entregó a otra persona, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO (consulte el Anexo A).

La comunicación es clave para garantizar que se cubran sus necesidades de atención médica. Ayude a la MCO a brindarle un mejor servicio. Si se inscribió por teléfono o en línea, se le pidió que completara el formulario de información sobre las necesidades de servicios de salud. Esta información ayuda a la MCO a determinar qué tipos de servicios puede necesitar y con qué rapidez los necesita. Si el formulario no está completo, intentaremos comunicarnos con usted para conocer sus necesidades.

La MCO lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita. Si mantuvo su PCP, pero han transcurrido tres meses desde la última cita, llame para consultar cuándo le corresponde la consulta de bienestar. Si eligió un nuevo PCP, concierte una cita ahora. Es importante que conozca a su PCP. El PCP lo ayudará a coordinar los servicios y la atención. La MCO lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita.

1. Descripción general de HealthChoice

E. Proceso de inscripción en HealthChoice



* El estado cancelará su inscripción en HealthChoice y en su MCO si NO se renueva Medicaid a tiempo.

F. Elegibilidad/cancelación de la inscripción en HealthChoice

Permanecerá inscrito en el programa HealthChoice y en la MCO, a menos que no realice la renovación o ya no sea elegible para Medicaid. Si se cancela su Medicaid, el estado automáticamente cancelará su inscripción en la MCO.

Incluso si reúne los requisitos para Medicaid, existen otras situaciones que harán que el estado cancele la cobertura de su MCO. Esto se produce en las siguientes situaciones:

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

1. Descripción general de HealthChoice

- Cumple 65 años, independientemente de si se inscribe en Medicare.
- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad.
- Está en un centro de atención de enfermería por más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en el centro de atención de enfermería.
- Reúne los requisitos para recibir atención a largo plazo.
- Ingresa en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.
- Es encarcelado (un juez lo condenó a la cárcel o prisión).
- Se muda a otro estado.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero recupera la cobertura en un plazo de 120 días, el estado lo volverá a inscribir en la misma MCO. No obstante, deberán transcurrir 10 días para que la reinscripción en la MCO entre en vigencia. Hasta entonces, puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid si el proveedor la acepta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su seguro; de lo contrario, usted será responsable de la factura. También recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas a cargo del gobierno estatal. No son como el programa federal Medicare para personas mayores y discapacitadas. HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la MCO o la MCO coordina su atención. Incluso cuando una compañía de seguros nacional opere una MCO de Maryland, esta solo deberá cubrir los servicios de emergencia cuando se encuentre fuera del estado.

G. Actualización de estado e información personal

Debe notificar al estado (donde solicitó Medicaid, por ejemplo, Maryland Health Connection, Departamento local de Servicios Sociales o myDHR, Departamento de salud local) respecto de cualquier cambio en su estado o si es necesario hacer correcciones. También debe mantener a su MCO al tanto de dónde vive y cómo comunicarse con usted. Notifique al estado si ocurre algo de lo siguiente:

- Su dirección postal cambia. **Si su dirección postal es diferente a su domicilio, también necesitamos saber dónde vive.**
- Se muda. **Recuerde que debe ser residente de Maryland.**
- Necesita cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número del Seguro Social.
- Sus ingresos aumentan.
- Se casa o divorcia.
- Tiene un bebé, adopta un hijo o coloca a un hijo en adopción o cuidado adoptivo.
- Suma o pierde una persona dependiente a efectos de impuestos.
- Obtiene o pierde otro seguro de salud.
- Su estado de discapacidad cambia.
- Se ve involucrado en un accidente o sufre una lesión y otro seguro o persona podrían ser responsables.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

2. Información importante

2. Información importante

A. Información de contacto de HealthChoice y los programas estatales

Información de ayuda	Número de teléfono	Sitio web
Inscripción en HealthChoice	855-642-8572 TDD (para las personas con problemas auditivos) 1-800-977-7389	https://marylandhealthconnection.gov/
Preguntas generales sobre HealthChoice	410-767-5800 (local) 1-800-492-5231 (resto del estado) TDD (para las personas con problemas auditivos) 1-800-735-2258	https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx
Línea de ayuda de HealthChoice para problemas y reclamos sobre el acceso, el proceso de inscripción y la calidad de la atención.	1-800-284-4510	
Miembros embarazadas y planificación familiar	1-800-456-8900	https://mmcp.dhmf.maryland.gov/chp/pages/Home.aspx
Healthy Kids, EPSDT	410-767-1903	https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx
Programa dental Healthy Smiles	1-855-934-9812	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx

2. Información importante

Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM) para preguntas sobre remisiones, elegibilidad, quejas y servicios.	1-800-565-8190	https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx
Trastornos de salud mental y por abuso de sustancias- para remisiones, información sobre proveedores, quejas y autorización previa.	1-800-888-1965	https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx
Centro de asistencia a consumidores de Maryland Health Connection	1-855-642-8572 TDD (para las personas con problemas auditivos) 1-855-642-8573	www.marylandhealthconnection.gov

B. Información de contacto del departamento de salud local

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU) Número de teléfono	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	www.alleganyhealthdept.com
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	www.aahealth.org
Ciudad de Baltimore	410-396-4398	410-396-7633	410-640-5000	http://health.baltimorecity.gov/
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-4381	www.baltimorecountymd.gov/agencies/health
Calvert	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400 ext. 360	www.calverthealth.org

2. Información importante

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU) Número de teléfono	Sitio web
Caroline	410-479-8000	410-479-8014	410-479-8189	http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty
Carroll	410-876-2152	410-876-4813	410-876-4941	http://cchd.maryland.gov
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130	www.cecilcountyhealth.org
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760	www.charlescountyhealth.org
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-228-8167	www.dorchesterhealth.org
Frederick	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124	http://health.frederickcountymd.gov
Garrett	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771	http://garretthealth.org
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	http://harfordcountyhealth.com
Howard	410-313-6300	1-877-312-6571	410-313-7323	www.howardcountymd.gov/Departments/Health
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	http://kenthd.org
Montgomery	311 o 240-777-0311	240-777-5899	240-777-1635	www.montgomerycountymd.gov/hhs
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services
Queens Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	www.qahealth.org
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	www.smchd.org
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758	http://somersehealth.org
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	http://talbothealth.org
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229	http://dhmh.maryland.gov/washhealth
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142 Opción n.º 1	410-543-6942	www.wicomicohealth.org
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	www.worcesterhealth.org

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

3. Derechos y responsabilidades

3. Derechos y responsabilidades

A. Como miembro de HealthChoice, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención y servicios médicos culturalmente competentes y sin discriminación.
- Ser tratado con respeto en cuanto a su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluida información sobre opciones y alternativas de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, y de manera que usted pueda comprender.
- Participar de las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Libertad de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan, según lo permita la ley.
- Solicitar copias de todos los documentos, registros y otra información que se haya usado en una determinación adversa de beneficios de manera gratuita.
- Ejercer sus derechos y a que el ejercicio de esos derechos no afecte de manera adversa la forma en que lo traten las organizaciones de atención administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland.
- Presentar apelaciones y quejas ante una Organización de atención administrada.
- Presentar apelaciones, quejas y audiencias imparciales del estado ante el estado.
- Solicitar que los beneficios actuales continúen durante una apelación o audiencia imparcial del estado. No obstante, es posible que deba pagar la continuación de los beneficios si se mantiene la decisión en la apelación o audiencia. Recibir una segunda opinión por parte de otro médico dentro de la misma MCO, o de un proveedor fuera de la red si el proveedor no está disponible dentro de la MCO, en caso de que no esté de acuerdo con la opinión de su médico respecto de los servicios que necesita. En tal caso, comuníquese con su MCO para solicitar ayuda.
- Recibir otra información sobre cómo su Organización de atención administrada se maneja, incluida la estructura y operación de la MCO, así como los planes de incentivos de médicos. Puede solicitar esta información llamando a su organización de cuidado administrado.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre la Política de responsabilidad y derechos de los miembros de la organización.

3. Derechos y responsabilidades

B. Como miembro de HealthChoice, tiene las siguientes responsabilidades:

- **Informar a su proveedor y la MCO sobre si tiene otra cobertura de seguro de salud.**
- Tratar al personal de HealthChoice, al personal de la MCO, y al personal y a los proveedores de atención médica con respeto y dignidad.
- Llegar a las citas a horario y avisar a los proveedores tan pronto sea posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar la tarjeta de membresía cuando se presente a cada cita. Nunca permita que otra persona use su tarjeta de MCO o Medicaid. Denuncie la pérdida o el robo de sus tarjetas de identificación ante la MCO.
- Llamar a su MCO si tiene un problema o un reclamo.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de atención en el que estén de acuerdo.
- Preguntar sobre su atención y comunicar a su proveedor si hay algo que no comprende.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con su proveedor para crear objetivos de tratamiento mutuamente acordados que usted seguirá.
- Actualizar cualquier cambio en su situación ante el estado.
- Proporcionar a la MCO y a sus proveedores información médica precisa, a fin de brindar la atención adecuada.
- Utilizar el departamento de emergencias solo para emergencias.
- Avisarle a su PCP lo antes posible luego de recibir atención de emergencia.
- Comunicar a sus cuidadores sobre cualquier cambio en sus instrucciones anticipadas.

C. Declaración de no discriminación

Es política de todas las MCO de HealthChoice no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Las MCO han adoptado procedimientos internos de quejas que brindan una solución rápida y equitativa a los reclamos relacionados con cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (Sección 18116 del Título 42 del Código federal de los Estados Unidos [USC]) y sus reglamentaciones de implementación en la Parte 92 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), emitido por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentaciones de implementación pueden examinarse en la oficina del coordinador antidiscriminación de cada MCO, que haya sido designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO, a fin de cumplir con la Sección 1557.

3. Derechos y responsabilidades

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja según lo dispone este procedimiento. Es contra la ley que una MCO tome represalias en contra de cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 en el plazo de 60 días luego de la fecha en que la persona que presente la queja haya tomado conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que lo presente. El reclamo debe describir el problema o la supuesta acción discriminatoria y la compensación o alivio pretendidos.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) llevará a cabo una investigación del reclamo. Si bien esta investigación es informal, será exhaustiva y les dará a todas las personas involucradas la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. Los Coordinadores de la Sección 1557 conservarán los archivos y registros que estén relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, los Coordinadores de la Sección 1557 seguirán los pasos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros relacionados con quejas y los compartirán solo con aquellos que necesiten tal información.
- Los Coordinadores de la Sección 1557 emitirán una decisión por escrito en relación con la queja, basada en la consideración de la evidencia, en un plazo de no más de 30 días luego de su presentación, incluido un aviso dirigido a quien haya presentado el reclamo en el cual se le informe sobre su derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impiden que una persona busque otras soluciones administrativas o legales, incluida la presentación de un reclamo por discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo de discriminación de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, línea gratuita: 800-368-1019, TDD: 800-537-7697.

Los formularios de reclamos están disponibles en el sitio web:

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

3. Derechos y responsabilidades

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Dichos reclamos deben presentarse en un plazo de 180 días a partir del supuesto acto de discriminación.

Las MCO se encargarán de tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con un dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si es necesario para que participen en este proceso de presentación de quejas. Estas medidas pueden incluir, de manera no taxativa, brindar servicios de intérpretes calificados, proporcionar cintas de casete del material para personas con visión escasa, o garantizar una ubicación sin obstáculos para los procedimientos. Los Coordinadores de la Sección 1557 estarán a cargo de dichas medidas.

D. Aviso sobre prácticas de privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) requiere que las MCO y los proveedores comuniquen sus prácticas de privacidad a sus miembros. El Aviso sobre prácticas de privacidad informa a los miembros sobre sus derechos a la privacidad, así como sobre el acceso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). Algunos ejemplos de PHI incluyen registros médicos, reclamaciones/facturaciones médicas y registros de planes de salud. Si considera que sus derechos de privacidad han sido vulnerados, puede presentar un reclamo ante su proveedor, MCO o el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

Para presentar un reclamo, consulte la información de contacto a continuación:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor.
- MCO: llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.
- U.S. Department of Health and Human Services
 - En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
 - Correo electrónico: OCRCComplaint@hhs.gov
 - Por escrito a la siguiente dirección:
Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Consulte el Anexo B para conocer el Aviso sobre prácticas de privacidad de la MCO.

4. Beneficios y servicios

1. Beneficios y servicios

A. Beneficios de HealthChoice

En la siguiente tabla se detallan los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise la tabla detenidamente, ya que algunos beneficios tienen límites; es posible que deba tener cierta edad o determinado tipo de problema. Salvo por los copagos de farmacia (tarifa que el miembro paga por un servicio de atención médica), nunca se le debe cobrar ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adapten mejor a sus necesidades de atención médica. Recibirá la mayor parte de estos beneficios de proveedores que participan de la red de la MCO (proveedores participantes) o es posible que necesite una remisión para acceder a ellos. Hay ciertos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no participan con su MCO (proveedores no participantes) y que no requieren una remisión. Estos servicios se conocen como servicios con autorremisión.

Las MCO pueden no aplicar los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes de la vista más frecuentes (consulte el Anexo C).

Estos se conocen como beneficios opcionales y pueden cambiar cada año. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIRLO	LO QUE <u>NO</u> OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Servicios de atención primaria	Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para cubrir sus necesidades de salud generales y que suele proporcionar su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, un enfermero de prácticas avanzadas o un auxiliar médico.	Todos los miembros	

4. Beneficios y servicios

<p>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de forma temprana y periódica (EPSDT) para niños</p>	<p>Controles periódicos de bienestar infantil, inmunizaciones (vacunas), exámenes de desarrollo y consejos sobre bienestar. Estos servicios proporcionan lo que sea necesario para cuidar de niños enfermos y mantener la salud de los niños sanos.</p>	<p>Menores de 21 años</p>	
<p>Servicios relacionados con el embarazo</p>	<p>La atención médica durante y después del embarazo, incluyendo la hospitalización, apoyo de una doula y, cuando sea necesario, visitas al hogar después del parto.</p>	<p>Miembros que están embarazadas y un año después del parto.</p>	
<p>Planificación familiar</p>	<p>Consultas a la oficina de planificación familiar, análisis de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluidos los preservativos de látex y los anticonceptivos de emergencia en una farmacia sin receta del médico) y esterilizaciones permanentes.</p>	<p>Todos los miembros</p>	
<p>Servicios primarios de salud mental</p>	<p>Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental brindados por su PCP u otro proveedor dentro de la MCO. Si necesita algo más que servicios básicos de salud mental, el PCP lo remitirá al Sistema público de salud conductual o bien usted puede llamar a este servicio al 1-800-888-1965 para consultar sobre los servicios especializados de salud mental.</p>	<p>Todos los miembros</p>	<p>No obtendrá servicios especializados de salud mental de una MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo remitirá al Sistema de salud conductual público o usted puede llamar al:</p>

4. Beneficios y servicios

			1-800-888-1965.
Servicios dentales	El programa dental Healthy Smiles de Maryland cubre una amplia gama de servicios dentales, como controles periódicos, limpieza dental, tratamientos con flúor, radiografías, empastes, tratamientos de conducto, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, reemplazar una identificación de miembro o un manual, o para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Healthy Smiles de Maryland al 1-855-934-9812.	Todos los miembros	
Cobertura de medicamento con receta (servicios de farmacia)	La cobertura de medicamentos con receta incluye medicamentos con receta (medicamentos entregados únicamente con una receta de una persona autorizada a dar recetas), insulina, agujas y jeringas, pastillas y dispositivos anticonceptivos, aspirina recubierta entérica para la artritis, píldoras de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin una orden del médico.	Todos los miembros No hay copagos para niños menores de 21 años, miembros embarazadas, miembros de comunidades de indios estadounidenses, personas en un centro de atención de enfermería u hospicio, o para métodos anticonceptivos.	

4. Beneficios y servicios

<p>Beneficio de medicamentos de venta libre</p>	<p>Cada miembro puede pedir \$25 por mes en ciertos medicamentos de venta libre (OTC) y productos comestibles seleccionados de un catálogo. Los productos se pueden pedir mensualmente en línea o por teléfono. Los productos se enviarán directamente al hogar del miembro por correo.</p>	<p>Todos los miembros</p>	
<p>Servicios especializados</p>	<p>Servicios de atención médica que prestan médicos especializados, enfermeros de prácticas avanzadas o auxiliares médicos. Es posible que necesite una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista.</p>	<p>Todos los miembros</p>	
<p>Servicios de laboratorio y diagnóstico</p>	<p>Análisis de laboratorio y radiografías que ayudan a descubrir la causa de una enfermedad.</p>	<p>Todos los miembros</p>	
<p>Atención médica a domicilio</p>	<p>Servicios de atención médica recibidos en el hogar, que incluyen atención de enfermería y un auxiliar de atención médica a domicilio.</p>	<p>Personas que necesitan atención de enfermería especializada (atención que brinda un enfermero certificado o que se brinda bajo su supervisión) en su hogar, generalmente tras una hospitalización.</p>	<p>Sin servicios de atención personal (ayuda con la vida diaria)</p>

4. Beneficios y servicios

<p>Administración de casos</p>	<p>Se le podría asignar un administrador de casos para que le ayude a planificar y recibir los servicios de atención médica. El administrador de casos también lleva un registro de qué servicios se necesitan y cuáles se proporcionaron. Debe comunicarse con el administrador de casos para recibir una administración de casos efectiva.</p>	<p>(1) Niños con necesidades de atención médica especiales; (2) Miembros embarazadas y posparto; (3) Personas con VIH/SIDA; (4) Personas sin hogar; (5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo; (6) Niños bajo tutela del estado. Administración de casos proporcionada por una MCO para otros miembros según sea necesario.</p>	
<p>Atención de la diabetes</p>	<p>Servicios especiales, equipos y suministros médicos para miembros con diabetes.</p>	<p>Miembros con diagnóstico de diabetes.</p>	

4. Beneficios y servicios

Programa de prevención de diabetes	Un programa para prevenir la diabetes en miembros que están en situación de riesgo.	Miembros de 18 a 64 años que tienen sobrepeso y un nivel elevado de glucosa en sangre o antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si se le ha diagnosticado diabetes previamente o si está embarazada.
Podiatría	Atención de los pies cuando sea médicamente necesario.	Todos los miembros	Atención de los pies de rutina, a menos que sea menor de 21 años de edad o padezca diabetes o una enfermedad vascular que afecte sus extremidades inferiores
Atención de la vista	<p>Exámenes de la vista</p> <p><u>Menores de 21 años:</u> un examen por año.</p> <p><u>21 años y mayores:</u> un examen cada dos años.</p> <p>Anteojos</p> <p>Solo menores de 21 años. Lentes de contacto si hay una razón médica por la que no funcionarán los anteojos.</p>	<p>Exámenes: todos los miembros.</p> <p>Anteojos y lentes de contacto: miembros menores de 21 años.</p>	Más de un par de anteojos por año, a menos que se los pierda, se los roben, se rompan o se necesite una nueva receta.
Oxígeno y equipos respiratorios	Tratamiento para tratar problemas de respiración	Todos los miembros	
Atención hospitalaria para pacientes internados	Servicios y atención recibidos para la admisión programada y no programada de hospitalizaciones para pacientes internados.	Todos los miembros con autorización o por emergencia.	

4. Beneficios y servicios

Atención hospitalaria para pacientes externos	Servicios y atención recibida en un centro hospitalario para pacientes externos que no necesitan admisión para pacientes internados en el hospital. Los servicios pueden incluir servicios de diagnóstico y laboratorio, consultas con el médico y procedimientos autorizados para pacientes externos.	Todos los miembros	Las MCO no están obligadas a cubrir los servicios de observación del hospital una vez pasadas las 24 horas.
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida de audición	Todos los miembros	Los miembros mayores de 21 años deben cumplir determinados criterios para obtener audífonos.
Sangre y derivados de la sangre	Tratamiento para la enfermedad renal	Todos los miembros	
Diálisis	No se requiere autorización previa	Todos los miembros	
Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos descartables (DMS)	Los DME (se pueden usar reiteradamente) son objetos como muletas, andadores y sillas de rueda. Los DMS (no se pueden usar reiteradamente) son equipos y suministros que no tienen uso práctico en ausencia de la enfermedad, lesión, discapacidad o afección médica. Los DMS son artículos como suministros de tiras reactivas, vendajes para heridas y suministros para incontinencia	Todos los miembros	
Trasplantes	Trasplantes médicamente necesarios	Todos los miembros	Trasplantes no experimentales

4. Beneficios y servicios

Ensayos clínicos	Los costos de los miembros en estudios para probar la efectividad de nuevos tratamientos o medicamentos.	Miembros con afecciones que no suelen ser potencialmente mortales, cuando se los autoriza.	
Cirugía plástica y reconstructiva	Cirugía para corregir una deformidad ocasionada por una enfermedad, un traumatismo, anomalías congénitas o de desarrollo o para recuperar funciones corporales.	Todos los miembros.	Cirugía estética para que se vea mejor.

4. Beneficios y servicios

B. Servicios de autorremisión

Usted deberá acudir a su PCP para la mayor parte de su atención médica, o su PCP lo enviará a un especialista que trabaje con la misma MCO. Para algunos tipos de servicios puede elegir un proveedor local que no participe con su MCO. La MCO pagará, de todas formas, al proveedor no participante por los servicios si este lo atiende como paciente y acepta el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera se denominan “servicios con autorremisión”. La MCO también pagará por los trabajos de laboratorio y medicamentos relacionados que reciba en el mismo lugar donde realiza la consulta de autorremisión. Los siguientes servicios son servicios con autorremisión.

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazo, en ciertas condiciones, y centros de maternidad
- Control del bebé recién nacido por parte del médico
- Centros de salud escolares
- Evaluación para la colocación en custodia adoptiva
- Determinados especialistas para niños
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/SIDA
- Diálisis renal
- Prueba de laboratorio para detectar infección por COVID-19

Servicios de emergencia

Una emergencia es considerada como una afección médica que es repentina, grave y pone en riesgo su salud si no se recibe atención inmediata. No es necesaria una autorización previa o una remisión de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica brindados en un centro hospitalario de emergencias como resultado de una afección médica de emergencia. Luego de que se lo trate o establezca por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que la afección médica de emergencia no vuelva.

Estos se denominan servicios de posestabilización. Aetna Better Health of Maryland proporciona la cobertura y el pago de servicios de atención de posestabilización y emergencia.

Servicios de planificación familiar (anticonceptivos)

Si decide hacerlo, puede acudir a un proveedor que no sea parte de su MCO para servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y consultas

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

4. Beneficios y servicios

médicamente necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio con autorremisión. Si quiere una esterilización voluntaria, necesitará autorización previa de su PCP y debe usar un proveedor participante de la red de la MCO.

Servicios relacionados con el embarazo

Si estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había consultado a un proveedor no participante para al menos un control prenatal completo, puede elegir seguir consultando a ese proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y un año después de que nazca el bebé para un seguimiento, siempre y cuando el proveedor no participante esté de acuerdo.

El apoyo de una doula está disponible para visitas prenatales, para atenderla durante el trabajo de parto y el parto y para visitas posparto. También tiene acceso a servicios de visitas al hogar. Los servicios de visitas al hogar ofrecen apoyo a mujeres embarazadas durante su embarazo y el nacimiento, como también apoyo para padres y niños durante el periodo posparto, y hasta los dos o tres años de edad. Estos servicios también incluyen visitas prenatales y para bebés al hogar. El apoyo grupal con Centering Pregnancy también está disponible para proporcionar educación y apoyo junto a las miembros que van a dar a luz más o menos en la misma fecha que usted.

Centros de maternidad

Servicios prestados en un centro de maternidad, que incluye un centro fuera del estado, ubicado en un estado contiguo (un estado que limita con Maryland).

Primer control del bebé antes de abandonar el hospital

Es mejor elegir el proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de la MCO que eligió u otro proveedor en la red de la MCO no atiende a su bebé recién nacido para hacerle un control antes de que el bebé esté listo para abandonar el hospital, la MCO pagará para que el proveedor de guardia haga el control en el hospital.

Servicios en centros de salud escolares

Para niños inscritos en escuelas que tengan un centro de salud hay una cantidad de servicios que pueden recibir del centro de salud escolar. Aun así, su hijo se asignará a un PCP. Los servicios incluyen lo siguiente:

- Las consultas y el tratamiento para enfermedades físicas agudas o urgentes, incluidos los medicamentos necesarios
- Seguimiento de consultas de EPSDT cuando sea necesario
- Servicios de planificación familiar con autorremisión

4. Beneficios y servicios

Control para niños que ingresan a la custodia estatal

Se exige que los niños que ingresan al sistema de custodia adoptiva o adopción consanguínea se sometan a un control en un plazo de 30 días. El padre adoptivo puede elegir un proveedor conveniente a quien autorremitirse para esta consulta.

Ciertos proveedores para niños con necesidades de atención médica especiales

Los niños con necesidades de atención médica especiales podrán autorremitirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedor no participante) bajo ciertas condiciones. La autorremisión para niños con necesidades especiales está destinada a garantizar la continuidad de la atención y la disponibilidad de planes de atención adecuados. La autorremisión para niños con necesidades de atención médica especiales dependerá de si la afección que justifica dichas necesidades especiales se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se podrá acceder a los servicios médicos fuera de la red, relacionados directamente con la afección médica de un niño con necesidades especiales, solo si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- Nuevo miembro: un niño que, en el momento de la inscripción inicial, recibía estos servicios como parte de un plan de atención actual puede seguir recibiendo estos servicios especializados siempre que el proveedor no participante preexistente presente el plan de atención para su revisión y aprobación en un plazo de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción del niño. Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- Miembro establecido: un niño que, ya está inscrito en una MCO cuando se le diagnostica una necesidad de atención médica especial que requiere un plan de atención con servicios específicos, puede solicitar un proveedor no participante específico. La MCO debe conceder el pedido, a menos que la MCO tenga un proveedor local participante especializado con la misma formación y experiencia profesional que esté razonablemente disponible y proporcione los mismos servicios.

Servicio de diagnóstico y evaluación (DES)

Si padece VIH/SIDA, puede recibir una consulta anual del servicio de diagnóstico y evaluación (DES). El DES consistirá en una evaluación médica y psicosocial. Debe elegir el proveedor de DES de una lista aprobada de centros, pero el proveedor no tiene que participar en la MCO. El MCO es responsable de asistirlo con este servicio. El estado, y no su MCO, pagará los análisis de sangre relacionados con el VIH/SIDA.

Diálisis renal

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

4. Beneficios y servicios

Si tiene una enfermedad renal que requiere que se limpie su sangre con regularidad, entonces puede seleccionar su proveedor de diálisis renal. Tendrá la opción de elegir entre un proveedor de diálisis renal que participe en su MCO o un proveedor que no participe en su MCO. Las personas que necesitan este servicio pueden ser elegibles para el Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM).

Si la MCO deniega, reduce o finaliza los servicios, puede presentar una apelación.

C. Beneficios que no ofrecen las MCO, pero sí el estado

Los beneficios en la siguiente tabla no están cubiertos por las MCO. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del estado usando su tarjeta roja y blanca de Medicaid o de atención dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**).

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios dentales	Se ofrece servicio dental general incluido tratamiento regular y de emergencia. El programa dental Healthy Smiles de Maryland administrado por SKYGEN USA proporciona los servicios dentales. Si es elegible para el programa de servicios dentales, recibirá información y una tarjeta dental de SKYGEN USA. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al programa dental Healthy Smiles de Maryland al 1-855-934-9812 .
Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y audiología para menores de 21 años	El estado paga por estos servicios si son médicamente necesarios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la línea directa del estado al 1-800-492-5231 . Los participantes menores de 21 años son elegibles para recibir un reemplazo de audífonos cada 5 años, a menos que el Departamento apruebe un reemplazo más frecuente.
Dispositivos generadores de voz	Equipos que ayudan a las personas con deficiencia en el habla a comunicarse.
Salud conductual	El Sistema público de salud conductual proporciona servicios para el trastorno por abuso de sustancias y servicios especializados de salud mental. Puede comunicarse con ellos al 1-800-888-1965 .

4. Beneficios y servicios

Centro de atención intermedia (ICF) - Servicios para el retraso mental (MR)	Es un tratamiento en un centro de atención para gente que tiene una discapacidad intelectual y necesita este nivel de atención.
Servicios de atención personal especializada	Es una ayuda especializada con actividades para la vida diaria.
Servicios médicos de atención diurna	Esto ayuda a mejorar las competencias para la vida diaria en un centro certificado por el estado o por el departamento de salud local, que incluye servicios médicos y sociales.
Centro de atención de enfermería y servicios de atención a largo plazo	La MCO no cubre la atención en un hogar de convalecencia, en un hospital de rehabilitación crónica ni en un hospital para enfermedades crónicas después de los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras está en un centro de atención de enfermería, no se lo reinscribirá en la MCO. Si esto ocurre, necesitará solicitar Medicaid bajo reglas de cobertura de atención a largo plazo. Si todavía cumple con los requisitos del estado después de que se cancela su inscripción de la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días, el estado será responsable.
VIH/SIDA	El estado cubre ciertos servicios de diagnóstico para el VIH/SIDA (pruebas de carga viral, de resistencia genotípica, fenotípica y otras pruebas de resistencia del VIH/SIDA).
Servicios de aborto	Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos está cubierto por el estado solo si: <ul style="list-style-type: none"> • La paciente tendrá problemas de salud físicos o mentales graves, o podría morir si da a luz; • La paciente está embarazada producto de una violación o incesto y denunció el crimen; o • El bebé tendrá problemas graves de salud. Las miembros elegibles para HealthChoice no son elegibles para los servicios de aborto solo porque estén embarazadas.
Servicios de transporte	Transporte médico de emergencia: Servicios médicos durante el transporte de un miembro a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al 911. Este servicio es brindado por las compañías locales de bomberos. Si tiene una afección médica de emergencia, llame al 911. Transporte médico que no es de emergencia: no se exige que

4. Beneficios y servicios

	<p>las MCO proporcionen transporte para consultas médicas que no son de emergencia. La excepción tiene lugar cuando se lo envía a un condado lejano para recibir un tratamiento que podría recibir en un condado más cercano. Determinadas MCO pueden proporcionar algunos servicios de transporte como vales para autobús, servicios de camionetas y taxis para asistir a citas médicas. Llame a su MCO para averiguar si brindan algún servicio de transporte.</p> <p>Los departamentos de salud locales (LHD) proporcionan transporte médico que no sea de emergencia a personas calificadas. Los transportes brindados son solo para servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través de LHD está destinado a personas que no tienen otros medios para llegar a sus citas. Si elige una MCO que no se ofrece en su área de servicio, tanto el LHD como la MCO no están obligados a brindar servicios de transporte médico que no sea de emergencia. Para obtener asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.</p>
--	---

D. Servicios adicionales que ofrecen las MCO y NO el estado

Al comienzo de cada año, las MCO deben confirmar al estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también son llamados beneficios opcionales. Esto significa que la MCO no está obligada a brindar esos servicios y que el estado no los cubre. Si en algún momento hay un cambio en los servicios adicionales de la MCO, se le notificará por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia o deja de ofrecer servicios adicionales, esta no es una razón aprobada para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar en cada MCO. La MCO puede o no brindar transporte para obtener servicios opcionales. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones de su MCO, consulte el Anexo C o llame al Departamento de Servicios para Miembros de MCO.

E. Beneficios y servicios excluidos que no están cubiertos por la MCO ni el estado

A continuación se detallan los beneficios y servicios que las MCO y el estado no tienen obligación de cubrir (servicios excluidos). El estado exige que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Vea el Anexo C o llame al Departamento de Servicios para Miembros de MCO para conocer los beneficios y servicios adicionales.

4. Beneficios y servicios

Beneficios y servicios que **NO** están cubiertos:

- Servicios de ortodoncia para personas de 21 años y mayores o niños que no tengan problemas graves que les impidan hablar o comer.
- Medicamentos sin receta. (Excepto aspirina recubierta para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años).
- Cuidado de los pies de rutina para adultos de 21 años y mayores que no tengan diabetes ni problemas vasculares.
- Zapatos especiales (ortopédicos) y soportes para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Vacunas para viajes fuera de la parte continental de los Estados Unidos o atención médica fuera de los Estados Unidos.
- Programas de dieta y ejercicio para ayudarlo a perder peso.
- Cirugía estética para que se vea mejor, pero que no necesita por razones médicas.
- Servicios de tratamiento de fertilidad, incluidos los servicios para revertir la esterilización voluntaria.
- Habitación privada de hospital para personas sin una razón médica, como por ejemplo, una enfermedad contagiosa.
- Atención de enfermería privada para personas de 21 años o más.
- Autopsias.
- Todo lo que sea experimental, a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado.
- Todo aquello que no sea una necesidad médica para usted.

F. Cambio de beneficios y ubicaciones de servicio

Cambio de beneficios

Podrá haber ocasiones en las que los beneficios y los servicios de HealthChoice se denieguen, reduzcan o finalicen porque no son o han dejado de ser médicamente necesarios. Esto se denomina "determinación adversa de beneficios". Si esta situación ocurre, usted recibirá una carta en el correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, se le dará la oportunidad de presentar un reclamo.

Pérdida de beneficios

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad de Medicaid. No presentar la documentación necesaria de redeterminación de Medicaid o no cumplir con los criterios de elegibilidad de Medicaid son causas para cancelar la inscripción de HealthChoice. Si deja de ser elegible para Medicaid, el estado cancelará su inscripción en la MCO y perderá sus beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad en un plazo de 120 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma MCO.

4. Beneficios y servicios

Cambio de ubicaciones de atención médica

Cuando haya un cambio en una ubicación de algún proveedor de atención médica, se le notificará por escrito. Si el proveedor es un PCP, y el cambio de ubicación queda muy lejos de su hogar, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO para cambiar a un PCP en su área.

5. Información sobre proveedores

5. Información sobre proveedores

A. Características de un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista y una atención especializada

Su PCP es el principal coordinador de su atención y lo asiste para administrar sus necesidades y servicios de atención médica. Visite a su PCP para controles de rutina, asesoramiento médico, vacunas y remisiones para especialistas cuando sea necesario. Un PCP puede ser un médico, un profesional en enfermería o un auxiliar médico y, por lo general, trabaja en el campo de la medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría.

Cuando necesite un servicio que su PCP no brinde, usted será remitido a un especialista. Un especialista es un médico, un profesional en enfermería o un auxiliar médico que tiene formación adicional para enfocarse en brindar servicios en un área específica de atención. La atención que recibe de un especialista se llama atención especializada. Para recibir atención especializada, es posible que deba obtener una remisión de su PCP. Hay ciertos servicios de atención especializada que no requieren una remisión y se conocen como servicios con autorremisión. Las mujeres miembros, si su PCP no es una especialista de salud de la mujer, tienen el derecho a consultar a una especialista en salud de la mujer dentro de su red de MCO sin remisión.

No se penalizará a sus proveedores por aconsejar ni por actuar como defensores en su nombre.

B. Elegir o cambiar proveedores

Cuando se inscribe por primera vez en una MCO, debe seleccionar un PCP que sea parte de la red de la MCO. Si no tiene un PCP o necesita ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Si no elige un PCP, la MCO elegirá uno por usted. Si no está satisfecho con su PCP, puede cambiar su PCP en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Ellos lo asistirán para cambiar su PCP y le informarán cuándo puede comenzar a consultar a su nuevo PCP.

Si hay otros miembros de su familia que son miembros de HealthChoice, ellos también necesitarán elegir un PCP. Los miembros de HealthChoice que sean de una misma familia pueden elegir el mismo PCP o cada miembro puede elegir un PCP distinto. Se recomienda que los miembros de HealthChoice menores de 21 años de edad seleccionen un proveedor de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Los proveedores de EPSDT están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. El Departamento de Servicios

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

5. Información sobre proveedores

para Miembros de la MCO podrá informarle qué proveedores están certificados en EPSDT.

Para ver una lista de los proveedores participantes dentro de una MCO, hay directorios de proveedores disponibles en el sitio web de las MCO. Si desea que le enviemos una copia en papel del directorio de proveedores, contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.

C. Finalización de la participación de un proveedor

Puede haber ocasiones en las que un PCP o proveedor ya no esté contratado o no trabaje más con una MCO. Se le notificará por escrito y/o recibirá una llamada telefónica desde la MCO.

- Si la MCO cancela su PCP, se le pedirá que elija un nuevo PCP y se le dará la oportunidad para cambiar de MCO si ese PCP participa con una MCO diferente.
- Si su PCP finaliza el contrato con su MCO, se le pedirá que elija un nuevo PCP dentro de su MCO.
- Si no elige un nuevo PCP, su MCO actual elegirá un PCP por usted. Luego de que se elija un PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de MCO en el correo con la información de PCP actualizada.

6. Conozca más sobre la atención médica

6. Conozca más sobre la atención médica

A. Programar o cancelar una cita

Para programar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. El nombre y el número de su PCP figuran en la parte delantera de la tarjeta de identificación que la MCO le proporcionó. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO y le brindarán el nombre y número de su PCP o de otros proveedores. Para asegurarse de que el personal del consultorio de su proveedor tenga los registros listos y que haya disponibilidad en la agenda del proveedor, concierte una cita antes de acudir al consultorio. Cuando concierte una cita:

- Informe al personal quién es;
- Informe al personal el motivo por el que llama; e
- Informe al personal si considera que necesita atención inmediata.

Brindar esta información puede ayudar a determinar qué tan rápido necesita que lo vean.

El día de la cita, llegue a horario. Llegar a horario le permite al proveedor dedicarle más tiempo y evita largas esperas. Para todas las citas, tenga a mano lo siguiente:

- Su tarjeta de Medicaid
- Su tarjeta de identificación de MCO
- Una identificación con fotografía

Para cancelar una cita con su PCP u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor apenas sepa que no puede acudir a la cita. Cancelar citas permite que los proveedores vean a otros pacientes. Reprogre su cita tan pronto como pueda para estar al día respecto de sus necesidades de atención médica.



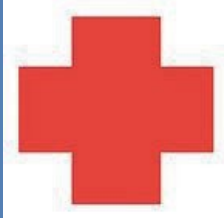
B. Remisión a un especialista o atención médica especializada

Su PCP está a cargo de coordinar su atención. Si su PCP considera que necesita atención especializada, lo remitirá a un especialista. Según su MCO, es posible que necesite una remisión de su PCP antes de concertar una cita con un especialista. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO para conocer los requisitos de las remisiones.

6. Conozca más sobre la atención médica

C. Atención fuera de horario, atención de urgencia y atención en la sala de emergencias

Sepa a dónde acudir: es importante que elija el lugar correcto en el momento adecuado para sus necesidades médicas. A continuación, se encuentra una lista que lo ayudará a elegir el lugar correcto, según sus necesidades médicas.

		
Consultorio del médico	Centro de atención de urgencia	Sala de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> ● Controles ● Pruebas de detección ● Si algo le genera inquietud ● Tos/resfrío ● Fiebre ● Dolor persistente ● Pérdida de peso inexplicable 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad/lesión leve ● Gripe/fiebre ● Vómitos/diarrea ● Dolores de garganta, dolores de oído o infección ocular ● Esguinces/torceduras ● Posibles fracturas de huesos ● Lesiones deportivas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de la consciencia ● Dificultad para respirar ● Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda ● Dolor/presión en el pecho ● Sangrado grave ● Intoxicación ● Quemaduras graves ● Convulsiones ● Fracturas de huesos graves ● Agresión sexual

Atención fuera del horario de atención

Si necesita atención que no sea de emergencia después del horario de atención habitual, llame al consultorio de su PCP o a la Línea de enfermería las 24 horas de la MCO. Ambos números figuran en la tarjeta de identificación de la MCO. Su médico o el servicio de respuesta podrán responder sus preguntas, brindarle instrucciones y coordinar los servicios necesarios. La línea de asesoramiento de enfermería está siempre disponible para responder sus preguntas. Lo ayudarán a escoger el lugar correcto para que reciba la mejor atención y no se le facture sin necesidad. Un profesional de enfermería puede ayudarlo a decidir si puede esperar para consultar a un médico o si necesita atención de

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

6. Conozca más sobre la atención médica

urgencia o asistencia en una sala de emergencias (ER).

Atención de urgencia

Si tiene una enfermedad o lesión que podría convertirse en una emergencia en el plazo de 48 horas si no se la trata, acuda a un Centro de atención de urgencia. Procure ir a un Centro de atención de urgencia dentro de la red. No se requiere autorización previa, pero asegúrese de que participe de la MCO o es posible que reciba una factura por los servicios. Si no está seguro si debe acudir a un Centro de atención de urgencia, llame a su PCP o a la Línea de enfermería las 24 horas de la MCO. Ambos números figuran en su tarjeta de la MCO.

Atención en la sala de emergencias

Una afección médica de emergencia es aquella que requiere atención médica inmediata para evitar el deterioro o disfunción graves de la salud. Si padece una afección médica de emergencia y necesita atención en la sala de emergencias (servicios prestados por un centro hospitalario de emergencia), llame al 911 o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Podrá autorremitirse a cualquier departamento de emergencia; no se requiere autorización previa.

Si no está seguro si debe acudir al departamento de emergencia, llame a su PCP o a la Línea de enfermería las 24 horas de la MCO. Luego de que lo traten por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que dicha afección no reaparezca. Estos se denominan servicios de posestabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si usted necesita estos servicios. Si desea información adicional sobre cómo se toma esta decisión, comuníquese con su MCO.

Si su PCP y la MCO no están al tanto de su consulta por atención en la sala de emergencias, llámelos cuanto antes después de haber recibido los servicios de emergencia para que puedan programar cualquier atención de seguimiento que pueda necesitar.

D. Cobertura fuera del área de servicio

No todas las MCO funcionan en todas las áreas del estado. Si necesita atención médica que no es de emergencia mientras está fuera del área de servicio de las MCO, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO. Ambos números figuran en su tarjeta de la MCO. Si se muda y su residencia nueva está en un condado diferente de Maryland, en el que su MCO no ofrece servicios, puede cambiar de MCO llamando al área de inscripciones de HealthChoice (**1-800-977-7388**). Si decide seguir con su MCO, es posible que deba gestionar su propio traslado hacia el consultorio de un proveedor dentro de la red en otro condado.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

6. Conozca más sobre la atención médica

HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la MCO o su atención ha sido coordinada por la MCO. Recuerde que cuando viaja fuera del estado de Maryland, la MCO solo deberá cubrir los servicios de emergencia y posestabilización.

E. Atención de bienestar para niños: Healthy Kids/detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Es importante que los bebés, niños y adolescentes de hasta 21 años de edad reciban los controles regulares. El programa Healthy Kids/EPSDT ayuda a identificar, tratar y evitar problemas de salud antes de que se tornen complejos y costosos. EPSDT es un beneficio integral que cubre servicios médicos, dentales, de la vista y auditivos médicamente necesarios. La MCO cubrirá muchos de los servicios de EPSDT, pero algunos servicios, como los dentales, de salud conductual y terapias, se cubrirán a través del pago por servicio de Medicaid (consulte la página 32).

Healthy Kids es el componente preventivo del bienestar infantil del EPSDT. El estado certificará a los PCP de su hijo para garantizar que conozcan los requisitos de Healthy Kids/EPSDT, estén preparados para realizar los exámenes de detección requeridos y cuenten con las vacunas obligatorias para que su hijo reciba las inmunizaciones en los momentos oportunos. Le recomendamos que seleccione un PCP para su hijo certificado por EPSDT. Si elige un proveedor no certificado por EPSDT, la MCO se lo comunicará. Puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de la MCO si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para cambiar el PCP de su hijo.

La tabla que figura a continuación detalla las edades en que los niños necesitan las visitas de bienestar. Si el PCP de su hijo recomienda más visitas, también estarán cubiertas. Durante las visitas de bienestar de su hijo, el PCP examinará su salud y todos los aspectos de su desarrollo. También realizará exámenes de detección para identificar problemas. Algunos exámenes de detección de problemas de salud se realizan a través de análisis de sangre, mientras que otros se llevan a cabo a través de preguntas. Es posible que se requieran exámenes de detección adicionales, según la edad y el riesgo. El PCP también ofrecerá consejos y le dirá qué esperar. Asegúrese de asistir a las citas para los exámenes de bienestar infantil. No se olvide de las inmunizaciones y asegúrese de que se le realice a su hijo un análisis para detectar plomo en la sangre. El plomo en la sangre causa problemas graves, por lo que el análisis es obligatorio en todos los niños, independientemente del riesgo. Esto se aplica incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

6. Conozca más sobre la atención médica

Edad	Examen de bienestar infantil Evaluación del desarrollo Educación de salud	Vacunación infantil (*se recomienda la vacuna contra la gripe todos los años, desde los 6 meses de edad)	Análisis de plomo en sangre (*adicional si es paciente de riesgo)
Nacimiento	X	X	
3 a 5 días	X		
1 mes	X		
2 meses	X	X	
4 meses	X	X	
6 meses	X	X	
9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
15 meses	X	X	
18 meses (1.5 años)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2.5 años)	X		
36 meses (3 años)	X		
4 a 20 años	X (anualmente)	X (edades de 4 a 6; 9 a 12 y 16)	

F. Atención de bienestar para adultos

Las visitas de bienestar con su médico son importantes. Su PCP lo examinará, le proporcionará o recomendará exámenes de detección, según su edad y necesidades, revisará sus antecedentes médicos y medicamentos actuales. Su PCP coordinará los servicios que necesita para mantenerse saludable. Durante su visita, comuníquese a su PCP si hubo algún cambio desde la última visita, si tiene alguna pregunta y cómo le está yendo con su plan de atención. Cuando hable con su PCP, siempre brinde la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental, de modo que pueda recibir la atención que mejor cubra sus necesidades.

6. Conozca más sobre la atención médica

Recomendaciones de atención preventiva para adultos

Servicio	Frecuencia – Población
Chequeo de presión arterial	Anualmente
Colesterol	Cada 5 años, a partir de los 35 años para hombres y de los 45 años para mujeres; a partir de los 20 años si existe un mayor riesgo
Diabetes	Adultos de entre 40 y 70 años con sobrepeso u obesidad
Prueba de detección de cáncer de colon	Entre 50 y 75 años de edad. La frecuencia depende de la prueba utilizada: de heces, de 1 vez por año a cada 3 años; sigmoidoscopia flexible, cada 5 años; colonografía por tomografía computarizada cada 5 años; colonoscopia, cada 10 años.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual	<p>HIV: una vez para todos los adultos sin importar el riesgo; de forma adicional según el riesgo</p> <p>Hepatitis C (HCV): una vez para cualquier persona nacida entre 1945 y 1965; otros según el riesgo</p> <p>Hepatitis B: adultos con mayor riesgo</p> <p>Clamidia/gonorrea: anualmente para miembros de 16 a 24 años con órganos reproductores internos si son sexualmente activos, basado en el riesgo para mayores de 25 años</p> <p>Sífilis: adultos con un riesgo elevado</p>
Vacuna contra la gripe	Anualmente
Vacuna TdaP (tétanos, difteria, tos ferina acelular)	Una vez de adulto (si no la recibió a los 11 o 12 años). Durante el embarazo.
Vacuna Td (tétano)	Cada 10 años; dosis adicionales si se indican por riesgo
Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster)	Una vez para todos los adultos de 60 años y mayores
Vacuna antineumocócica (PPSV23)	Una vez para todas las personas (de 2 a 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, alcoholismo, fumadores u otros factores de riesgo (consulte con su médico para determinar su riesgo).
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)	Cada 2 años entre 50 y 75 años de edad; en función del riesgo entre 40 y 50 años

6. Conozca más sobre la atención médica

Prueba de detección de cáncer de pulmón	Anualmente para adultos de 55 a 80 años, con un historial de haber fumado 30 paquetes por año, que actualmente fumen o que hayan dejado de fumar hace menos de 15 años; evaluación realizada con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT).
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero	Cada 3 años para miembros de 21 a 29 años con órganos reproductores internos, cada 5 años para las mujeres de entre los 30 y los 65 años.
Abuso de sustancias/ uso indebido: alcohol, tabaco, otros	Adultos de 18 años y mayores. Una vez por año o con mayor frecuencia, según el riesgo.

*Todas las recomendaciones dependen del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Excluye las recomendaciones para pacientes a partir de los 65 años de edad, ya que no son elegibles para HealthChoice.

G. Administración de casos

Si en algún momento necesita atención médica crónica o tiene un episodio de atención que afecte su estado de salud, la MCO le asignará un administrador de casos que lo ayudará a coordinar su atención. Los administradores de casos son enfermeros o trabajadores sociales con licencia capacitados para trabajar con sus proveedores, a fin de garantizar que se cubran sus necesidades de atención médica. La comunicación con su administrador de casos es importante para que pueda ayudarlo a desarrollar e implementar un plan de atención centrado en la persona. Es posible que los administradores de casos trabajen con usted por teléfono o le brinden una administración de casos en persona.

H. Atención para miembros durante el embarazo y un año después del parto

Cuando está embarazada o sospecha estarlo, es muy importante que llame a la MCO. La ayudarán a recibir atención prenatal (atención que reciben las miembros durante el embarazo). La atención prenatal consiste en controles regulares con un obstetra o una enfermera partera certificada para controlar su salud y la salud del bebé por nacer.

Si está embarazada, la MCO la ayudará a programar una cita para recibir atención prenatal dentro de los 10 días de su solicitud. Si ya comenzó con la atención prenatal antes de inscribirse en la MCO, puede continuar con el mismo proveedor de atención

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

6. Conozca más sobre la atención médica

prenatal durante el embarazo, el parto y durante un año después del nacimiento de su bebé.

La MCO también la pondrá en contacto con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarla a recibir los servicios, la educación y el apoyo comunitario. Si tiene otros problemas de salud o estuvo embarazada antes y tuvo problemas de salud, la MCO le ofrecerá ayuda adicional.

El estado automáticamente inscribirá al recién nacido en su MCO. Si reunió los requisitos para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará un año después del parto.

Si tiene preguntas, llame a la Línea de ayuda para miembros embarazadas **(1-800-456-8900)** o al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO. Para obtener información adicional, consulte la sección Servicios especiales para miembros embarazadas (7.1) y el Anexo D.

I. Planificación familiar (anticonceptivos)

Los servicios de planificación familiar proporcionan a las personas la información y los medios para evitar embarazos no deseados y mantener la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin una remisión. La MCO pagará a un proveedor no participante por los servicios siempre y cuando el proveedor acepte atenderla y acepte el pago de la MCO. Además, las MCO no pueden cobrar copagos por los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros:

- Anticonceptivos
- Pruebas de embarazo
- Esterilizaciones voluntarias (dentro de la red y con autorización previa)

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO o a la Línea de ayuda estatal **(1-800-456-8900)** para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar y autorremisión.

J. Atención dental

Medicaid de Maryland brindará cobertura de servicios dentales para adultos en el programa dental Healthy Smiles de Maryland. No hay primas, deducibles ni copagos por los servicios cubiertos. No hay una cantidad máxima de beneficios cada año. El miembro nunca debe pagar los servicios cubiertos de su bolsillo. Los servicios del programa dental Healthy Smiles de Maryland incluyen, entre otros, los siguientes:

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

6. Conozca más sobre la atención médica

- Controles periódicos
- Limpieza de dientes
- Tratamientos con flúor
- Radiografías
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Coronas
- Extracciones de dientes
- Anestesia

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Healthy Smiles de Maryland al **1-855-934-9812** si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor dental.

K. Atención de la vista

- Si tiene menos de 21 años, es elegible para lo siguiente:
 - Exámenes de la vista;
 - Anteojos una vez por año; o
 - Lentes de contacto si por razones médicas son preferibles a los anteojos.
- Si tiene 21 años o más, es elegible para lo siguiente:
 - Exámenes de la vista cada dos años.
- Consulte el Anexo C para conocer los beneficios de la vista para adultos adicionales ofrecidos por su MCO.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista.

L. Educación sobre salud/extensión

Tiene acceso a programas de educación de salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación de salud proporcionan información y recursos para ayudarlo a participar en su atención médica. Los programas se ofrecen en diversos formatos y cubren diferentes temas de salud.

Consulte el Anexo E o llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO para saber qué programas de educación de salud están disponibles, cuándo se ofrecen y cómo puede mantenerse informado al respecto.

Las MCO también ofrecen servicios de extensión a los miembros que se haya determinado que pueden tener obstáculos para acceder a su atención médica. El plan de extensión de las MCO apunta a los individuos que son difíciles de alcanzar o que no califican para un plan de atención. Si la MCO no puede comunicarse con usted o usted no ha acudido a las citas, es posible que sea remitido a la Unidad de coordinación de atención administrativa (ACCU) de su departamento de salud local.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

6. Conozca más sobre la atención médica

Las ACCU no están empleadas por las MCO. El estado contrata a las ACCU para que lo ayuden a comprender cómo funcionan los programas Medicaid y HealthChoice. Si la ACCU del departamento de salud de su localidad se comunica con usted, le comunicarán el motivo de la llamada. Si no se pueden comunicar con usted, es posible que vayan a su casa. El objetivo de la ACCU es ayudarlo a mantenerse conectado con la atención y los servicios médicos adecuados.

M. Servicios de salud conductual

Si tiene un problema de salud mental o por abuso de sustancias, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros de su MCO. Su PCP puede tratarlo o puede derivarlo al Sistema de salud conductual público. El Sistema de salud conductual del estado cubre una variedad de servicios de salud conductual. Puede acceder a estos servicios sin una remisión de su PCP llamando al Sistema público de salud conductual (**1-800-888-1965**). Esta línea de ayuda gratuita se encuentra abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para atender su llamada y ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros:

- Administración de casos
- Servicios móviles en casos de emergencias/crisis
- Servicios psiquiátricos para pacientes internados
- Centros de salud mental para pacientes externos
- Centros de tratamiento residenciales

Si el Sistema público de salud conductual considera que usted no necesita un especialista para tratar sus necesidades de salud conductual, se le informará a su PCP (con su permiso) para que pueda recibir cualquier atención de seguimiento que necesite.

7. Servicios especiales

7. Servicios especiales

A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

El estado ha determinado que ciertos grupos necesitan apoyo especial de parte de la MCO. Estos grupos se denominan “poblaciones con necesidades especiales” e incluyen las siguientes personas:

- Miembros embarazadas y miembros que acaban de dar a luz
- Niños con necesidades de atención médica especiales
- Niños bajo tutela del estado
- Adultos o niños con una discapacidad física o del desarrollo
- Adultos y niños con VIH/SIDA.
- Adultos y niños sin hogar

La MCO tiene un proceso para informarle si se encuentra dentro de la población con necesidades especiales. Si tiene alguna pregunta sobre sus necesidades especiales, llame al Departamento de Servicios para miembros de la MCO.

Servicios que recibe toda la población con necesidades especiales

Si usted o un familiar pertenecen a una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, son elegibles para recibir los servicios que se detallan a continuación. Deberá trabajar y comunicarse con la MCO para que pueda ayudarlo a obtener la cantidad y el tipo adecuados de atención:

- **Un administrador de casos:** un administrador de casos será un enfermero, un trabajador social u otro profesional que puede ser asignado a su caso poco después de inscribirse en una MCO. Esta persona los ayudará a usted y a su PCP a desarrollar un plan centrado en el paciente que aborde el tratamiento y los servicios que necesita. El administrador de casos hará lo siguiente:
 - Ayudará a desarrollar el plan de atención.
 - Garantizará que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o según sea necesario.
 - Llevará un seguimiento de los servicios de atención médica.
 - Ayudará a que su equipo de tratamiento trabaje en conjunto.
- **Especialistas:** tener necesidades especiales requiere que consulte a proveedores que tengan más experiencia con respecto a su afección. Su PCP y su administrador de casos trabajarán juntos para asegurarse de remitirlo a los especialistas adecuados. Esto incluye especialistas de suministros y equipos que pueda necesitar.

7. Servicios especiales

- **Seguimiento cuando falta a una consulta:** si su PCP o especialista nota que usted sigue faltando a las citas, nos avisará. Nuestros representantes intentarán comunicarse con usted por correo, por teléfono o a través de una visita a su hogar para recordarle que debe llamar para programar otra cita. Si aun así falta a las citas, es posible que alguien del departamento de salud local cercano lo visite.
- **Coordinador de necesidades especiales:** debe haber un coordinador de necesidades especiales en el personal de las MCO. El coordinador de necesidades especiales le informará sobre su afección y le recomendará lugares en su área en donde puede obtener apoyo por parte de personas que conozcan sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, usted trabajará con la MCO para coordinar todos los servicios mencionados. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. A continuación, se detallan otros servicios especiales específicos a la población con necesidades especiales:

1. Miembros embarazadas y miembros que acaban de dar a luz:

- **Citas:** la MCO la ayudará a programar una cita para recibir atención prenatal dentro de los 10 días de su solicitud.
- **Evaluación de riesgo prenatal:** a las miembros embarazadas se les realizará una evaluación de riesgo prenatal. En su primera visita de atención prenatal, el proveedor completará una evaluación de riesgos. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y con la MCO. La MCO ofrecerá una variedad de servicios para ayudarla a cuidar de su salud y asegurarse de que su bebé nazca sano. El departamento de salud local también puede comunicarse con usted, y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Tendrán información sobre recursos locales.
- **Contacto con un proveedor pediátrico:** la MCO la ayudará a elegir un proveedor de atención pediátrica. Puede ser un pediatra, un médico de familia o un profesional de enfermería.
- **Duración de la hospitalización:** la duración de la hospitalización después del parto es de 48 horas en el caso de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas en el caso de un parto por cesárea sin complicaciones. Si elige ser dada de alta antes, se le ofrecerá una visita al hogar dentro de las 24 horas posteriores al alta. Si debe permanecer en el hospital después del nacimiento del bebé por motivos médicos, puede solicitar que el recién nacido permanezca en el hospital junto con usted; se

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

7. Servicios especiales

cubren hasta cuatro (4) días de hospitalización adicionales para el recién nacido.

- **Seguimiento:** la MCO programará una consulta de seguimiento para el recién nacido dos semanas después de haber recibido el alta si no tuvo una visita domiciliaria o dentro de los 30 días después del alta si recibió una visita domiciliaria.
- **Dental:** tener una salud bucal buena es importante para un embarazo saludable. Todas las beneficiarias de HealthChoice son elegibles para recibir servicios dentales mediante el programa dental del estado Healthy Smiles de Maryland. Llame a Healthy Smiles (**1-855-934-9812**) si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.
- **Servicios para el trastorno por abuso de sustancias:** si solicita tratamiento para un trastorno por abuso de sustancias, se lo remitirá al Sistema público de salud conductual dentro de las 24 horas de su solicitud.
- **Pruebas de VIH y asesoramiento:** a las miembros embarazadas se les ofrecerá una prueba de VIH y recibirán información sobre la infección del VIH y su efecto en el feto.
- **Asesoramiento sobre nutrición:** a las miembros embarazadas se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a comer de manera saludable.
- **Asesoramiento para fumadores:** las miembros embarazadas recibirán información y apoyo con respecto a maneras para dejar de fumar.
- **Citas de evaluación de EPSDT:** las adolescentes embarazadas (hasta 21 años) deberán recibir todos los servicios de evaluación de EPSDT además de la atención prenatal.
- Consulte el Anexo D para conocer los servicios adicionales que la MCO ofrece a las miembros embarazadas.

2. Niños con necesidades de atención médica especiales

- **Trabajo con escuelas:** la MCO trabajará en estrecha relación con las escuelas que brindan programas de educación y servicios para familias a niños con necesidades especiales.
- **Acceso a algunos proveedores no participantes:** los niños con necesidades de atención médica especiales podrán autorremitirse a proveedores fuera de la red de

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

7. Servicios especiales

la MCO bajo ciertas condiciones. La autorremisión para niños con necesidades especiales está destinada a garantizar la continuidad de la atención y la disponibilidad de planes de atención adecuados. La autorremisión para niños con necesidades de atención médica especiales dependerá de si la afección que justifica dichas necesidades especiales se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una MCO. Se podrá acceder fuera de la red a los servicios médicos relacionados directamente con una afección médica de un niño con necesidades especiales si se cumplen ciertas condiciones específicas.

3. Niños bajo tutela del estado

- **Tutela del estado:** custodia adoptiva o adopción consanguínea. La MCO garantizará que los niños bajo tutela del estado (custodia adoptiva o adopción consanguínea) reciban los servicios que necesiten por parte de proveedores, a través de una persona en la MCO responsable de organizar todos los servicios. Si un niño bajo cuidado supervisado del estado se muda fuera del área y necesita otra MCO, el estado y la MCO actual trabajarán juntos para encontrar rápidamente nuevos proveedores cerca del lugar al que el niño se ha mudado, o si lo necesita, el niño puede cambiar a otra MCO.
- **Evaluación por abuso o negligencia:** si se sospecha que un niño fue abusado física, mental o sexualmente, se lo remitirá a un especialista que pueda determinar si ocurrió un abuso. En el caso de un posible abuso sexual, la MCO se asegurará de que el niño sea examinado por alguien que sepa cómo encontrar y preservar evidencia importante.

4. Adultos y niños con discapacidades físicas y del desarrollo

- **Materiales preparados de forma comprensible:** la MCO cuenta con materiales revisados por personas con experiencia en las necesidades de personas con discapacidades. Esto significa que la información será presentada usando los métodos adecuados para que las personas con discapacidades puedan comprender, ya sea por escrito o en audio.
- **Servicios de la DDA:** los miembros que actualmente reciban servicios a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) o bajo la exención de la DDA pueden seguir recibiendo esos servicios.
- **Equipos médicos y tecnología de asistencia:** los proveedores de la MCO cuentan con experiencia y capacitación para trabajar con adultos y niños, a fin de proporcionarles servicios de equipos médicos y tecnología de asistencia.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

7. Servicios especiales

- **Administración de casos:** los administradores de casos tienen experiencia en el trabajo con personas con discapacidades.

5. Adultos y niños con VIH/SIDA

- **Administración de casos de VIH/SIDA:** la MCO cuenta con administradores de casos especiales capacitados para tratar problemas relacionados con el VIH/SIDA y para conectar a las personas con los servicios que necesitan.
- **Consultas de evaluación sobre Servicios de diagnóstico y evaluación (DES) una vez al año:** una consulta anual para los servicios de diagnóstico y evaluación para cada miembro diagnosticado con VIH/SIDA, que la MCO es responsable de facilitar en nombre del miembro.
- **Servicios para el trastorno por abuso de sustancias:** se remitirá a las personas con VIH/SIDA que necesiten tratamiento para un trastorno por abuso de sustancias al Sistema público de salud conductual dentro de las 24 horas de su solicitud.

6. Adultos y niños sin hogar

La MCO intentará identificar a las personas sin hogar y vincularlas con un administrador de casos y con los servicios de atención médica adecuados. Para las MCO puede ser difícil identificar el momento en que los miembros se quedan sin hogar. Si se encuentra en esta situación, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de MCO.

B. Programa de administración de casos inusuales y costosos (REM)

El Programa de administración de casos inusuales y costosos, abreviado REM, es un programa brindado por el estado para niños y adultos que tienen problemas médicos muy costosos y muy poco frecuentes. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid, junto con otros servicios de especialidad requeridos para problemas médicos especiales. Su proveedor de atención primaria (PCP) y la MCO tendrán una lista de diagnósticos REM y le informarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar entrar en el programa REM. La MCO y su PCP sabrán si usted tiene alguno de los diagnósticos que pueden calificar para el programa REM.

Su PCP o MCO le informarán si usted o algunos de sus hijos deben considerar entrar en el programa REM. Será informado por teléfono, correo o con una visita de un administrador de casos de REM. Si no quiere transferirse al programa REM, usted puede permanecer en la MCO. Una vez que un miembro está en el REM, ya no podrá estar inscrito en una MCO. Este cambio sucederá automáticamente.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

7. Servicios especiales

Una vez que esté inscrito en REM, será asignado a un administrador de casos de REM. El administrador de casos de REM trabajará con usted para realizar su transición de atención de la MCO. Lo ayudarán a seleccionar el proveedor adecuado. Si es posible, lo ayudarán a organizar una consulta al mismo PCP y especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y recibía atención médica por parte de una clínica de especialidades u otro centro antes de pasar al REM, podrá elegir seguir recibiendo esos servicios. Llame al programa REM (**1-800-565-8190**) si tiene más preguntas.

8. Administración de uso

8. Administración de uso

A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir beneficios de HealthChoice cuando los necesite como se describe en la sección de beneficios y servicios de este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones o restricciones. **Todos los beneficios/servicios de HealthChoice deben ser médicamente necesarios para que los reciba.**

Para que un beneficio o servicio se considere médicamente necesario, debe cumplir con lo siguiente:

- Estar directamente relacionado con el diagnóstico, el tratamiento preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o de mejora de una enfermedad, lesión, discapacidad o afección de salud;
- Ser consistente con los estándares actuales aceptados de buena práctica médica;
- Ser el servicio más rentable que pueda brindarse sin sacrificar la efectividad o el acceso a la atención;
- No estar destinado principalmente a la conveniencia del miembro, de la familia del miembro o del proveedor.

B. Autorización previa/anticipada

Habrán momentos en que los servicios y medicamentos necesitarán autorización previa (también llamada aprobación previa) antes de que pueda recibir ese servicio o medicamento específico. La autorización previa es el proceso en el que un profesional de la salud calificado revisa y determina si un servicio es médicamente necesario.

Si la autorización previa es aprobada, usted puede recibir el servicio o medicamento. Será notificado por escrito de la decisión dentro de los 14 días calendario o los 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión.

Si la autorización previa es denegada o reducida en cantidad, duración o alcance, entonces ese servicio o medicamento no estará cubierto por el MCO. Será notificado de la decisión por escrito dentro de los 14 días calendario o los 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión. Tendrá el derecho a presentar una apelación por la autorización previa denegada. (Consulte la sección Reclamos, quejas y apelaciones en la página 60).

Puede haber casos en los que se solicite una autorización acelerada para evitar

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

8. Administración de uso

potenciales complicaciones médicas graves. En estas situaciones, la MCO debe tomar su decisión dentro de las 72 horas. Si se solicita una extensión para una autorización acelerada, la MCO tiene hasta 14 días calendario para tomar su decisión.

Consulte el Anexo F para conocer la política actual de las MCO.

C. Aviso de continuidad de la atención

Si está recibiendo tratamiento actualmente y entra en una de las siguientes categorías, entonces usted tiene derechos especiales en Maryland.

- Nuevo en HealthChoice; o
- Proveniente de otra MCO; o
- Proveniente del plan de beneficios médicos de otra compañía.

Si su compañía anterior le daba autorización previa para cirugía o para recibir otros servicios, es posible que usted no necesite recibir nueva aprobación de su MCO actual para proceder con la cirugía o para continuar recibiendo los mismos servicios. Además, si consulta a un médico u otro proveedor de atención médica que es un proveedor participante con su compañía o MCO anterior, y ese proveedor es un proveedor no participante en su plan nuevo, podrá seguir consultando a su proveedor durante un tiempo limitado como si el proveedor fuera un proveedor participante con nosotros. Las reglas de cómo puede calificar para estos derechos especiales se describen a continuación.

Autorización previa para servicios de atención médica

- Si anteriormente estaba cubierto bajo el plan de otra compañía, una autorización previa para los servicios que usted recibió en su plan anterior puede ser usada para cumplir con el requisito de autorización previa para esos servicios si estos estuvieran cubiertos en su nuevo plan con nosotros.
- Para poder utilizar la autorización previa anterior en este nuevo plan, usted necesitará contactarse con el Departamento de Servicios para miembros de su MCO actual para avisarles que usted tiene una autorización previa para los servicios y proporcionarnos una copia de la autorización previa. Su padre, tutor, representante o proveedor de atención médica también pueden contactarnos de su parte por la autorización previa.

Hay un límite de tiempo para que usted pueda contar con esta autorización previa. Para todas las afecciones, excepto el embarazo, el tiempo límite es de 90 días o hasta que el plan de tratamiento esté completo, lo que suceda primero. El límite de 90 días se mide a partir de la fecha en que comienza su cobertura con el nuevo plan. Para embarazos, el límite de tiempo se extiende durante todo el embarazo y llega hasta la primera visita a un profesional médico

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

8. Administración de uso

luego de que el bebé nazca.

- Límite de uso de la autorización previa: Su derecho especial para usar una autorización previa no incluye:
 - Servicios dentales
 - Servicios de salud mental
 - Servicios para el trastorno por abuso de sustancias
 - Beneficios o servicios proporcionados a través del programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland
- Si no tiene una copia de la autorización previa, contáctese con su compañía anterior y solicite una copia. Según lo que estipula la ley de Maryland, su compañía anterior debe proporcionarle una copia de la autorización previa dentro de los 10 días de su solicitud.

Derecho a usar proveedores no participantes

- Si ha estado recibiendo servicios por parte de un proveedor de atención médica que era un proveedor participante con su compañía anterior, y ese proveedor es un proveedor no participante en su plan nuevo con nosotros, podrá seguir consultando a su proveedor como si el proveedor fuera un proveedor participante. Deberá comunicarse con su MCO actual para solicitar el derecho a seguir consultando al proveedor no participante como si fuera un proveedor participante con nosotros. Su padre, madre, tutor, representante o proveedor de atención médica también podrá comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar su derecho a seguir consultando al proveedor no participante.
- Ese derecho aplica solo si está recibiendo tratamiento del proveedor no participante en relación con los servicios cubiertos para una o más de las siguientes afecciones:
 1. Afecciones agudas.
 2. Afecciones crónicas graves.
 3. Embarazo.
 4. Cualquier otra afección que nosotros y el proveedor fuera de la red acordemos.
- Los ejemplos de las afecciones mencionadas arriba incluyen fracturas de hueso, reemplazos de articulaciones, ataques cardíacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.
- Hay un límite de tiempo para que usted pueda continuar viendo al proveedor fuera de la red. Para todas las afecciones, excepto el embarazo, el tiempo límite es de 90 días o hasta que el plan de tratamiento esté completo, lo que suceda primero. El

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

8. Administración de uso

límite de 90 días se cuenta desde la fecha en que comienza su cobertura del nuevo plan. Para el embarazo, el límite de tiempo se extiende durante todo el embarazo y llega hasta la primera visita a un proveedor de atención médica luego de que el bebé nazca.

Ejemplo de cómo funciona el derecho a usar proveedores no participantes:

Se rompe el brazo mientras está cubierto por el plan de salud de la Compañía A y consulta a un proveedor de la red de la Compañía A para arreglar su brazo. Cambió de plan de salud y ahora está cubierto bajo el plan de la Compañía B. Su proveedor es un proveedor no participante con la compañía B. En este momento, usted necesita que le quiten el yeso y desea consultar al proveedor original que se lo colocó.

En este ejemplo, usted o su representante deben contactarse con la Compañía B para que la Compañía B pueda pagar su reclamación como si usted todavía recibiera atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante rechaza la tarifa de pago de la compañía B, el proveedor podrá negarse a proporcionarle los servicios.

- Limitación en el uso de proveedores no participantes: Su derecho especial a usar un proveedor no participante no aplica para los siguientes casos:
 - Servicios dentales.
 - Servicios de salud mental.
 - Servicios para trastornos por abuso de sustancias.
 - Beneficios o servicios otorgados según el programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland.

Derechos de apelación:

- Si su MCO actual le niega su derecho a usar una autorización previa de su compañía anterior o su derecho a continuar viendo a su proveedor que era participante con su compañía anterior, usted puede apelar esta denegación contactándose con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO.
- Si su MCO actual deniega su apelación, podrá presentar un reclamo con el programa de Medicaid de Maryland, llamando a la Línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.
- Si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO o a la Línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.

8. Administración de uso

D. Coordinación de beneficios: qué debe hacer si tiene otro seguro

Debe notificar a la MCO si ha recibido atención médica luego de un accidente o lesión. El estado les exige a las MCO que pidan un reembolso a otras compañías de seguro. Si usted tiene otro seguro médico asegúrese de informarle a la MCO y decírselo a su proveedor. Necesitará el nombre de la otra póliza de seguro, el nombre del titular de la póliza y el número de membresía. El estado realiza un control de compañías de seguro para identificar personas que tengan tanto Medicaid/HealthChoice como otro seguro.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro médico complementario. Su otro seguro médico siempre será su seguro primario, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar a su otro seguro primero. Es probable que su seguro primario pague más que la cantidad permitida de las MCO y, por lo tanto, el proveedor no podrá cobrarle dinero adicional a usted o a la MCO. Hable con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO para saber más sobre sus opciones. Dado que otros seguros probablemente tendrán copagos y deducibles, en la mayoría de los casos, las MCO requerirán que use proveedores participantes.

E. Servicios fuera de la red

Puede haber ocasiones en que necesitará un servicio cubierto que la red de la MCO no puede brindar. Si esto ocurre, podrá recibir este servicio por parte de un proveedor que esté fuera de la red de la MCO (un proveedor no participante). Necesitará autorización previa de su MCO para recibir este servicio fuera de la red. Si su autorización previa es rechazada, usted tiene derecho a presentar una apelación.

F. Lista de medicamentos preferidos

Si necesita medicamentos, su PCP o especialista usará la lista de medicamentos preferidos de las MCO (también llamada formulario) para recetar sus medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos de la que usted y su proveedor puede elegir, que reúne medicamentos seguros, efectivos y económicos. Si quiere saber qué medicamentos están en la lista de medicamentos preferidos de las MCO comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO o ingrese a su sitio web. Hay algunos medicamentos en la lista de medicamentos preferidos y algunos medicamentos que no están en la lista que necesitarán autorización previa antes de que la MCO los cubra. Si la MCO rechaza la autorización previa para el medicamento, usted tendrá el derecho de presentar una apelación.

Puede encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en el sitio web de las MCO o puede solicitar una copia en papel llamando al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

8. Administración de uso

G. Tecnologías nuevas y telesalud

Mientras aparecen nuevas y avanzadas tecnologías de atención médica, las MCO tienen procesos en curso para revisar y determinar si estas innovaciones estarán cubiertas. Cada MCO tiene su propia política sobre la revisión de la nueva tecnología médica, los tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer las políticas y procedimientos de las MCO sobre la revisión de nuevas tecnologías para la atención médica, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de las MCO.

Las MCO deben brindar servicios de telesalud cuando sea médicamente necesario. Los servicios de telesalud usan tecnología de video y audio para mejorar el acceso a la atención médica. Brindar servicios de telesalud puede mejorar:

- La formación y comprensión de un diagnóstico;
- Las recomendaciones de tratamiento; y
- La planificación del tratamiento.

9. Facturación

9. Facturación

A. Explicación de beneficios

Es posible que la MCO le envíe por correo un resumen denominado "Explicación de beneficios" (EOB). La EOB le informará sobre:

- Tipo de servicio
- Fecha de servicio
- Monto facturado
- Monto de la factura que fue pagada

Una EOB no es una factura, pero detallará los servicios que la MCO ha pagado en su nombre. El objetivo de la EOB es resumir qué cargos del proveedor son servicios o beneficios cubiertos. Si cree que hay un error en la EOB, como encontrar un servicio que nunca recibió, contáctese con el Departamento de Servicios para miembros de la MCO. Si está copiado en un aviso que indica que a su proveedor no se le pagó, usted no es responsable por el pago.

B. Qué debe hacer si recibe una factura

- No pague por un servicio que no es su responsabilidad porque es posible que no se le reembolse el dinero. Solo los proveedores pueden recibir el pago de Medicaid o de las MCO. Si recibe una factura médica por un beneficio cubierto:
 - Primero, comuníquese con el proveedor que le envió la factura.
 - Si le dicen que no tenía cobertura en la fecha que recibió la atención o que la MCO no pagó, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.
 - La MCO determinará si ha habido un error o qué necesita hacer para resolver el problema.
 - Si la MCO no resuelve el problema, comuníquese con la Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**).
- Los proveedores deben verificar la elegibilidad. Los proveedores deben facturar a la MCO. (Si el servicio está cubierto por el estado y no por la MCO, el Sistema de verificación de elegibilidad (EVS) les indicará a ellos dónde enviar la factura).
- Con algunas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no tienen permitido facturar a los miembros. Los copagos pequeños de farmacia y los copagos por los servicios opcionales, como anteojos para adultos, son ejemplos de servicios por lo que puede recibir una factura.

10. Reclamos, quejas y apelaciones

10. Reclamos, quejas y apelaciones

A. Determinación adversa de beneficios, reclamos y quejas

Determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios sucede cuando una MCO toma una de las siguientes medidas:

- Rechaza o limita un servicio solicitado según el tipo o nivel del servicio, cumplimiento con la necesidad médica, la adecuación, el lugar y la efectividad;
- Reduce, suspende o finaliza un servicio previamente autorizado;
- Deniega el pago parcial o total de un servicio (una denegación, total o parcial, de un pago por un servicio porque la reclamación no está "clara" no es una determinación adversa de beneficios).
- No toma una decisión de autorización o no proporciona servicios manera oportuna;
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna;
- No permite que los miembros que viven en un área rural con una sola MCO obtengan servicios fuera de la red; o
- Rechaza la solicitud de un miembro para discutir sobre una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.

Una vez que la MCO toma una determinación adversa de beneficios, usted será notificado por escrito al menos 10 días antes de que la determinación adversa de beneficios entre en vigencia. Tendrá el derecho de presentar una apelación y puede solicitar una copia gratis de toda la información que la MCO usó cuando tomó su determinación.

Reclamos

Si no está de acuerdo con la MCO o el proveedor sobre una determinación adversa de beneficios, puede presentar lo que se denomina "reclamo". Los ejemplos de reclamos incluyen reducir o interrumpir un servicio que estaba recibiendo, que se rechace un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos, o que se rechace una autorización previa para un procedimiento.

Quejas

Si su reclamo es sobre algo que no es una determinación adversa de beneficios, esto se llama "queja". Los ejemplos de quejas incluyen la calidad de la atención, no tener permitido el ejercicio de sus derechos, no poder encontrar un médico, tener problemas para conseguir una cita o no ser tratado de manera justa por alguien que trabaje en la MCO o en

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

10. Reclamos, quejas y apelaciones

el consultorio de su médico. Consulte el Anexo F para conocer el procedimiento de reclamo interno de las MCO.

B. Apelaciones

Si su reclamo es sobre un servicio que usted o un proveedor creen que necesita pero que la MCO no cubrirá, puede pedir a la MCO que revise su solicitud nuevamente. Esta solicitud de una revisión se llama "apelación".

Si quiere presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibió la carta en la que se informó que la MCO no cubriría el servicio que quería.

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario en el que le otorgue permiso. Su médico no será penalizado por actuar en nombre de usted. Otras personas también pueden ayudarlo a presentar una apelación, como un familiar o abogado.

Cuando presente una apelación, asegúrese de notificarle a la MCO sobre cualquier información nueva que tenga que pueda ayudarlos a tomar una decisión. Dentro de los cinco días hábiles siguientes, la MCO enviará una carta en la que le avisará que recibieron su apelación. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que crea que ayudará a la MCO a tomar una decisión.

Cuando revisen su apelación, los revisores de la MCO:

- Serán distintos de los profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- No serán subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Tendrán el conocimiento y la experiencia clínicos adecuados para realizar la revisión;
- Revisarán toda la información entregada por el miembro o representante sin importar si esta información fue entregada para la decisión anterior; y
- Tomarán una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario.

El proceso de apelación puede tomar hasta 44 días si pide más tiempo para entregar información o si la MCO necesita obtener información adicional de otras fuentes. La MCO lo llamará y enviará una carta dentro de dos días si necesitan información adicional.

Si su médico o MCO considera que su apelación debe ser revisada rápidamente debido a la gravedad de su afección, usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas.

Si su apelación no necesita ser revisada rápidamente, la MCO intentará llamarlo y enviarle una carta que informe que su apelación será revisada dentro de 30 días.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

10. Reclamos, quejas y apelaciones

Si su apelación es sobre un servicio que ya fue autorizado, el período de tiempo no expiró y lo estaba recibiendo, usted podrá seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de la MCO y solicitar seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Necesitará contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la MCO le envió el aviso de determinación o antes del día previsto de entrada en vigencia de la determinación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

Una vez que la revisión esté completa, usted recibirá una carta que le informará la decisión. Si la MCO decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le indicará cómo pedir una Audiencia imparcial del estado.

Si presenta una queja y:

- Es sobre un problema médico de urgencia que está teniendo, se lo resolverá dentro de las 24 horas.
- Es sobre un problema médico pero no es urgente, se lo resolverá dentro de los 5 días.
- No es sobre un problema médico, se lo resolverá dentro de los 30 días.

Nota: Consulte el Anexo F para conocer la política actual de las MCO.

C. Cómo presentar un reclamo, una queja o una apelación

Para presentar un reclamo o una queja, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de la MCO. Si necesita asistencias auxiliares o servicios de interpretación, infórmese al representante del Departamento de Servicios para Miembros (los miembros con problemas auditivos pueden usar el servicio de retransmisión de Maryland y marcar 711). Los representantes del servicio de atención al cliente de las MCO pueden ayudarlo a presentar un reclamo, una queja o una apelación.

Puede solicitar una apelación verbalmente o por escrito. Puede apelar verbalmente si llama a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de la MCO. Para presentar una apelación por escrito, la MCO puede enviarle un formulario simple que deberá completar, firmar y enviar por correo. La MCO también puede ayudarlo a completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de brindar a la MCO su testimonio y argumentos del hecho antes de la resolución de la apelación.

10. Reclamos, quejas y apelaciones

Consulte el Anexo F para conocer el procedimiento de reclamo interno de las MCO. Si necesita una copia del procedimiento de reclamo interno oficial de las MCO, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.

D. Proceso de reclamo/apelación estatal

Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de HealthChoice

Si tiene una pregunta o un reclamo sobre su atención médica y la MCO no resuelve el asunto a su favor, puede solicitar ayuda al estado. La Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) está disponible de lunes a viernes, entre las 08:00 a. m. y las 05:00 p. m. Cuando llame a la Línea de ayuda, podrá hacer preguntas o explicar su problema a un miembro del personal de la Línea, que hará lo siguiente:

- Responderá sus preguntas;
- Trabajará con la MCO para resolver su problema; o
- Enviará su reclamo a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos, quien puede:
 - Solicitar a la MCO que proporcione información sobre su caso en el plazo de 5 días;
 - Trabajar con su proveedor y la MCO para ayudarlo a obtener lo que necesita.
 - Ayudarlo a recibir más servicios comunitarios, si fuera necesario.
 - Proporcionar asesoramiento sobre el proceso de apelaciones de las MCO y cuándo puede solicitar una audiencia imparcial del estado.

Pídale al estado que revise la decisión de la MCO

Si apeló la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el estado revise su decisión. A esto se lo denomina "apelación".

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de HealthChoice al (**1-800-284-4510**) e informarle al representante que le gustaría apelar la decisión de la MCO. Su solicitud se enviará a un enfermero de la Unidad de resolución de reclamos. La Unidad de resolución de reclamos intentará resolver el problema en el plazo de 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, nos comunicaremos con usted y le brindaremos más opciones.

Cuando la Unidad de resolución de reclamos haya terminado con su apelación, se le notificará sobre los resultados.

- Si el estado considera que la MCO debe proporcionar el servicio solicitado, puede exigir a la MCO que se lo brinde; o

10. Reclamos, quejas y apelaciones

- Si el estado considera que la MCO no tiene la obligación de brindarle el servicio, se le comunicará a usted que el estado concuerda con la MCO.
- Si no está de acuerdo con la decisión del estado, tendrá otra oportunidad de solicitar una audiencia imparcial del estado.

Audiencias imparciales

Para apelar la decisión de la MCO, debe solicitar que el estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de audiencias administrativas en su nombre. La solicitud de una audiencia imparcial del estado debe presentarse en un plazo no mayor a 120 días a partir de la fecha del aviso de resolución de la apelación de las MCO. La Oficina de audiencias administrativas fijará una fecha para la audiencia, según el tipo de decisión que se apela. Si la Oficina de audiencias administrativas decide en su contra, puede apelar ante el Tribunal de circuito.

Servicios continuos durante la audiencia imparcial

En ocasiones, es posible que pueda seguir recibiendo un servicio mientras el estado revisa su audiencia imparcial. Esto puede suceder si su audiencia imparcial es acerca de un servicio que ya estaba autorizado, el plazo de autorización no ha vencido y usted ya estaba recibiendo el servicio. Llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) para obtener más información. Si no gana su audiencia imparcial, es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

E. Resoluciones de apelaciones revertidas

Si el estado revierte una denegación, cancelación, reducción o demora de los servicios que no se prestaron durante el proceso de apelación, la MCO deberá proporcionar los servicios a más tardar 72 horas después de la fecha en la que recibe el aviso de apelación revertida.

Si la MCO revierte una denegación, cancelación, reducción o demora en los servicios que un miembro recibía durante la apelación o la audiencia imparcial, la MCO pagará los servicios recibidos durante el proceso de apelación o audiencia imparcial.

Si necesita apelar un servicio cubierto por el estado, siga las indicaciones proporcionadas en la carta de determinación adversa.

F. Cómo hacer sugerencias para los cambios en las políticas y los procedimientos

Si tiene ideas de cómo mejorar un proceso o desea plantear un tema ante las MCO, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO. A las MCO les interesa tener noticias tuyas y conocer su opinión sobre las formas de mejorar su experiencia en relación

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros

1-866-827-2710 (TTY: 711)

10. Reclamos, quejas y apelaciones

con la atención médica.

Cada MCO debe tener un Consejo asesor de consumidores. El papel del consejo asesor de consumidores es proporcionar los comentarios de los miembros a la MCO. El consejo asesor de consumidores está conformado por miembros, familiares de los miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros que se reúnen durante todo el año de manera regular. Si desea más información sobre el consejo asesor de consumidores, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO.

Es posible que la MCO se comunice con usted respecto de los servicios que recibe. En tal caso, proporcione información precisa, ya que esto ayuda a determinar el acceso y la calidad de atención proporcionada a los miembros de HealthChoice.

11. Cambios de MCO

11. Cambios de MCO

A. Normas de los 90 días

- La primera vez que se inscriba en el **programa HealthChoice**, tendrá la oportunidad de solicitar un cambio de MCO. Deberá hacer esta solicitud dentro de los **primeros 90 días**. Puede realizar este cambio una única vez, incluso cuando usted haya seleccionado la MCO en primer lugar.
- Si está fuera de la MCO durante más de 120 días y el estado lo asignó automáticamente a una MCO, puede solicitar un cambio de MCO. Debe presentar esta solicitud dentro de los **90 días**.

B. Una vez cada 12 meses

Puede cambiar de MCO si ha estado con la mismo MCO durante 12 meses o más.

C. Cuando hay un motivo aprobado para cambiar de MCO

Puede cambiar de MCO e inscribirse en otra MCO cercana por cualquiera de los siguientes motivos, en cualquier momento:

- Si se muda a otro condado donde su MCO actual no ofrece atención.
- Si pierde su vivienda y se entera de que hay otra MCO más cerca de donde vive o del refugio, lo que le facilitaría acudir a las citas.
- Si usted o algún familiar tienen un médico en otra MCO y el miembro adulto desea que todos los miembros de la familia estén juntos en la misma MCO.
- Si tiene en su hogar un niño en custodia adoptiva y usted o un familiar reciben atención por parte de un médico en una MCO diferente de la del niño en custodia adoptiva, el niño puede cambiarse la MCO familiar.
- Si la MCO cancela el contrato con su PCP por motivos diferentes de los detallados a continuación, entonces el estado le notificará al respecto.
 - Su MCO ha sido adquirida por otra MCO;
 - El proveedor y la MCO no pueden ponerse de acuerdo en cuanto a determinados motivos financieros del contrato; o
 - Calidad de la atención.

11. Cambios de MCO

D. Cómo cambiar de MCO

Comuníquese con Maryland Health Connection del estado al **(1-855-642-8572)**. Tenga en cuenta que:

- Las MCO no pueden autorizar cambios. Solo el estado puede cambiar su MCO.
- Si lo internan en un hospital o centro de enfermería es posible que no le permitan cambiar de MCO.
- Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero se la vuelven a aprobar en el plazo de 120 días, quedará automáticamente inscrito en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

12. Informar sobre fraude, uso indebido y abuso

12. Informar sobre fraude, uso indebido y abuso

A. Tipos de fraude, uso indebido y abuso

El fraude a Medicaid es una tergiversación o engaño intencionales realizados por una persona consciente de que esta acción podría dar como resultado algún beneficio no autorizado para sí mismo o terceros. El uso indebido es el uso excesivo o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de generar costos innecesarios al programa de Medicaid. Se deben denunciar de inmediato los casos de fraude, uso indebido y abuso, que pueden darse en todos los niveles del sistema de atención médica. Algunos ejemplos de fraude, uso indebido y abuso incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ejemplos de miembros:
 - Proporcionar información falsa sobre los ingresos o bienes para reunir los requisitos para Medicaid.
 - Vivir en otro estado en forma permanente mientras se reciben los beneficios de Medicaid de Maryland.
 - Prestar su tarjeta de identificación de miembro o usar la tarjeta de identificación de otros miembros para obtener los servicios médicos.
 - Vender o modificar un medicamento con receta.
- Ejemplos de proveedores:
 - Proporcionar servicios que no son médicamente necesarios.
 - Facturar servicios que no se brindaron.
 - Facturar varias veces el mismo servicio.
 - Alterar los registros médicos para cubrir una actividad fraudulenta.

B. Cómo denunciar casos de fraude, uso indebido y abuso

Si sospecha o sabe de un caso de fraude, uso indebido o abuso, denúncielo inmediatamente. Denunciar una situación de fraude, uso indebido y abuso no afectará el modo en que la MCO lo trate. Tiene la opción de presentar la denuncia de manera anónima. Proporcione tanta información como sea posible; esto será de ayuda para quienes investigan la denuncia. Existen muchas maneras en las que puede denunciar fraude, uso indebido y abuso. Consulte las siguientes opciones:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO o escriba una carta a la MCO.
- Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de Maryland:
 - **1-866-770-7175**
 - **http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx**
- Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

12. Informar sobre fraude, uso indebido y abuso

— 1-800-447-8477

— <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

13. Anexo A – Contactos de la MCO

13. Anexo A – Contactos de la MCO

Organización de cuidado administrado - Aetna Better Health of Maryland	
Departamento de Servicios para Miembros	1-866-827-2710
	TTY: 711
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-866-827-2710
	TTY: 711
Línea de servicios lingüísticos – Llame al Departamento de Servicios para Miembros	1-866-827-2710
	TTY: 711
Servicios de farmacia, llame al Departamento de Servicios para Miembros	1-866-827-2710
	TTY: 711
Recetas por correo de CVS (durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	1-855-271-6603
	TTY: 711
Superior Vision (servicios de atención de la vista de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.)	1-800-879-6901
	TTY: 711
Sitio web	AetnaBetterHealth.com/Maryland
Portal para miembros en línea	AetnaBetterHealth.com/Maryland
Coordinador antidiscriminación	Civil Rights Coordinator 4500 East Cotton Center Boulevard Phoenix, AZ 85040 1-888-234-7358, TTY 711

13. Anexo A - Contactos de la MCO

Dirección para reclamos, quejas, apelaciones	Aetna Better Health of Maryland PO Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 Fax: 1-844-312-4257
Dirección de denuncias de fraude o abuso	Aetna Better Health of Maryland Attn: Fraud and Abuse 509 Progress Drive, Suite 117 Linthicum, MD 21090 1-855-877-9735

14 Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

14. Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

Aetna Better Health® of Maryland

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso entra en vigencia en octubre de 2017.

A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”¹

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, le daremos, con su autorización, su información de salud a su nuevo médico.

Con familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

¹A los fines de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una entidad única, cubierta y asociada.

14 Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. También, podemos usar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos analizar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarlo con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitaremos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Información sobre raza/origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, su origen étnico, su idioma, su orientación sexual y su identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Elaborar materiales educativos sobre salud.
- Permitirles a los médicos conocer sus necesidades de idiomas.
- Abordar desigualdades en la atención médica.
- Indicarles los pronombres que usted prefiere a los médicos y al personal que interactúa con los miembros.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Determinar beneficios.
- Pagar reclamaciones.
- Determinar costos y elegibilidad para acceder a los beneficios.
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo.
- Decidir sobre la disponibilidad o el acceso a la atención médica o a los servicios administrativos.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

14 Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el maltrato infantil. Amenazas a la salud pública.
- Investigación: a los investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: compartiremos información con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: a las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: compartiremos información con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: compartiremos información con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización por escrito

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede escribirnos para cancelar en cualquier momento. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

Cuáles son sus derechos

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

14 Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

- Si no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos al número gratuito **1-866-827-2710** para hacer lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: **859-280-1272**

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para obtener la dirección al **1-866-827-2710**. Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

14 Anexo B – Aviso sobre prácticas de privacidad

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: el acceso a su información de salud está “basado en roles”. Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Maryland](https://www.aetna.com/betterhealth/maryland)**.

15 Anexo C – Servicios adicionales que ofrece la MCO

15. Anexo C – Servicios adicionales que ofrece la MCO

Servicios adicionales que ofrece Aetna Better Health of Maryland

BENEFICIO	QUÉ ES	QUIÉN PUEDE RECIBIRLO	LIMITACIONES
Copagos de farmacia	Los copagos de farmacia son de \$3 para medicamentos recetados de marca que no están en el formulario; de \$1 para medicamentos recetados de marca que están en el formulario, para medicamentos genéricos que están en el formulario y para medicamentos recetados genéricos que no están en el formulario; y de \$1 para todos los medicamentos antirretrovirales recetados utilizados para prevenir o tratar el VIH/SIDA.	No hay copagos para niños menores de 21 años, mujeres embarazadas, personas en cuidados de hospicio, miembros de comunidades de indios estadounidenses, anticonceptivos y surtidos de medicamentos de emergencia recetados para 72 horas.	
Atención de la vista para adultos	Examen de la vista todos los años; \$200 para el costo de anteojos con receta o lentes de contacto cada año	Adultos	Límite de \$200 para anteojos o lentes de contacto
Programa de pañales descartables	Suministro mensual de pañales descartables	Miembros recién nacidos hasta los 24 meses	
Teléfono inteligente Android	Teléfono inteligente Android gratuito con minutos libres, datos y mensajes de texto ilimitados	Miembros de 18 años y mayores	

15 Anexo C – Servicios adicionales que ofrece la MCO

Higiene femenina	Suministro de pedido por correo de productos de atención médica, como protectores o tampones	Miembros mujeres de 10 a 55 años	
Programa de embarazos Maternity Matters	Recompensa para canjear \$75 por una primera consulta prenatal durante el primer trimestre, dentro de los 42 días de la inscripción en el plan y con la notificación de embarazo presentada al plan de salud. Gane una tarjeta de regalo de \$10 por una consulta dental. Obtenga recompensas adicionales (hasta \$75) por asistir a las citas prenatales y de posparto.	Miembros embarazadas	
Servicios adicionales de transporte	Transporte gratuito a la farmacia, las citas de elegibilidad para el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC) y las clases prenatales. Doce (12) viajes de ida y vuelta por año para los miembros que asisten a entrevistas de trabajo, capacitación laboral o para aquellos que deben visitar tiendas con el objetivo de comprar ropa para el trabajo, bancos de alimentos o supermercados, servicios de personas mayores y que reciben servicios de salud comunitarios que de otra forma no están cubiertos.	Los miembros	

15 Anexo C – Servicios adicionales que ofrece la MCO

Participación extracurricular	\$60 anuales para actividades en los centros de la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA), Clubes de Niños y Niñas, Boy Scouts (niños exploradores) o Girl Scouts (niñas exploradoras) participantes.	Los miembros	
Limpieza de alfombras	Dos (2) limpiezas anuales para cualquier miembro que sufra de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Los miembros	
Uniformes escolares	Después de completar el examen de salud y las consultas de bienestar, calificará para tres juegos de uniformes que incluyen pantalones, camisas y suéteres.	Miembros inscritos entre el primer y el quinto grado	
Ayuda para combatir la soledad	A través de Pyx Health, los miembros pueden descargar una aplicación que les ayuda a combatir la soledad. Los miembros pueden comunicarse con personas compasivas para tener una charla amistosa u obtener ayuda con los recursos.	Miembros mayores de 18 años	
Programa Ted E Bear MD Kids Club	Los incentivos incluyen el control del peso, la educación para una vida sana y los pagos de tarifas de las actividades deportivas de los programas juveniles locales organizados y los deportes de equipo.	Miembros de 2 a 18 años	
CampusEd	Los miembros pueden obtener su examen de desarrollo de educación general (GED) y aprender	Miembros mayores de 16 años	

15 Anexo C - Servicios adicionales que ofrece la MCO

	nuevas competencias laborales gratuitas para incluir acceso a cursos de preparación, ayuda con la programación del examen y un cupón para pagar el examen.		
Lecciones de natación	\$50 por el costo de las clases de natación. Aetna le proporciona el pago directamente al proveedor.	Los miembros	
MyActiveHealth	Los miembros pueden descargar la aplicación MyActiveHealth o acceder a través del portal en línea. Realizar evaluaciones de salud y obtener recomendaciones de salud. Acceder a recetas, educación sobre salud y otros tipos de ayuda.	Los miembros	

16. Anexo D – Programa prenatal/posparto

16. Anexo D – Programa prenatal/posparto

Aetna Better Health of Maryland les proporcionará nuestro programa Promise a mujeres embarazadas y bebés con necesidades especiales (como el síndrome de abstinencia neonatal [SAN]), el cual les permite acceder a proveedores de planificación familiar en su comunidad, especialistas de salud para la mujer, servicios obstétricos y cuidados perinatales, como los servicios de atención posparto y los proveedores especializados para niños.

Nuestro programa de atención de maternidad tiene como objetivo garantizar la salud de las mujeres durante el embarazo y reducir el riesgo de nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. La ayuda a aprender a cuidarse y a cuidar a su bebé. Obtendrá apoyo y ayuda durante su embarazo. Aetna Better Health identificará a las miembros embarazadas temprano para comenzar con la atención prenatal, identificará los factores de riesgos, como tabaquismo u otras afecciones médicas, y les asignará un administrador de atención. Nuestros administradores de casos les aconsejan a las mujeres embarazadas que son miembros que realicen consultas prenatales y posnatales de manera temprana y regular. Los miembros, proveedores y cuidadores, u otro círculo de apoyo de las embarazadas que son miembros, pueden remitirlas al servicio de administración de la atención; simplemente llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

A los bebés con necesidades especiales se les asignará un administrador de atención, que trabajará con el PCP, los padres y los cuidadores del miembro para mantener su salud en el hogar y, a la vez, evaluar y apoyar a los padres y cuidadores de dichos bebés, que también pueden tener problemas médicos o sociales complejos. Las miembros pueden registrarse en **Text4baby™**, un servicio de mensajería gratuito que le envía consejos de salud y recordatorios durante su embarazo y después de que nazca su bebé.

El programa de embarazo Maternity Matters es un beneficio que puede utilizar antes y después del nacimiento de su bebé.

Se les recomienda a las miembros embarazadas que realicen visitas tempranas y frecuentes, tanto prenatales como de posparto. El programa incluye una recompensa para canjear \$75 por una primera consulta prenatal durante el primer trimestre, dentro de los 42 días de la inscripción en el plan y con la notificación de embarazo presentada al plan de salud. Las mujeres miembros pueden ganar una tarjeta de regalo de \$10 por una consulta dental. Y pueden ganar recompensas adicionales (hasta \$75) por asistir a las citas prenatales y de posparto.

17. Anexo E – Programa educativo sobre salud

17. Anexo E – Programa educativo sobre salud Programa de control de enfermedades

Aetna Better Health trabaja con los miembros para abordar asuntos relacionados con su asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad de las arterias coronarias (EAC), embarazo u otras afecciones según las necesidades del miembro. Las actividades educativas sobre salud de Aetna Better Health se basan en pautas clínicas nacionales e incluyen lo siguiente: evaluaciones de salud física y mental, intervenciones basadas en la evidencia, colaboraciones con proveedores, atención médica a domicilio y entidades externas de administración de casos, materiales educativos y remisiones para recursos adicionales.

Las intervenciones de administración de la afección incluyen la educación impresa o por teléfono sobre el autocontrol, las conductas de salud, las remisiones para pruebas médicas apropiadas y el asesoramiento con técnicas para cumplir mejor con la toma de medicamentos y los planes de tratamiento. Además, como los problemas relativos a la salud conductual y al abuso de sustancias por lo general son concurrentes, se evaluará la presencia de ambos problemas en cada miembro que se identifique con uno de los dos (ya sea por haberlo informado por su cuenta, remisión, evaluación inicial o datos de reclamaciones); de esta manera, se programarán los recursos y servicios apropiados. Estas evaluaciones se basan en las pautas clínicas nacionales para la atención y el autocontrol de enfermedades crónicas específicas, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Asma (módulos pediátricos y para adultos)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
- Diabetes
- Enfermedad coronaria (EC)

Las cartas individualizadas y en concordancia con la cultura de cada miembro se envían cuando se les diagnostica una afección crónica. Estas cartas informan al miembro cómo se convirtieron en elegibles para el programa, incluido cómo usar los servicios y obtener más información, y cómo cancelar su participación si así lo decidieran.

17. Anexo E – Programa educativo sobre salud

Ted E Bear M.D. Club (miembros de 5 a 18 años)

- **Membresía “scout”**

El Club Dr. Ted E. Bear pagará el costo por una membresía anual Scout para miembros de 5 a 18 años. Esto se aplica tanto a los Boy Scouts (niños exploradores) como a las Girl Scouts (niñas exploradoras). Como bonificación, los miembros del club que permanezcan en los Boy Scouts (niños exploradores) reciben la revista *Boys' Life*. Las miembros de las Girl Scouts (niñas exploradoras) pueden recibir *Una guía de niñas de Girl Scouts*, más un libro de *Viajes* o un uniforme básico 6 meses después de haberse unido. **O BIEN**, también pagaremos la membresía anual para una organización juvenil local (valor anual de \$60).

- **Programa de control del peso**

Ofrecemos un programa de control del peso. Los miembros reciben regalos por unirse al programa. Cada miembro trabaja con un administrador de casos para establecer objetivos en función de las necesidades de peso y estatura del niño. Los miembros pueden ganar tarjetas de regalo de \$15 a \$30, a medida que cumplen los objetivos de pérdida de peso.

- **Programas para dejar de fumar**

Ofrecemos un programa para ayudar a los adolescentes a **dejar de fumar**. Esto incluye a los miembros que consumen cigarrillos y tabaco sin humo, usan narguiles y cigarrillos electrónicos, e incluso los que fuman el humo de segunda mano.

Los adolescentes trabajan con un administrador de casos para crear un plan para dejar de fumar. Tirarán todos los productos de tabaco y recibirán una tarjeta de regalo de \$10. Si permanecen sin consumir tabaco durante 30 días, recibirán otra tarjeta de regalo de \$10.

- **Programa del tercer inhalador**

Los niños en edad escolar con asma podrán recibir un tercer inhalador (uno para su hogar, otro para su mochila y otro para la escuela).

Programa de prevención de la diabetes (DPP)

Los miembros de Aetna Better Health of Maryland pueden participar en el Programa de prevención de la diabetes para reducir su riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 si come sano y hace ejercicio.

Supervisión remota de pacientes (RPM)

Los miembros de Aetna Better Health of Maryland con ciertas afecciones crónicas pueden participar en el programa de supervisión remota de pacientes. Los miembros reciben apoyo personalizado de un enfermero que brinda educación sobre enfermedades y ayuda

17. Anexo E – Programa educativo sobre salud

a los miembros a desarrollar competencias de control de enfermedades para mantenerse saludables.

Solicitud de educación sobre salud

Los miembros y proveedores pueden solicitar educación sobre salud en cualquier momento comunicándose con el coordinador de prevención y bienestar a [**WellnessAndPrevention@aetna.com**](mailto:WellnessAndPrevention@aetna.com) o con el coordinador de necesidades especiales a [**AetnaBetterHealthSplNeedsCoord@aetna.com**](mailto:AetnaBetterHealthSplNeedsCoord@aetna.com).

Vacunas antigripales

Las vacunas antigripales están disponibles de manera gratuita cada año durante la época de gripe, desde septiembre hasta mayo. Las vacunas antigripales son para personas de 6 meses de edad o más. Se recomienda que las personas con afecciones de salud crónicas, como asma o enfermedad pulmonar crónica, obtengan esta vacuna.

Vacuna/refuerzos contra la COVID-19

La mejor manera de protegerse a sí mismo y a su familia es mantenerse al día con las vacunas y los refuerzos contra la COVID-19. La vacuna y los refuerzos contra la COVID-19 son seguros y están disponibles para personas mayores de 6 meses. Las personas que están al día con sus vacunas contra la COVID-19 tienen un menor riesgo de padecer una enfermedad grave, hospitalización y muerte a causa de la COVID-19.

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

Cómo presentar una apelación: miembro

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios tomada por Aetna Better Health con la que usted no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si Aetna Better Health deniega lo siguiente:

- Una solicitud de un servicio de atención médica, suministro, producto o medicamento que considera que debería poder obtener.
- Una solicitud de pago de un servicio de atención médica, suministro, producto o medicamento que Aetna Better Health denegó.

También puede apelar si Aetna Better Health deja de proporcionar o pagar la totalidad o parte de servicios o medicamentos que considera que aún necesita.

Representante autorizado

Puede autorizar a una persona en la que confía para que apele en su nombre. Esta persona se denomina su "representante autorizado". Debe informarle a Aetna Better Health el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)**. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar en el que determine quién será su representante.

Cómo presentar su apelación

Si no está satisfecho con una decisión que hayamos tomado sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días después de que conozca nuestra decisión para presentar una apelación. Puede hacer esto por su cuenta o pedirle a una persona en la que confía que presente la apelación por usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** si necesita ayuda para presentar una apelación, si necesita asistencia en otro idioma o un formato alternativo. No lo trataremos de manera injusta por presentar una apelación.

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden solicitar que se revise la apelación conforme al proceso acelerado si considera que su estado de salud o su necesidad de recibir el servicio requieren una revisión acelerada. Su médico tendrá que explicar cómo una demora puede poner en peligro su salud física o conductual. Si se deniega su solicitud de una

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

apelación acelerada, se lo informaremos y su apelación será revisada conforme al proceso estándar.

Envíe la solicitud de apelación a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Maryland
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Fax: **1-844-312-4257**

Si solicita la apelación estándar por teléfono, debe también enviarla por escrito. Las apelaciones de proceso acelerado presentadas por teléfono no requieren que envíe una solicitud por escrito.

Continuación de los beneficios

En algunos casos, puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación. Puede seguir recibiendo los servicios que están programados para que finalicen o se reduzcan si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días desde el aviso de la denegación de la solicitud o del cambio de la atención.
- O bien a la fecha del cambio programado en los servicios.

Si su apelación se vuelve a denegar, quizás deba pagar el costo de cualquier beneficio que se haya continuado si los servicios fueron proporcionados únicamente debido a los requisitos descritos en esta Sección.

Qué sucede después de que recibimos su apelación

Dentro de 5 días hábiles le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido la apelación y que estamos trabajando en ella.

Las apelaciones de asuntos clínicos serán tratadas por profesionales de salud calificados que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden consultar el archivo de su caso, que incluye los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo para usted.

También puede proporcionar información que desee que se use para tomar la decisión sobre la apelación en persona o por escrito a:

Aetna Better Health of Maryland

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Fax: **1-844-312-4257**

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** si no está seguro de qué información proporcionarnos.

Plazos para las apelaciones

Apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos sobre nuestra decisión dentro de los 30 días de recibida su solicitud de apelación. Le informaremos 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Se enviará un aviso escrito de nuestra decisión dentro de los 2 días calendario de tomada la decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelaciones aceleradas se tomarán dentro de las 72 horas de recibida su apelación. Le informaremos 2 días después de recibir su apelación si necesitamos más información. Le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y enviaremos un aviso escrito dentro de los 2 días de tomada la decisión.

Si necesitamos más información

Si no podemos tomar la decisión dentro de los plazos requeridos porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para pedirle la información que necesitamos. Si su solicitud es sobre una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso escrito más tarde.
- Le diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días posteriores al número de días que le dijimos originalmente.

Usted, su proveedor o una persona en la que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para darle a Aetna Better Health para ayudar a decidir sobre su caso. Puede pedir una extensión llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** o por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Maryland
PO Box 81139

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Fax: **1-844-312-4257**

Usted o su representante pueden presentar un reclamo ante Aetna Better Health si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación.

Usted o su representante también pueden presentar un reclamo sobre la forma en que Aetna Better Health maneja su apelación con el Departamento de Salud de Maryland o con su defensor del pueblo.

Si no le informamos sobre nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar al estado a través del proceso de audiencia imparcial estatal. Una respuesta fuera de plazo se considera una razón válida para que usted presente otra apelación a través del proceso de audiencia imparcial del estado.

Aviso escrito de decisión sobre la apelación

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si la solicitud fue denegada o aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos sobre el motivo de la decisión y el nombre de contacto, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Le explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Su derecho a presentar un reclamo (queja)

Aetna Better Health hará todo lo posible por responder a sus inquietudes lo más rápido posible y de la manera más adecuada. Según el tipo de inquietud que tenga, se lo considerará como un reclamo (también conocido como queja) o como una apelación.

Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos es para inquietudes relacionadas con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos de Aetna Better Health.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial o privada.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health lo trató mal.
- Aetna Better Health no responde a sus preguntas.
- No está satisfecho con la ayuda que recibe de su coordinador de atención.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- No se le proporcionaron las adaptaciones razonables solicitadas que necesita para participar de manera significativa en su atención.

Reclamos sobre el acceso a la comunicación

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete calificado para personas sordas o con problemas auditivos o un intérprete de otro idioma durante su cita.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de Aetna Better Health.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.
- Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

Existen diferentes tipos de reclamos

Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante Aetna Better Health, que es quien lo revisa. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada a Aetna Better Health y es esta organización la que lo revisa.

Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)**. También puede presentar su reclamo y enviárnoslo. Si

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar un reclamo por escrito, por correo o por fax a esta dirección:

Aetna Better Health of Maryland
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Fax: **1-844-312-4257**

Para que podamos ayudarlo de la mejor manera, incluya detalles sobre quién o sobre qué trata el reclamo y cualquier información sobre su reclamo. Aetna Better Health revisará su reclamo y solicitará la información adicional que necesite. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** si necesita ayuda para presentar un reclamo o si necesita asistencia en otro idioma o formato.

Si su reclamo es sobre una extensión que queremos quitar o si le rechazamos su solicitud para una apelación rápida, revisaremos su queja y le daremos una respuesta en 24 horas. Si su reclamo es sobre una necesidad médica de urgencia, le notificaremos la decisión dentro de 5 días hábiles posteriores a su llamada. Todos los otros tipos de reclamos pueden llevarnos más tiempo para investigar y responderle lo más rápido posible, pero no serán más de 30 días desde que recibamos su reclamo.

Reclamos externos

Puede presentar un reclamo con la Línea de ayuda de HealthChoice

Puede hacer un reclamo sobre Aetna Better Health en la Línea de ayuda de HealthChoice. Comuníquese con la Línea de ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510** o el servicio de retransmisión de Maryland al 711.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.

Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office of Civil Rights- Region III Department of Health and Human Services 150 S Independence Mall West Suite 372 Public Ledger Building Philadelphia, PA 19106	Voz: 1-800-368-1019 Fax: 215-861-4431 TDD: 1-800-537-7697
---	--

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

18. Anexo F – Proceso de reclamo interno/apelación de la MCO

Puede presentar un reclamo ante la Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado

El defensor del pueblo de atención a largo plazo se desempeña como defensor de las personas mayores y personas con discapacidades que reciben servicios de atención a largo plazo, y sus familias. El defensor del pueblo local proporciona información, defensoría y asistencia para resolver problemas y reclamos de atención. Los servicios son gratuitos.

El programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado ofrece asistencia para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo, tanto si la atención es proporcionada en un centro de atención de enfermería o en un centro de vida asistida, o a través de los servicios basados en la comunidad para ayudar a las personas que siguen viviendo en sus hogares. El defensor del pueblo de atención a largo plazo no trabaja para el centro, para el estado ni para Aetna Better Health.

Esto lo ayuda a ser imparcial y objetivo en la resolución de los problemas y las inquietudes.

Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Suite 1007 Baltimore, Maryland 21201	Voz: 1-800-243-3425 Fax: 410-333-7943 TDD: 711
--	---

19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland

19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland

Sitio web

Nuestro sitio web es **AetnaBetterHealth.com/Maryland**. Tiene información para ayudarlo a obtener atención médica y, además, brinda ayuda para lo siguiente:

- Encontrar un PCP o especialista en su área
- Enviarnos preguntas por correo electrónico
- Conocer sobre sus beneficios y su información de salud
- Ver su manual para miembros

Portal web seguro

Para aprovechar al máximo los beneficios de su plan de salud, regístrese en nuestro portal web para miembros personalizado y seguro en **AetnaBetterHealth.com/Maryland**. El sitio le permite hacer lo siguiente:

- Acceder a los detalles del plan de salud, en cualquier momento y lugar
- Cambiar de médico
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro
- Actualizar su información de contacto
- Averiguar cómo y cuándo obtener remisiones o autorizaciones de servicios y sus costos

Encuentre apoyo donde más lo necesite

En Aetna Better Health, ofrecemos beneficios para estar y mantenerse saludable. Encontrará información educativa, herramientas de autoayuda y programas de bienestar.

Obtenga información de salud personalizada

Cuéntenos sobre su salud completando un historial personal de salud. Nosotros le informaremos cuáles son sus riesgos y en qué áreas puede mejorar. Luego, obtenga acceso a consejos sobre estilo de vida saludable y herramientas de autoayuda. Lo ayudarán a cumplir metas tales como dejar de fumar y controlar su peso. También tendrá la oportunidad de realizar un seguimiento de su progreso a medida que se acerque a sus objetivos.

Obtenga más información sobre sus beneficios de farmacia

Obtenga detalles sobre los beneficios y servicios de farmacia. Esta información le ayudará a tomar las mejores decisiones sobre su atención. Tendrá acceso para lo siguiente:

- Encontrar farmacias dentro de la red.
- Recibir ayuda para solicitar un medicamento que no está cubierto por su plan.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros

1-866-827-2710 (TTY: 711)

19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland

- Solicitar un resurtido de un medicamento con receta de pedido por correo que no haya vencido.
- Buscar interacciones con otros medicamentos, efectos secundarios y riesgos.
- Determinar la responsabilidad financiera por un medicamento.
- Averiguar si existen sustitutos genéricos disponibles.

Obtenga acceso instantáneo a los detalles de las reclamaciones

Realizar un seguimiento de una reclamación es fácil a través de nuestro portal para miembros seguro. Encontrará detalles en su reclamación que incluyen lo siguiente:

- Etapa del proceso (estado de la reclamación)
- Monto aprobado
- Monto pagado
- Costo a cargo del miembro
- Fecha de pago

Aplicación móvil

Con la aplicación de Aetna Better Health, puede acceder a pedido a las herramientas que necesite para mantenerse saludable. Busque un médico, solicite o vea su tarjeta de identificación de miembro del Plan o cambie su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento y desde cualquier lugar. Es fácil. Simplemente descargue la aplicación en su teléfono inteligente.

Funciones de la aplicación móvil

- Encontrar un proveedor.
- Ver o solicitar su tarjeta de identificación de miembro del Plan.
- Cambiar de médico.
- Ver sus reclamaciones y recetas.
- Enviar mensajes al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.
- Actualizar su número de teléfono, dirección y otros datos importantes del miembro.

Descargue la aplicación

Para obtener la aplicación móvil, puede descargarla de la tienda de aplicaciones de Apple o en Google Play Store. Busque “Aetna Better Health” para encontrar la aplicación. La descarga y el uso son gratuitos. Esta aplicación está disponible en determinados dispositivos y sistemas operativos (SO).

Teléfonos móviles gratuitos

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)

19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland

Los miembros de Aetna Better Health of Maryland pueden ser elegibles para recibir un teléfono inteligente SIN COSTO. Ahora puede permanecer conectado con aquellos que se preocupan por usted. Llame a su médico, su familia y sus amigos. Puede ser elegible para recibir un teléfono nuevo y/o un paquete de datos que incluye lo siguiente:

- Teléfono inteligente Android
- Minutos de voz
- Paquetes de datos
- Mensajería de texto ilimitada
- Llamadas ilimitadas a Aetna Better Health

Para obtener más información o saber si es elegible, visite

AetnaBetterHealth.com/Maryland o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)**.

Tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación (identificación de miembro) contiene la fecha en que comienzan sus beneficios de atención médica. Esta es la fecha en la que puede comenzar a recibir servicios como miembro de Aetna Better Health® of Maryland.

En la identificación de miembro se indica lo siguiente:

- Su nombre
- Número de identificación de miembro
- El nombre de su PCP o el nombre del grupo para su PCP y número de teléfono
- Información importante en el reverso sobre qué hacer en casos de emergencia

Debe mostrar su identificación de miembro del Plan cuando acude a citas médicas, cuando recibe medicamentos con receta o para cualquier otro servicio de atención médica.

Los miembros de Aetna Better Health of Maryland recibirán una tarjeta de Medicaid y una tarjeta de identificación de Aetna Better Health of Maryland. La tarjeta de identificación de miembro de Medicaid puede usarse para servicios que el Plan no cubre. Lleve siempre con usted sus tarjetas de identificación de Medicaid y de Aetna Better Health of Maryland por si necesita esos servicios.

19. Anexo G – Información adicional de Aetna Better Health of Maryland

Frente de la tarjeta:

The diagram shows the front of a member ID card with three callout boxes:

- Identificación del miembro:** Points to the member ID number (XXXXXX).
- Nombre del PCP/ grupo y número de teléfono:** Points to the PCP name and phone number (XXX-XXX-XXXX).
- La fecha en la que comienza su cobertura:** Points to the Effective Date (xx/xx/xxxx).

Card Text:

AETNA BETTER HEALTH® OF MARYLAND HealthChoice

Name LAST NAME, FIRST NAME

Member ID # XXXXXX DOB xx/xx/xxxx Sex X

PCP LAST NAME, FIRST NAME

PCP Phone XXX-XXX-XXXX Effective Date xx/xx/xxxx

.....

RxBIN: 610084 RxPCN: ADV RxGRP: RX8817

Pharmacist Use Only: 1-844-345-2797

aetnabetterhealth.com/maryland

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEMDMED1

Reverso de la tarjeta de identificación:

Card Text:

Member Services 24/7: 1-866-827-2710 (TTY 711)
24-Hour Nurse Line, Vision Services and Adult Dental Services available at 1-866-827-2710 (TTY 711).

HealthChoice Enrollee Help Line: 1-800-284-4510

Emergency care: If you are having an emergency, call 911 or go to the closest hospital. You don't need preapproval for emergency transportation or emergency care in the hospital.

Prior authorization is required for all inpatient admissions and selected outpatient services. To notify of an admission, please call 1-866-827-2710.

Send medical claims to:
Aetna Better Health of Maryland
P.O. Box 982968
El Paso, TX 79998-2968

To verify member eligibility:
1-866-827-2710
EDI Payor ID:
128MD

MDMED1

Solo usted puede usar su identificación de miembro; no permita que otras personas lo hagan.

Revise su identificación para asegurarse de que el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento sean correctos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710 (TTY: 711)** si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Hay alguna información incorrecta.
- No recibió la identificación.
- Pierde su identificación o se la roban.

AetnaBetterHealth.com/Maryland • Departamento de Servicios para Miembros
1-866-827-2710 (TTY: 711)



Su vida, sus decisiones

Hoja de información de instrucciones anticipadas

Independientemente de su edad o estado de salud, una crisis podría dejarlo demasiado débil o lesionado como para poder comunicar decisiones sobre su atención de salud física o mental. Es importante planificar con anticipación los tipos de tratamiento que le gustaría tener o no y los posibles resultados. Inicie la conversación con familiares, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un asesor religioso.

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN CON ANTELACIÓN: ANÁLISIS

La planificación de la atención con antelación es una conversación continua con personas de confianza para analizar sus preferencias personales y las decisiones que podría necesitar tomar en cualquier situación en la que pueda tener dificultades para comunicarse, no solo en la atención para el final de su vida. La planificación de la atención con antelación requiere una consideración cuidadosa de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en una instrucción anticipada o en un formulario de Órdenes Médicas para Tratamientos para Mantener la Vida (MOLST). Una instrucción anticipada no es lo mismo que un formulario MOLST. Para obtener más información sobre el formulario MOLST de Maryland, visite marylandmolst.org. Estas conversaciones dan a conocer sus deseos con el fin de que puedan cumplirse en caso de que tenga una capacidad limitada o nula para tomar decisiones por usted mismo. Esto alivia la carga de sus familiares y seres queridos y ayuda a prevenir conflictos sobre su atención. Es importante identificar quién puede hablar en su nombre: En Maryland, a esta persona se le denomina agente de atención médica. Si no designa a un representante de atención médica, se designará a su familiar más cercano según la ley, o se nombrará a un tutor para que tome decisiones por usted si usted no puede hablar por usted mismo.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: REGISTRO

Tiene la opción de crear una instrucción anticipada, una forma útil y legal de dirigir su atención médica cuando no puede hablar por usted mismo. Puede designar a un agente de atención médica para que tome decisiones en su nombre y especifique sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo utilizar tratamientos para mantener la vida o qué medicamentos prefiere. Elija a alguien en quien confíe para tomar estas decisiones serias y hable con esa persona para asegurarse de que acepte la responsabilidad. Incluya su nombre y la información de contacto y cualquier agente de atención médica de respaldo en su instrucción anticipada. Hay varios formularios de instrucciones anticipadas disponibles a través de proveedores de atención médica, organizaciones religiosas, planificadores patrimoniales, abogados y otros. No existe un formulario específico que deba utilizarse y usted puede personalizar su instrucción anticipada para que se ajuste a sus preferencias. Asegúrese de proporcionar una copia de sus instrucciones anticipadas a su familia, proveedores de atención médica, abogado o cualquier otra persona que deba estar al tanto de sus decisiones. **No es necesario que tenga una instrucción anticipada. Puede revocar su instrucción anticipada y completar una nueva en cualquier momento.**

DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA: COMPARTIR

Una instrucción anticipada puede ser más eficaz si la pone a disposición de un proveedor de atención médica en un formato electrónico al que pueda acceder fácilmente. Hable con su proveedor de atención médica sobre cómo guardar una copia de su instrucción anticipada y de la información de su agente de atención médica en su sistema seguro de historias clínicas electrónicas. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las consultas clínicas utilizando el portal para pacientes del proveedor de atención médica, un sitio web seguro en línea donde puede ver su historia clínica y comunicarse con su equipo de atención. También puede utilizar un servicio electrónico de instrucciones anticipadas reconocido por el estado para crear, cargar, compartir y actualizar su instrucción anticipada y la información de su agente de atención médica. Obtenga más información sobre cómo los proveedores de atención médica involucrados en su atención pueden acceder a su información en crisphealth.org/for-patients/#advance-directives.

Visite el sitio web del Procurador General de Maryland para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas y un formulario de muestra:
www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx

