

Manual del Afiliado 2025

*Ayuda para entender su
plan de Medicaid*





Índice

Bienvenido a HAP CareSource.....	2	Trabajadores en salud comunitaria (CHW).....	22
Servicios de intérprete	2	Servicios odontológicos	23
Deficiencia auditiva y visual.....	2	Equipo médico permanente	25
Números importantes e información de contacto ...	3	Atención de emergencia.....	25
Tarjetas de identificación	5	Servicios de alimentación.....	26
Su tarjeta de identificación de Medicaid emitida por el estado	5	Comida a domicilio adaptada según criterios médicos	26
Su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource	5	Conductas saludables.....	26
Cómo obtener ayuda de Servicios para Afiliados de HAP CareSource.....	6	Servicios para la audición.....	27
Póngase en contacto con nosotros	6	Hepatitis C	27
Nuestra página web.....	6	Atención médica domiciliaria, servicios de enfermería especializada y cuidados paliativos	27
Confidencialidad	7	Atención hospitalaria	27
Administre sus registros médicos digitales/Portal del afiliado.....	7	Servicios de salud mental y por abuso de sustancias	28
Transición de la atención	8	Atención de obstetricia y ginecología	29
Cómo obtener atención	9	Servicios de planificación familiar	30
Cómo elegir a un proveedor de atención primaria (PCP)	9	Servicios por embarazo.....	30
Cómo recibir atención de su médico	10	Atención posparto	30
Cómo recibir atención de un especialista.....	10	Cambio en el tamaño de la familia	31
Servicios fuera de la red	10	Programa de salud para madres e hijos (MIHP)	31
Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio	10	Atención médica preventiva para adultos.....	32
Divulgación de incentivos para médicos.....	11	Atención de rutina.....	33
Autorización previa	11	Servicios de transporte.....	34
Obtener una segunda opinión	11	Servicios para dejar de fumar.....	35
Gestión de uso.....	12	Atención de urgencia y fuera de horario	35
Autorizaciones de nueva atención	13	Servicios oftalmológicos.....	35
Revisión de nuevas tecnologías.....	13	Apoyos y servicios basados en la comunidad.....	36
Plazos para las autorizaciones	13	Repartición de costos y copagos.....	36
Información acerca de sus servicios cubiertos.....	14	Servicios cubiertos por Medicaid, no por HAP CareSource	37
Servicios de telesalud/telemedicina.....	14	Servicios no cubiertos	37
Programa de monitoreo de beneficios.....	15	Derechos y responsabilidades	38
Los servicios cubiertos incluyen:.....	16	Quejas y apelaciones.....	40
Medicamentos con receta.....	19	Expresar su voluntad: instrucciones anticipadas....	45
Coordinación de la atención.....	20	Ayude a identificar el fraude, la malversación y el abuso en la atención médica.....	46
Administración de la atención	20	Definiciones útiles	48
Salud infantil	21	Aviso de prácticas de privacidad	52
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	21	Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la HIPAA	57
Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS).....	22		



Bienvenido a HAP CareSource

HAP CareSource tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) para brindar servicios de atención médica a los afiliados de Medicaid. Trabajamos con un grupo de médicos y especialistas con el objetivo de satisfacer sus necesidades.

Este manual es una guía de los servicios que ofrecemos. También le proporciona consejos útiles sobre HAP CareSource. Le solicitamos que lea este manual y lo guarde en un lugar seguro, en caso de que vuelva a necesitarlo. Si necesita otra copia, puede solicitarla de forma gratuita a Servicios para Afiliados. También puede acceder al manual en nuestra página web: <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>.

Servicios de intérprete

Podemos conseguir un intérprete para que se comunique con nosotros o con su médico en cualquier idioma. También podemos ofrecerle nuestros materiales en otros idiomas. Los servicios de intérprete y los materiales traducidos no tienen costo. Llame al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para conseguir un intérprete o para solicitar nuestros materiales en otro idioma o formato. HAP CareSource cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables con este tema.

Deficiencia auditiva y visual

Si tiene problemas de audición, hay disponibles servicios de TTY/TDD sin costo alguno. **La línea TTY/TDD funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana; debe llamar al 711.**

Brindamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros (por ejemplo, mediante intérpretes cualificados en lenguaje de señas, servicios de transcripción y dispositivos de asistencia auditiva). Si lo solicita, le ofrecemos el Manual del Afiliado y otros materiales en Braille y letra grande sin costo. Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para solicitar materiales en un formato diferente que se adapte a sus necesidades.

HAP CareSource se asegura de que los servicios se brinden de una manera competente a nivel cultural para TODOS los afiliados:

- Con dominio limitado del inglés
- De diversos orígenes culturales y étnicos
- Con una discapacidad
- Independientemente del género, la orientación sexual o la identidad de género


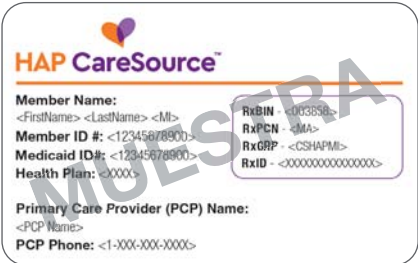
Números importantes e información de contacto

Línea de ayuda gratuita de Servicios para Afiliados	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de ayuda TTY/TDD de Servicios para Afiliados	711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Página web	https://www.caresource.com/es/mi/plans/
Dirección	HAP CareSource P.O. Box 1025 Dayton, Ohio 45401
Línea de emergencia gratuita las 24 horas	1-833-687-7370 (833-NURSE-70) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de asesoría en enfermería gratuita las 24 horas	1-833-687-7370 (833-NURSE-70) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Servicios de farmacia	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Servicios de transporte (que no sea de emergencia)	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Servicios odontológicos	1-866-327-0568 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
Servicios de la vista	1-833-918-0496 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
Servicios de salud mental	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para presentar un reclamo sobre un centro de atención médica	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para presentar un reclamo sobre los servicios de Medicaid	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	1-800-648-3397 o 517-335-7519 Fax: 517-763-0146
Quejas y apelaciones	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Números importantes e información de contacto *(continuación)*

Administración de la atención	1-844-217-1357 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para denunciar presuntos casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-855-444-3911 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para denunciar fraude, malversación y abuso	1-833-230-2053 (TTY: 711) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana *Diga que necesita denunciar fraude.
Para obtener información acerca de la violencia doméstica	1-800-799-SAFE (7233) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Para encontrar información sobre atención de urgencia	1-833-230-2053 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de apoyo para adicciones	1-833-674-6437 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Michigan ENROLLS	1-888-367-6557
Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan	1-800-642-3195 o TTY: 1-866-501-5656
Programa MICHild	1-888-988-6300
Ubicaciones y números de teléfono de las oficinas del MDHHS	www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/county-offices
Programa de Mujeres, bebés y Niños (WIC)	1-800-942-1636
Servicio gratuito para encontrar recursos locales	2-1-1 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Administración de Seguridad Social	1-800-772-1213 TTY/TDD: 1-800-325-0778
En caso de emergencia	9-1-1
Línea Nacional de Prevención del Suicidio y para Crisis	9-8-8

Tarjetas de identificación

Su tarjeta de identificación de Medicaid emitida por el estado	Su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource			
				
<p>Cuando tenga Medicaid, el MDHHS le enviará una tarjeta mihealth por correo postal.</p> <p>Esta tarjeta no le garantiza la cobertura; su proveedor verificará la cobertura en cada visita. Es posible que la necesite para acceder a los servicios que HAP CareSource no cubre. Siempre llévela con usted, incluso si termina su cobertura de Medicaid; la necesitará si vuelve a tener cobertura.</p>	<p>Debería haber recibido su tarjeta de identificación de afiliado de HAP CareSource por correo postal. Llame a Servicios para Afiliados si no recibió su tarjeta o si alguno de los datos es incorrecto. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta.</p>			
<p>Si tiene preguntas sobre esta cobertura o necesita una nueva tarjeta mihealth, llame a la Línea de ayuda al afiliado al 1-800-642-3195. El número se encuentra en el reverso de su tarjeta.</p>	<p>Si tiene preguntas sobre esta cobertura o necesita una nueva tarjeta de identificación de afiliado de HAP CareSource, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-230-2053 (TTY: 711).</p>			
<p>Es importante mantener actualizada su información de contacto para no perder ningún beneficio.</p> <p>Debe notificar al MDHHS si cambia el número de teléfono, correo electrónico o dirección. Puede hacerlo llamando a su oficina local del MDHHS o visitando https://newmibridges.michigan.gov/s/isd-landing-page?language=es. Si no tiene una cuenta, puede crear una seleccionando Registrarse. Una vez en su cuenta, cuando notifique cambios, asegúrese de hacerlo tanto en la sección de perfil como en el área de notificación de cambios.</p>				
Notas importantes sobre la tarjeta de identificación de afiliado:				
<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Lleve consigo ambas tarjetas en todo momento y muéstrelas cada vez que reciba atención.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Asegúrese de que toda la información sea correcta en ambas tarjetas.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Llame a su oficina local del MDHHS si cambia de nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cuando reciba atención médica, es posible que se le pida que muestre una identificación con foto; esto es para asegurarse de que la tarjeta la está usando la persona correcta.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>No permita que otra persona use sus tarjetas.</p>

Cómo obtener ayuda de los Servicios para Afiliados de HAP CareSource

Nuestro Departamento de Servicios para Afiliados de HAP CareSource puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo, entre otras cosas, a lo siguiente: elegir o cambiar de médico; entender los materiales escritos; reemplazar una tarjeta de identificación perdida; averiguar cómo apelar algo que denegamos, cómo presentar una queja cuando no esté satisfecho con su atención, o si un servicio tiene cobertura. Puede llamarnos en cualquier momento.

Se pueden proporcionar, previa solicitud, materiales en Braille, letra grande o un CD grabado con voz para personas con deterioro visual. Servicios para Afiliados también puede leer los materiales en voz alta si lo necesita. Llame al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para solicitar cualquiera de estos servicios.



Póngase en contacto con nosotros

Puede llamarnos al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Si tiene inquietudes médicas **de urgencia** relacionadas con su salud o la de sus hijos fuera del horario de atención, podemos conectarlo con nuestra Línea de ayuda de emergencias médicas. Llame a nuestra:

Línea de asesoría en enfermería las 24 horas

Esta línea brinda acceso las 24 horas a personal de enfermería registrado, atento y experimentado que:

- Evalúa sus síntomas y le ayuda con lo siguiente: decidir cuándo puede cuidarse usted mismo o cuándo debe consultar al médico; concretar una cita de telesalud o acudir a la sala de emergencias; comprender una afección médica o un diagnóstico reciente; y obtener más información sobre medicamentos con receta y de venta libre.

Llame al **1-833-687-7370 (833-NURSE-70)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.



Nuestra página web

Puede visitar nuestra página web en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/> para acceder a servicios en línea como:

- Manual y certificado de cobertura
- Directorio de médicos, dentistas o farmacias
- Boletines informativos
- Información sobre salud y bienestar
- Programas de gestión de la salud (que le ayudan a cuidar de su salud)
- Derechos y responsabilidades
- Cobertura de medicamentos con receta y la lista de medicamentos cubiertos
- Información sobre autorizaciones previas

- Cómo presentar una queja o apelación
- Aviso de prácticas de privacidad
- Programas de mejora de la calidad
- Fraude, malversación y abuso
- Recursos para afiliados
- Aviso de no discriminación
- Su portal en línea para afiliados de HAP CareSource
- Pautas de práctica clínica

Confidencialidad

Su privacidad es importante para nosotros. En cuanto a la protección de su información médica, usted tiene derechos: HAP CareSource reconoce la confianza necesaria entre usted, su familia y sus proveedores. El personal de HAP CareSource está capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los afiliados.

Gestione sus registros médicos digitales/el Portal del afiliado

Puede ver su información de afiliado en línea y acceder a su portal del afiliado de HAP CareSource a través de <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>.

Le facilitamos visualizar la información de su plan con una cuenta en línea de HAP CareSource.

Una vez que se registre, inicie sesión para hacer lo siguiente:



- Imprimir su tarjeta de identificación
- Buscar un médico u hospital en su área
- Elegir o cambiar sus médicos
- Revisar sus reclamos

El portal también le da acceso a lo siguiente:



- Evaluación de riesgos de salud en línea
- Registro médico personal

Puede ver su tarjeta de identificación en nuestra **aplicación móvil**. Descargue la **aplicación móvil de CareSource** de Google Play™ o de la Apple App® Store.

Transición de la atención

Si es nuevo en HAP CareSource, es posible que pueda conservar sus médicos y servicios durante, al menos, 90 días a partir de su fecha de inscripción. Tenga en cuenta que, para continuar recibiendo atención con su proveedor, este debe enviar una autorización previa. Algunos ejemplos incluyen servicios médicos, de salud mental y de farmacia.

Si está embarazada, puede continuar tratándose con su médico durante el embarazo y el período posparto.

Si es un miembro de HAP CareSource y sus médicos ya no participan con nosotros, es posible que pueda continuar con su proveedor si está recibiendo tratamiento por ciertas enfermedades crónicas.

No aprobaremos la continuación de la atención por parte de un médico que no participa en los siguientes casos:

- Solo necesita monitoreo de una afección crónica;
- El médico tiene una restricción y usted podría estar en riesgo;
- El médico no está dispuesto a continuar con su atención;
- La atención con el médico que no participa se inició después de que usted se inscribió en HAP CareSource; o
- El médico no cumple con las políticas o criterios de HAP CareSource.

HAP CareSource lo ayudará a elegir nuevos médicos y a obtener servicios dentro de nuestra red. Su médico puede visitar hap.org/providers/become-a-provider si desea unirse a nuestra red.

Si recibe Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS), comuníquese con nosotros para obtener ayuda con la transición.

Comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para solicitar servicios de transición de la atención o si tiene alguna pregunta.

Cómo obtener atención

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Cuando se inscriba en nuestro plan, deberá elegir un PCP de la red de proveedores HAP CareSource. Su PCP es el proveedor de atención médica que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Puede elegir un médico diferente para cada miembro de la familia, o puede elegir el mismo para toda la familia.

Puede elegir uno de los siguientes tipos de proveedores como su PCP:

- Médico de medicina general
- Médico de familia
- Enfermero con práctica médica
- Asistente médico
- Médico especialista en medicina interna
- Pediatra
- Médico obstetra/ginecólogo

Si no elige un médico en un periodo de 30 días posteriores a la inscripción, nosotros seleccionaremos uno por usted. Puede cambiar de profesional en cualquier momento.

Para servicios de salud preventivos y de rutina, no necesita una derivación para ver a un pediatra o un obstetra/ginecólogo dentro de la red.

Puede usar nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos y especialistas que son parte de nuestra red. El Directorio de proveedores incluye direcciones, horarios de atención, los idiomas que hablan e información sobre accesibilidad. Se encuentra en **FindADoctor.CareSource.com**. Puede ver o imprimir el directorio de proveedores desde la página web. También puede solicitar una copia impresa del directorio, sin cargo, llamando a Servicios para Afiliados. Recuerde que la información de los proveedores cambia a menudo; visite nuestra página web para obtener la información más actualizada. Llame a Servicios para Afiliados si necesita ayuda para encontrar un médico.

También puede recibir atención médica de estos tipos de proveedores médicos: Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC) y proveedores de atención médica indígena (IHCP) (según corresponda).

Si tiene ciertas necesidades de atención médica, es posible que pueda elegir un especialista como su PCP. Para obtener más información, hable con su médico o llame a Servicios para Afiliados.

Asegúrese de preguntar en el consultorio del proveedor si participa en la red HAP CareSource.

Cómo recibir atención médica

El consultorio de su médico debe ser su principal fuente de atención médica; debe realizar controles médicos preventivos. Llame al consultorio médico para programar una cita o si tiene preguntas sobre su atención. Si necesita ayuda para programar una cita, llámenos al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

Su visita es importante. Sea puntual. Llame al consultorio tan pronto como pueda si no puede asistir a su cita; podrá programar una nueva visita cuando llame para cancelarla. Algunos consultorios dejarán de atenderlo si no llama para cancelar.

Cómo recibir atención de un especialista

Si necesita atención que su médico no puede brindarle, lo derivará a un especialista. Su médico trabaja en coordinación con usted para elegir un especialista y organizar su atención. Si tiene necesidades especiales de atención médica o un problema de salud crónico, como diabetes o una enfermedad renal, es posible que su PCP sea un especialista. Hable con su médico o llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para obtener más información.

Servicios fuera de la red

Debe recibir la mayor parte de la atención de proveedores de nuestra red; Servicios para Afiliados puede ayudarle a encontrar un proveedor que participe de nuestra red.

Si, en nuestra red de proveedores no contamos con un médico o especialista en su área que pueda brindarle la atención que necesita (incluidos los servicios y suministros de planificación familiar), o si no tenemos un proveedor que pueda atenderlo oportunamente, le conseguiremos la atención que necesita de un proveedor fuera de nuestra red; esto se denomina "derivación fuera de la red". Llame a Servicio para Afiliados para obtener ayuda.

Se necesita autorización previa: solo cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red si no podemos prestar un servicio necesario y cubierto en nuestra red, y si usted tiene la autorización antes de la cita. Nosotros coordinaremos el pago con el proveedor fuera de la red. También nos aseguramos de que el costo para usted no sea mayor de lo que sería si el servicio se proporcionara dentro de la red.

Servicios fuera del condado	Los afiliados pueden consultar a cualquier proveedor de la red HAP CareSource.
Servicios fuera del estado	Todos los servicios que se brinden fuera del estado (con excepción de los de emergencia) requieren autorización previa.
Servicios fuera del país	Los servicios de atención médica prestados fuera del país no están cubiertos por HAP CareSource.

Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio

¿Recibió atención médica de emergencia fuera de la red? ¿Necesitó atención de urgencia fuera del área de servicio? Puede enviarnos la factura con un formulario de reclamo.

Puede obtener un formulario de reclamo para afiliados en <https://www.caresource.com/es/mi/members/tools-resources/forms/medicaid/>. También puede llamar a Servicios para Afiliados o a nuestra Línea de

asesoría en enfermería las 24 horas. Puede encontrar ambos números de teléfono en la sección **Números importantes e información de contacto** de este manual.

Divulgación de incentivos para médicos

Su salud es nuestra primera inquietud. No pagamos a médicos, trabajadores u otros proveedores para que retengan la atención o los servicios; no recompensamos a nadie por negar servicios; no ofrecemos incentivos a los encargados de tomar decisiones. Las decisiones sobre su salud se basan en la calidad de la atención médica y la cobertura de sus beneficios.

Autorización previa

Algunos servicios, suministros y medicamentos tendrán que ser aprobados antes de que usted o sus hijos puedan recibirlos; esto se denomina "autorización previa" (PA). Si necesita atención que requiera PA, su médico debe completar el formulario correspondiente y enviárnoslo. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de recibir la atención. Si no aprobamos el servicio, se lo notificaremos al médico y le enviaremos una notificación por escrito del motivo de la decisión.

Obtener una segunda opinión

Si no está de acuerdo con el plan de atención de su médico, tiene derecho a obtener una segunda opinión. No hay ningún costo adicional para usted por obtener una segunda opinión de un proveedor de la red HAP CareSource.

Para las segundas opiniones, a veces, es necesario obtener una autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados para saber cómo obtener una segunda opinión. Puede consultar a un proveedor fuera de la red si no hay disponible alguien dentro de la red. HAP CareSource hará los arreglos necesarios para conseguir un proveedor fuera de la red. Es necesaria la autorización de HAP CareSource.





Gestión de uso

Nuestro equipo de Gestión de uso (Utilization Management, UM) revisa la atención médica que obtiene en función de un conjunto de directrices. Revisamos su atención para asegurarnos de que obtenga la mejor de acuerdo con sus necesidades. Puede preguntar cómo se examina la atención para procedimientos como:

- Revisión previa al servicio
- Revisión de concurrencia de urgencia
- Revisión posterior al servicio
- Presentación de una apelación

HAP CareSource no recompensa a los proveedores ni a nuestro personal por denegar servicios. Queremos que reciba la atención que necesita. Podemos coordinar servicios de intérprete si su idioma primario o el de su familia no es inglés. También podemos ayudarle si tiene problemas de visión, audición o habilidades de lectura limitadas.

Llame al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta sobre la Gestión de uso (UM). Cuando llame a UM, tenga en cuenta lo siguiente:

- Atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
- Puede dejar un mensaje después del horario atención regular.
- Al iniciar o devolver llamadas relacionadas con asuntos de UM, el miembro del personal de UM indicará su nombre y cargo, y dirá que es de HAP CareSource.

Autorizaciones de nueva atención

HAP CareSource puede decidir que un nuevo avance que actualmente no está cubierto por Medicaid será un beneficio cubierto.

Esto incluye nuevos avances en:

- Servicios de atención médica
- Dispositivos médicos
- Terapias
- Opciones de tratamiento

Revisión de nuevas tecnologías

HAP CareSource depende de la investigación y los avances científicos para brindar a sus pacientes atención de alta calidad basada en evidencia. Nuestro Comité de nuevas tecnologías, integrado por médicos de HAP CareSource, evalúa los avances médicos para determinar su calidad y seguridad. Los proveedores participantes pueden enviar solicitudes para evaluación. Al evaluar regularmente las tecnologías médicas y nuestra cobertura de beneficios, nos esforzamos por brindar atención médica actualizada, eficaz y asequible.

HAP CareSource evaluará todas las solicitudes de servicios o tecnología desarrollados recientemente que no estén cubiertos por el plan en la actualidad. Esto implica:

- Normas Medicaid actualizadas
- Pautas externas para la evaluación de la tecnología
- Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Recomendaciones según publicaciones médicas

Plazos para las autorizaciones

Las solicitudes de autorización estándar se decidirán en un plazo de 14 días calendario tras la recepción de la solicitud. HAP CareSource le informará a usted y a su médico si se autorizaron los servicios. Usted, su proveedor o HAP CareSource pueden solicitar más tiempo para la revisión. La revisión puede durar 14 días calendario adicionales. Esto ocurriría si se necesitara más información para tomar una decisión y es en su mejor interés.

Su proveedor o HAP CareSource pueden solicitar una solicitud de autorización expedita (rápida). Esto aplica si el tiempo estándar puede serle perjudicial para usted. HAP CareSource decidirá sobre estas solicitudes en un plazo de 72 horas. Podemos solicitar hasta 14 días calendario para su revisión. Esto ocurriría si se necesitara más información para tomar una decisión y es en su mejor interés.

Información acerca de sus servicios cubiertos

Es importante que comprenda cuáles son los beneficios que cubre su plan. Como afiliado a HAP CareSource, no tiene que abonar copagos por los servicios cubiertos conforme a Medicaid o Healthy Michigan Plan. Consulte la sección "Repartición de costos y copagos" para obtener más información.

Si se produjera algún cambio significativo en los servicios cubiertos descritos en este manual, se lo notificaremos por escrito, al menos, 30 días antes de la fecha en que se produzca el cambio.

Esta lista de beneficios y exclusiones puede no ser completa; es posible que haya más beneficios que no se enumeran aquí. Es posible que se apliquen límites y exclusiones a los elementos de esta lista; su Certificado de cobertura (COC) contiene la lista completa de la atención cubierta. Visite la sección "Recursos para afiliados" en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/> para encontrar el COC. Si necesita una copia impresa del COC o tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

Asegúrese de que el servicio esté cubierto antes de recibirlo. Es posible que tenga que pagar por servicios no cubiertos por HAP CareSource en virtud del programa Medicaid.

HAP CareSource no niega el reembolso ni la cobertura de los servicios por motivos morales o religiosos.

Servicios de telesalud/telemedicina

La atención de telesalud/telemedicina es una forma práctica de recibir atención para diversas enfermedades y necesidades de salud mental frecuentes sin tener que ir a la sala de emergencias o recibir atención de urgencia. Para problemas que no son de emergencia (como gripe, alergias, sarpullido, malestar estomacal, otras enfermedades y atención médica de leve a moderada), puede comunicarse con un médico por teléfono o computadora para recibir atención donde esté y cuando la necesite. De ser necesario, los médicos pueden diagnosticar, tratar e incluso recetar medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor para saber si ofrecen servicios de telesalud, o comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.

Teladoc

Si su proveedor no ofrece servicios de telesalud o tiene horarios limitados, puede utilizar Teladoc® para hablar con un proveedor certificado por el consejo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ahórrese el viaje y la espera. Ahorre dinero, tiempo y preocupación cuando use Teladoc. Usted y su familia pueden hablar con un proveedor de Teladoc por teléfono o videollamada en cualquier lugar donde esté. Use Teladoc para servicios médicos generales y de salud conductual como:

Salud en general

Hablar con un proveedor las 24 horas del día, los 7 días de la semana Úselo para sus necesidades de atención médica que no sean de emergencia, como las siguientes:

- Resfríos y gripe
- Dolor de garganta
- Sinusitis
- Alergias
- Conjuntivitis
- Infecciones de oído
- Infecciones urinarias
- Sarpullido
- Afecciones cutáneas

Salud conductual*

Hable con un terapeuta o un médico los 7 días de la semana, de 7 a. m. a 9 p. m.

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés
- Abuso de sustancias
- Trauma
- Problemas en las relaciones

**Se aplican restricciones según la edad.*

Conectarse con Teladoc es fácil:

- Visite www.Teladoc.com/CareSource.
- Llame al 1-800-TELADOC (835-2362).
- Acceso desde la aplicación móvil de CareSource.
- Derivación y conexión directa de la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.
- Descargue la aplicación de Teladoc en su teléfono inteligente.

Programa de monitoreo de beneficios

Participamos en el Programa de monitoreo de beneficios del MDHHS. Este programa le ayuda a asegurarse de estar utilizando los servicios y beneficios correctos para administrar su atención. Si los servicios que utiliza no son necesarios para su afección médica, lo inscribiremos en este programa. Le enseñaremos a usar correctamente los servicios médicos, y lo ayudaremos a obtener servicios de proveedores correspondientes. Algunos ejemplos de cosas que podrían hacer que se inscriba en este programa incluyen los siguientes:

- Acudir a la sala de emergencias cuando no es una emergencia
- Consultar a demasiados médicos diferentes en lugar de su PCP
- Obtener más medicamentos de los que pueden ser seguros
- Actividad que pueda indicar fraude

Usar los servicios de salud adecuados en la cantidad adecuada nos ayuda a asegurarnos de que esté recibiendo la mejor atención posible.



Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Los siguientes servicios tienen cobertura:

Ambulancia y otro tipo de transporte médico de emergencia
Implantación, mapeo y calibración coclear bilateral (de 1 a 20 años de edad)
Servicios de monitoreo y seguimiento de plomo en sangre (menores de 21 años)
Servicios de administración de la atención
Atención de partera enfermera certificada
Atención personal de enfermería especializado en pediatría y familia
Atención quiropráctica, hasta 18 visitas por año calendario, limitada a diagnósticos y procedimientos específicos*
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos
Servicios odontológicos
Equipo médico permanente y suministros*
Exámenes de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and periodic screening, diagnosis and treatment services , EPSDT) (menores de 21 años)
Atención de emergencia
Servicios para pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ERET)
Servicios de planificación familiar
Educación y concientización sobre la salud
Atención de la audición: están cubiertos los exámenes auditivos, los suministros, los audífonos y las baterías Los audífonos están cubiertos para todas las edades

Servicios de audición y del habla (menores de 21 años)
Servicios de atención médica en el hogar y cuidado de heridas, incluidos suministros médicos y quirúrgicos*
<p>Servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes internados • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios diagnósticos y terapéuticos: Servicios de diagnóstico de laboratorio, radiografías e imágenes
Terapia de infusión
Programa de salud para madres e hijos (MIHP)
<p>Maternidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria y médica • Servicios de profesionales de enfermería obstétrica certificados • Clases de preparación para el parto y de paternidad • Servicios de comadronas: 1 visita de parto y 6 visitas pre/posparto* • Atención prenatal • Atención del recién nacido: durante el mes de nacimiento • Servicios de atención domiciliaria • Extractores de leche (eléctricos de uso hospitalario, dobles eléctricos y manuales de uso personal)
Servicios de reducción de peso médicamente necesarios
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Atención colaborativa psiquiátrica en el consultorio del PCP
Servicios de podiatría
Servicios preventivos exigidos por la Ley de Protección al Paciente y Atención Económica
<p>Medicamentos con receta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un mes de suministro para la mayoría de los medicamentos de la lista del formulario, con un suministro de tres meses para ciertos medicamentos de toma diaria, y hasta de doce meses para anticonceptivos orales, parches y el anillo vaginal Consulte la lista de medicamentos favoritos para saber si es necesaria una autorización previa.
<p>Servicios de atención profesional brindados por médicos u otros profesionales de la atención médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pediatría certificada y personal de enfermería especializado en medicina familiar • Atención preventiva y exámenes de detección • Vacunas de rutina para niños y adultos • Educación en salud • Segunda opinión de un proveedor • Servicios de otros médicos con una derivación de su PCP • Servicios prestados por los departamentos de salud locales

Los siguientes servicios tienen cobertura: (Continuación)

Dispositivos de prótesis y órtesis
Radiografías y exámenes de laboratorio*
Prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud
Atención de enfermería de rehabilitación: servicios de restauración o rehabilitación intermitentes o de corta duración de hasta 45 días en un centro de enfermería
Servicios de restauración o rehabilitación en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería*
Servicios para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados a la edad
Servicios de detección, mamografía y cáncer de mama
Centro de enfermería especializada*
<p>Terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Física • Ocupacional • Del habla
Tratamiento para dejar de fumar, incluidos medicamentos recetados y de venta libre y programas de apoyo
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
<p>Transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> • A consultas médicas, visitas al laboratorio, servicios hospitalarios que no sean de emergencia, retiro de recetas, servicios odontológicos y otros servicios cubiertos por Medicaid, ya sea que sean proporcionados por su plan de salud de Medicaid o directamente a través del MDHHS.
Vacunas
Servicios oftalmológicos*
Servicios de bienestar infantil (menores de 21 años)
<p>Nuevas tecnologías*</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAP CareSource depende de la investigación y los avances científicos para brindar a sus pacientes atención de alta calidad basada en evidencia. Nuestro Comité de nuevas tecnologías, integrado por médicos de HAP CareSource, evalúa los avances médicos para determinar su calidad y seguridad. Los proveedores participantes pueden enviar solicitudes para evaluación. Al evaluar regularmente las tecnologías médicas y nuestra cobertura de beneficios, nos esforzamos por brindar atención médica actualizada, eficaz y asequible. El estado de Michigan también analiza nuevos procedimientos y tecnología, y luego decide lo que debería incluirse en la lista de beneficios. Cubrimos los servicios y la tecnología que el estado ha aprobado para Medicaid.

* Puede ser necesaria una autorización previa (PA). Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Medicamentos con receta

Usted no paga absolutamente nada por los medicamentos cubiertos. Los medicamentos que le recete su médico debe comprarlos en una farmacia de la red. Puede encontrar una lista de médicos y farmacias en **FindADoctor.CareSource.com**.

Siempre lleve sus tarjetas de identificación de HAP CareSource y mihealth a la farmacia. Hay algunos medicamentos que están cubiertos por el estado con su tarjeta mihealth; estos se denominan "medicamentos subcontratados a un tercero". Su farmacia sabrá qué tarjeta usar.

Utilizamos una lista de medicamentos denominada "lista de medicamentos preferidos" o "formulario común"; los medicamentos incluidos en la lista están cubiertos. A veces, se cubre el medicamento de marca en lugar del genérico. Su farmacia le proporcionará el medicamento que esté cubierto. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre si su médico le da una receta. Algunos ejemplos son analgésicos como la aspirina, Tylenol e ibuprofeno. También cubrimos productos para ayudarlo a dejar de fumar, jeringas y tiras reactivas de insulina, y preservativos.

Cubrimos hasta un suministro para todo el mes para la mayoría de los medicamentos. Cubrimos un suministro de hasta tres meses de ciertos medicamentos que toma a diario. Cubrimos hasta un año el suministro de píldoras anticonceptivas, parches y el anillo vaginal. Por su seguridad, limitamos la cantidad de veces que puede resurtir sus medicamentos.

Cubrimos los medicamentos que obtiene en la farmacia ("medicamentos de farmacia") y los medicamentos que obtiene en el consultorio médico o en un centro ("medicamentos médicos").

Algunos medicamentos necesitan aprobación para tener cobertura. Otros tienen restricciones o un límite en cuanto a lo que puede recibir, o puede que deba probar un medicamento antes de que otro tenga cobertura. Nos comunicamos con su médico cuando sea necesaria su autorización. Si necesita un medicamento que no está en la lista o que no está cubierto, tanto usted como su médico pueden solicitar una excepción. La lista de medicamentos la elaboran el estado y los planes de salud, y esta se actualiza, como mínimo, cuatro veces al año. Si hacemos un cambio a la lista de medicamentos que lo afecta, les enviaremos una carta a usted y a su médico.

Si usted es nuevo en HAP CareSource y ya está tomando un medicamento que no está cubierto o tiene restricciones, hablaremos con su médico o farmacia para que reciba un suministro temporal.

Puede consultar la lista de medicamentos y las modificaciones de esta en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>. También encontrará información acerca de medicamentos médicos. Puede buscar en la lista de medicamentos por nombre de marca o nombre genérico, y puede solicitar una copia impresa de la lista. Solo tiene que llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

Coordinación de la atención

¿Tiene un problema de salud crónico o una discapacidad? ¿Tiene obstáculos para acceder a su atención médica? ¿Acude a varios proveedores o necesita atención especial? Es fácil sentirse abrumado al estar a cargo de su atención si tiene muchos problemas de salud y consulta a muchos proveedores; puede que esto añada más estrés a su vida diaria. Estamos aquí para ayudarlo.

Nuestro objetivo es ofrecer servicios personalizados de coordinación de la atención para guiarlo en el mundo de la atención médica. Contamos con personal de enfermería, coordinadores de atención, trabajadores sociales y otros expertos en salud para ayudarlo a obtener la mejor atención posible de su equipo.

El programa de coordinación de la atención se centra en usted y en sus necesidades. Le ayudamos a reducir los obstáculos que tiene para acceder a la atención al vincularlo con servicios y recursos cerca de usted. También lo ayudamos a organizar la atención con su equipo de atención y proveedores, lo que garantiza que pueda manejar mejor su salud y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo puede ayudarle la coordinación de la atención?

Si es elegible, se le asignará un administrador de atención. Esta persona le ayuda a abordar y eliminar los obstáculos que le causan problemas para obtener atención al hacer lo siguiente:

- Realizar evaluaciones y revisar medicamentos
- Elaborar un plan de atención que lo ayude a identificar sus objetivos de salud y a alcanzarlos
- Vincularlo con servicios y recursos comunitarios cerca de usted, incluidos los departamentos de salud locales
- Ayudarlo a controlar mejor sus necesidades de atención médica
- Colaborar con sus proveedores
- Adoptar un enfoque centrado en la persona en el manejo de sus necesidades de atención, apoyándolo a usted y a su equipo de atención para que comprendan los beneficios de salud integrales

Llame a nuestro equipo de Administración de atención al **1-844-217-1357 (TTY: 711)** para obtener más información sobre el programa de coordinación de atención.

Administración de la atención

Ofrecemos un programa de administración de la atención médica para afiliados con afecciones de salud crónicas o complejas; esto incluye el apoyo a los afiliados del plan de Servicios especiales de atención médica para niños (CSHCS), a los niños y jóvenes en hogares de acogida, y a las poblaciones de acogida temporal. Este es un programa voluntario que le permite hablar con un administrador de la atención sobre su atención. Un administrador de la atención le ayuda a:

- Coordinar la atención entre los proveedores de atención médica
- Establecer metas personales para manejar sus afecciones médicas
- Hablar con sus médicos u otros proveedores cuando necesite ayuda
- Comprender sus afecciones médicas
- Tener acceso a apoyos, servicios y recursos basados en la comunidad

Si está interesado en unirse a este programa, llame a nuestro equipo de Administración de la atención al **1-844-217-1357 (TTY: 711)** para que lo comuniquen con un coordinador de la atención.

Salud infantil

Los niños cambian mucho a medida que crecen. Deben consultar a su médico, al menos, una vez al año para controlar su crecimiento, incluso si están sanos. ¿Qué es un examen de control? Los exámenes de control son un buen momento para hacer preguntas sobre la salud de su hijo y cómo puede mejorar. Los niños pueden consultar a un pediatra para la atención preventiva de rutina y los exámenes de control sin una derivación. Se recomienda que los niños de hasta tres años de edad se realicen una evaluación del desarrollo una vez al año.

Los bebés desde el nacimiento hasta los 15 meses deben realizarse, al menos, seis exámenes de control. Estas visitas suelen ser a las siguientes edades:

De 3 a 5 días	2 semanas	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses
---------------	-----------	-------	---------	---------	---------	---------	----------	----------

Es importante que su hijo se someta a una prueba de detección de plomo en sangre una vez antes del año de edad, y otra vez antes de los dos años. Los niños que están en riesgo o en alto riesgo deben examinarse con más frecuencia (al menos, una vez al año). Los niños de alto riesgo son aquellos que han sufrido intoxicación con plomo en el pasado; esto incluye a quienes viven en casas o apartamentos antiguos. La intoxicación con plomo puede ocurrir incluso si no vive en una casa antigua. Puede encontrar plomo en la pintura, la tierra, el polvo, los parques infantiles y los juguetes, entre otros. Haga que su hijo se someta a pruebas de intoxicación con plomo para que pueda recibir tratamiento. Si no se trata, puede provocar discapacidades y problemas de conducta. Esta sencilla prueba le ayudará a mantener a su pequeño en el buen camino.

Los adolescentes también deben hacerse exámenes de control anuales. En estas visitas, se controlará la estatura, el peso y el IMC. Los proveedores pueden hablar acerca de la salud, la seguridad y las medidas preventivas útiles para los adolescentes, y también es posible administrar las vacunas necesarias.

Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

El EPSDT es un programa especial de atención médica para niños menores de 21 años que cuentan con cobertura de Medicaid. Conforme al EPSDT, los niños y adolescentes inscritos en Medicaid reciben todos los servicios preventivos recomendados, además de los tratamientos médicos necesarios para promover un crecimiento y desarrollo saludables. El EPSDT puede proporcionar cobertura para servicios necesarios desde el punto de vista médico, incluso si normalmente no están cubiertos por Medicaid. Para obtener más información, visite la página web de Bright Futures <http://brightfutures.aap.org/>.

Los controles de EPSDT incluyen:

Exámenes de control
Antecedentes médicos y examen físico (incluidos chequeos físicos escolares y deportivos)
Evaluaciones del crecimiento y desarrollo
Educación y asesoramiento sobre la salud
Evaluación de la audición, visión y odontológica
Evaluaciones del desarrollo físico y mental
Análisis de laboratorio básicos, incluida la prueba de detección de plomo
Evaluación nutricional
Inmunizaciones
Servicios de seguimiento

Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS)

Si su hijo tiene una afección médica crónica grave, puede ser elegible para recibir CSHCS.

El programa de CSHCS proporciona apoyo adicional para niños y algunos adultos que tienen necesidades especiales de atención médica (esto es aparte de la coordinación de la atención médica por parte de HAP CareSource).

Este programa no tiene costo, y no cambia los beneficios, el servicio ni los médicos de HAP CareSource de su hijo. El programa de CSHCS proporciona servicios y recursos a través de los siguientes recursos y de las siguientes agencias. Llame al equipo de Administración de la atención de HAP CareSource al 1-844-217-1357 para que lo ayuden a conectarse con los beneficios, y a solicitar CSHCS y transición a la atención médica a proveedores para adultos, cuando sea necesario.

Centro familiar para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica del MDHHS:

Ofrece una red de apoyo para padres y programas de capacitación. También puede proporcionar ayuda financiera para conferencias sobre necesidades especiales. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a la línea telefónica familiar del programa de CSHCS al 1-800-359-3722 de 8 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes o visite www.Michigan.gov/cshcs.

Departamento de salud del condado de su localidad:

Puede ayudarle a encontrar recursos locales, como grupos de apoyo para padres, ayuda para la transición de adultos, cuidado de niños y vacunas, entre otros. Si necesita ayuda para encontrar el departamento de salud de su condado, visite la página web del condado o Michigan.gov. Llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

Fondo para necesidades especiales de niños:

Ayuda a las familias a obtener artículos que no están cubiertos por Medicaid ni por el programa CSHCS. Estos artículos contribuyen a la salud, la movilidad y el desarrollo de su hijo. Pueden incluir rampas para sillas de ruedas, elevadores de camionetas y equipos de movilidad. Para saber si es elegible para la ayuda de este fondo, llame al 1-517-241-7420 o visite www.Michigan.gov/CSNFund.

Afiliado al programa CSHCS en transición a la edad adulta

Podemos ayudar a los afiliados que tienen necesidades de atención médica especiales a planificar la transición de la atención médica pediátrica a la atención médica para adultos. Llame a la línea telefónica de atención a las familias del programa de CSHCS al 1-800-359-3722 para obtener más información. También puede visitar Gottransition.org para realizar evaluaciones para ver si es hora de que su hijo comience la transición a proveedores para adultos.

Trabajadores en salud comunitaria (CHW)

Son los trabajadores de primera línea de la salud pública dentro de la comunidad, que ayudan a los afiliados a comprender la atención médica. Al establecer relaciones de confianza, sirven de puente entre la atención médica y los servicios sociales. La gama completa de servicios de los CHW incluye los siguientes:

- Reunirse en persona para mejorar su acceso a la atención médica
- Ayudar a otros a encontrar proveedores y programar visitas
- Encontrar apoyo local, como alimentos y vivienda
- Enseñar a vivir una vida saludable
- Ayudar con las visitas de seguimiento con el proveedor después de acudir al hospital o a la sala de emergencias Ayudar a programar traslados para visitas médicas o de farmacia

Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.

Servicios odontológicos

El cuidado dental es importante. Ofrecemos cobertura odontológica para todos los beneficiarios mayores de 19 años inscritos en Healthy Michigan Plan, así como para todos los afiliados mayores de 21 años inscritos en Medicaid. Tenemos contrato con Delta Dental® para sus beneficios odontológicos.

Todos los afiliados deben recibir servicios odontológicos por parte de un dentista que participe en la red de Healthy Michigan Plan de Delta Dental, que atiende tanto a los afiliados de Medicaid como a los de Healthy Michigan Plan.

Debe acudir a un dentista de la red de Delta Dental de Healthy Michigan Plan, a menos que se apruebe lo contrario. Si acude a un dentista que no está en la red de Delta Dental y no obtuvo la aprobación necesaria, es posible que deba pagar por esos servicios.

Siempre lleve su tarjeta de identificación de afiliado de HAP CareSource a sus citas.

Encontrará una lista de dentistas en el directorio de proveedores odontológicos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, comuníquese con Delta Dental al 1-866-327-0568 (TTY: 711).

Los servicios odontológicos cubiertos incluyen:

Exámenes bucales (1 en 6 meses)

Evaluación periodontal integral (1 en 12 meses) *Nota: la evaluación periodontal integral no es un beneficio cubierto cuando se factura junto con otros exámenes bucales o dentro de los seis meses posteriores.*

Evaluación (1 en 6 meses)

Radiografías

Radiografías de aleta de mordida (1 en 12 meses)

Radiografías de boca completa o panorámicas (1 en 5 años)

Limpieza dental (profilaxis) (1 en 6 meses)

Raspado dental cuando existe inflamación* (1 en 6 meses) *Nota: el raspado dental, si hay inflamación, no se cubre en los 6 meses posteriores a la profilaxis, raspado y alisado radicular, mantenimiento periodontal o procedimientos de desbridamiento.*

Mantenimiento periodontal (1 en 6 meses) *Nota: cualquier combinación de limpiezas dentales (profilaxis, raspado dental cuando existe inflamación y procedimientos de mantenimiento periodontal) se cubre una vez cada 6 meses.*

Raspado y alisado radicular* (1 en 2 años por cuadrante, máximo: 2 cuadrantes por día)

Selladores (1 en 3 años para el primer y segundo molar primario [bebé] y para el primer y segundo premolar y segundo permanente [adulto])

Rellenos dentales

Rellenos sedantes

Coronas* (para pérdidas extensas de la estructura dental por caries o fracturas. La pérdida de dientes debe ser de, al menos, el 50 %), incluidas porcelana, metal y resina (1 en 5 años)

Elaboración de la corona, incluidos los pernos*

Recementado de coronas y puentes

Endodoncia

Extracciones simples y quirúrgicas

Otras cirugías bucales limitadas
Tratamiento de emergencia por dolor dental
Sedación IV (cuando sea necesario a nivel médico)
Prótesis dental completa (1 en 5 años)
Prótesis dental parcial (1 en 5 años)
Ajustes y reparaciones de prótesis dentales
Rebase y revestimiento de prótesis dentales (1 vez en 2 años)
Además, si es menor de 21 años, los servicios que se enumeran a continuación también tienen cobertura:
Barniz de flúor (1 en 6 meses)
Aplicación tópica de flúor (1 en 6 meses) <i>Nota: la aplicación tópica de flúor no puede combinarse con el barniz de flúor en un periodo de seis meses.</i>
Dentadura dental parcial temporal (solo para reemplazar los dientes frontales)
Corona de acero inoxidable (prefabricada) (1 en 2 años en el mismo diente)
Algunos servicios NO tienen cobertura. Los servicios no cubiertos son los siguientes:
Protectores de mordida
Extracción de terceros molares sanos (muelas del juicio)
Puentes e incrustaciones
Implantes
Ortodoncia
Odontología cosmética
Espaciadores desmontables
Servicios cubiertos por un programa hospitalario, médicoquirúrgico o de medicamentos con receta
Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular o ATM (este es un problema que puede causar dolor en la articulación de la mandíbula y también en los músculos que controlan el movimiento de la mandíbula)
Tomografías computarizadas de haz cónico
Óxido nitroso

* No se necesita una autorización previa.

Asegúrese de preguntarle al dentista si un servicio está cubierto antes de recibirlo; deberá pagar por los servicios que no tienen cobertura.

Tenga en cuenta que los niños y jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid quedan automáticamente inscritos en el **programa Healthy Kids Dental**. Los dos planes disponibles son Blue Cross Blue Shield of Michigan y Delta Dental of Michigan. Recibirá una tarjeta de identificación y un Manual del Afiliado del plan en el que está inscrito. Si está inscrito en este programa, consulte el Manual del Afiliado de Healthy Kids Dental para obtener información sobre sus beneficios. También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan al 800-642-3195 si necesita ayuda.

Blue Cross Blue Shield of Michigan
Planes de seguro médico de Michigan |
Teléfono de BCBSM: 800-936-0935

Delta Dental of Michigan
Planes dentales individuales | Delta Dental of Michigan
(deltadentalmi.com) | Teléfono: 866-696-7441

Equipo médico permanente

Algunas afecciones médicas necesitan equipos especiales. El equipo médico duradero que cubrimos incluye:

- Nebulizadores, muletas, sillas de ruedas y otros dispositivos
- Suministros médicos desechables (suministros para ostomía, catéteres, medidores de flujo máximo y almohadillas para alcohol)
- Suministros para la diabetes (lancetas, tiras reactivas, agujas de insulina, medidores de glucosa en sangre y bombas de insulina)
- Prótesis y órtesis
- Nota especial: las prótesis reemplazan una parte del cuerpo que falta, como una mano o una pierna; también pueden ayudar al funcionamiento del cuerpo. Los aparatos ortopédicos corrigen, alinean o sostienen partes del cuerpo que pueden estar deformadas.

Para obtener un equipo médico duradero, necesita una receta hecha por su médico, y es posible que también necesite nuestra autorización previa. Debe obtener el artículo de un proveedor de la red. Para encontrar proveedores de equipo médico duradero de la red, llame a Servicios para Afiliados.

Atención de emergencia

La atención de emergencia es para tratar una situación médica o una lesión que pone en riesgo la vida de una persona que, razonablemente, buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

Estos son algunos ejemplos de emergencias:

Convulsiones

Sangrado incontrolable

Dolor en el pecho

Fiebre alta

Problemas respiratorios serios

Huesos rotos

Pérdida del conocimiento (desmayos o desvanecimientos)

Fractura o dislocación de mandíbula

Absceso dental con inflamación grave

Heridas de arma blanca o de bala

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a una sala de emergencias. No necesita una aprobación de HAP CareSource o de su médico para recibir atención de emergencia; puede acudir a cualquier hospital. No deje de consultar a su médico para asegurarse de estar recibiendo la atención y los servicios de seguimiento adecuados.

Servicios de alimentación

Medicaid de Michigan y su plan de salud de Medicaid ofrecen servicios de alimentación para mejorar su salud. Es posible que sea elegible para recibir uno de estos servicios sin costo alguno para usted. Los servicios de alimentación incluyen lo siguiente:

- Comida a domicilio adaptada según criterios médicos

Si es elegible, depende de usted si utiliza o no un servicio de alimentación. Su cobertura de Medicaid y el acceso a otros servicios médicos seguirán siendo los mismos, independientemente de si elige usar un servicio de alimentación o no.

Puede presentar una queja o apelación sobre el servicio de alimentación, por ejemplo, si no obtiene la respectiva autorización para. La información sobre cómo hacerlo se encuentra en la página 40.

Siga leyendo para obtener más información sobre sus opciones de servicio de alimentación, y si puede ser elegible para recibirlos. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Si lo aprueba el gobierno federal, este servicio comenzará a regir el 1.º de enero de 2025.

Comida a domicilio adaptada según criterios médicos

A través del servicio de comidas a domicilio adaptada según criterios médicos, recibirá hasta dos comidas saludables en su hogar hasta 5 días a la semana. Estas comidas se adaptan a sus necesidades de salud.

También recibirá ayuda de un dietista registrado: esta persona es experta en nutrición y le brindará orientación sobre cómo elegir alimentos saludables.

Este servicio es para afiliados que no pueden obtener suficientes alimentos cuando los necesitan; no pueden comprar y cocinar sus propias comidas saludables, **Y**:

- Tienen una enfermedad que puede mejorarse con una dieta saludable (como diabetes, afecciones cardíacas, accidente cerebrovascular, trastornos pulmonares, hipertensión, virus de inmunodeficiencia humana o VIH, cáncer, obesidad, enfermedad de salud bucal, enfermedad de células falciformes, enfermedad renal/de los riñones, diabetes durante el embarazo, otras complicaciones del embarazo, un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental) **O**
- Han estado internados en un hospital o centro de enfermería especializada en los últimos 90 días.

Si lo aprueba el gobierno federal, este servicio comenzará a regir el 1.º de enero de 2025.

Conductas saludables

Puede ser elegible para participar en un programa de incentivos de conducta saludable. Mantenerse saludable es más importante que nunca: en HAP CareSource recomendamos a nuestros afiliados que estén al tanto de sus evaluaciones y pruebas de bienestar. Para ayudar a recompensar su conducta saludable, ofrecemos el programa de Recompensas de HAP CareSource. Puede ganar tarjetas de regalo por pruebas y servicios que probablemente ya esté pensando recibir.

Obtenga más información sobre estas recompensas y cómo registrarse en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/medicaid/benefits-services/rewards/>.

Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Servicios para la audición

Su capacidad auditiva afecta su calidad de vida. Cubrimos servicios e insumos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del oído, incluidos los siguientes:

- Exámenes de audición
- Evaluaciones y adaptaciones de audífonos médicamente necesarios
- Audífonos médicamente necesarios

Si necesita un examen de la audición o cree que necesita audífonos, llame a NationsHearing® al 1-877-484-2688. También puede llamar a un proveedor de nuestra lista de proveedores de la audición.

Hepatitis C

Hay tratamiento disponible para la hepatitis C. Se trata de una infección en el hígado causada por el virus de la hepatitis C. Se contagia mediante el contacto con la sangre de una persona infectada, incluso en cantidades demasiado pequeñas para verlas.

Las personas con esta afección, a menudo, no se sienten enfermas ni tienen síntomas. Cuando aparecen los síntomas, estos son un signo de enfermedad hepática avanzada. Es importante hacerse la prueba de detección antes de que sea grave, cuando es más fácil de tratar. Todos los adultos deben someterse a una prueba de detección de hepatitis C, por lo menos, una vez. Las embarazadas deben hacerlo durante cada embarazo.

Para los afiliados menores de 21 años, la evaluación está cubierta por el Programa de Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Esto incluye la cobertura de todo servicio de seguimiento y derivaciones necesarios desde el punto de vista médico.

Atención médica domiciliaria, servicios de enfermería especializada y cuidados paliativos

Puede que necesite atención a largo plazo. Para ayudarle a obtener la atención que necesita, podemos cubrir:

- Servicios a corto plazo en un hogar de ancianos de hasta 45 días en un centro de enfermería (la atención a largo plazo es proporcionada por el estado de Michigan)
- Servicios de atención médica a domicilio para afiliados que no pueden salir de casa
- Suministros y equipos relacionados con la atención médica domiciliaria
- Cuidados paliativos

Atención hospitalaria

Se trata de atención que recibe al dar a luz o cuando tiene una enfermedad grave. También cubre servicios que recibiría en el hospital como análisis de laboratorio o radiografías. Su médico coordina la atención hospitalaria si usted la necesita. Si ocurre una emergencia, otro médico en el hospital puede reemplazar al suyo para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Debe llamar a su médico tan pronto como lo ingresen en el hospital, si este no lo dispuso. Pídale a un familiar o amigo que llame si usted no puede hacerlo. Es importante que llame a su médico de inmediato y programe una visita los siete días posteriores al alta. Puede organizar su atención después de salir del hospital durante la consulta de seguimiento.

Servicios de salud mental y por consumo de sustancias

Queremos que se sienta lo mejor posible, incluidos sus pensamientos y sentimientos. Por ello, cubrimos el tratamiento a corto plazo de las necesidades mentales o emocionales. Esto aplica a los afiliados que reciben servicios de salud mental de leves a moderados. Estas visitas pueden realizarse con un terapeuta de la red como un consejero, un trabajador social clínico con licencia o un psicólogo. La telesalud puede ser una opción para usted; hable con su proveedor de salud mental para obtener más información. El tratamiento para afecciones mentales graves a largo plazo o trastornos emocionales graves para niños, así como el tratamiento como paciente internado y ambulatorio intensivo, debe coordinarse a través de la agencia local del Programa de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP). El CMHSP también puede ayudarle a derivarlo a la agencia local correcta si usted o un miembro de su familia tienen problemas o inquietudes sobre las drogas o el alcohol. Si cree que tiene un problema de abuso de sustancias, lo alentamos a buscar ayuda. Si necesita ayuda para obtener servicios, llame a su médico o comuníquese con Servicios para Afiliados.

Señales y síntomas del abuso de sustancias:

- No terminar las cosas en el trabajo, la casa o la escuela
- Estar ausente a menudo
- Tener un bajo desempeño en el trabajo o la escuela
- Consumir alcohol o drogas cuando es peligroso (esto incluye mientras conduce o usa máquinas)
- Tener problemas legales debido al consumo de alcohol o drogas
- Necesitar más cantidad de la sustancia para sentir los mismos efectos
- Fracasos al tratar de reducir el consumo
- Fallar al intentar controlar el consumo de la sustancia
- Dedicar mucho tiempo a conseguir la sustancia
- Dedicar mucho tiempo a consumir la sustancia
- Pasar mucho tiempo recuperándose de los efectos de la sustancia
- Abandonar o reducir las actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de sustancias
- Seguir consumiendo la sustancia aunque tenga efectos negativos

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud mental o por el abuso de sustancias, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**. También puede llamar a su agencia local del CMHSP.

Si necesita atención de emergencia por una afección potencialmente mortal, o si tiene pensamientos suicidas o de muerte, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. También puede llamar a la Línea nacional de prevención del suicidio y crisis llamando al 988; hay ayuda disponible para usted ahora.

Atención de obstetricia y ginecología

Puede recibir atención de obstetricia y ginecología (OB/GYN) de rutina y otros servicios de salud, incluidos servicios preventivos y de rutina, de cualquier proveedor dentro o fuera de nuestra red (consulte la sección *Servicios fuera de la red* para obtener más información). No necesita una derivación ni una autorización previa. Esto incluye recibir atención de rutina por parte de su obstetra/ginecólogo, incluso si no es su PCP.

Para asegurarnos de que reciba la atención que necesita, cubrimos lo siguiente:

Planificación familiar

Pruebas de embarazo

Anticonceptivos y asesoría para el control de la natalidad

Pruebas de VIH/SIDA y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual

Atención durante el embarazo y la maternidad, incluido el Programa de salud materno-infantil

Servicios de comadronas

Prueba de detección de la depresión

Atención prenatal y posparto

Servicios de partera en un entorno de atención médica

Atención en el parto

Clases de preparación para el parto y de paternidad

Mamografías y servicios para el cáncer de mama, como tratamiento y reconstrucción

Pruebas de Papanicolaou



Servicios de planificación familiar

La atención de planificación familiar está cubierta, y pueden recibirla tanto hombres como mujeres. La planificación familiar es un factor importante para mantenerse saludable. Puede obtener información de su médico, obstetra/ginecólogo o de un Centro de planificación familiar; no necesita una derivación para recibir este tipo de servicio. Comuníquese con Servicios para Afiliados tan pronto como sepa que está embarazada para aprovechar al máximo los beneficios y el apoyo disponibles para usted.

Otros servicios de planificación familiar incluyen:

- Asesoría para ayudarle a decidir cuándo tener hijos
- Ayuda para decidir cuántos hijos tener
- Servicios e insumos anticonceptivos (se recomienda hacerse una prueba de Papanicolaou y una prueba de clamidia antes de usar anticonceptivos)
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de detección de cáncer de testículo y próstata
- Pruebas de embarazo
- Ayuda en la planificación de un embarazo saludable cuando desea tener un bebé
- Ayuda para elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte a su vida

Servicios para el embarazo

Si está embarazada, los controles tempranos y regulares pueden ayudar a protegerlos a usted y a su bebé. La atención debe comenzar durante las primeras 12 semanas de embarazo. El cuidado bucal también es importante para usted y el bebé durante la gestación; la atención odontológica de rutina puede realizarse sin problema durante este periodo. Llame al programa Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)** y a su oficina local del MDHHS tan pronto como sepa que está embarazada para que podamos brindarle apoyo.

Ya sea que esté empezando a pensar en ampliar su familia, que esté embarazada o que haya dado a luz, HAP CareSource está aquí para ayudarla. Nuestro programa Mom and Baby Beginnings puede acompañarla en cada paso. Tendrá acceso a educación y apoyo, coordinadores de la atención de enfermería de práctica médica, trabajadores sociales, asesores de lactancia materna, dietistas, planificación del parto, crianza, recursos comunitarios y muchos más servicios que puede recibir por teléfono o a través de una aplicación interactiva. ¿Tiene preguntas? Comuníquese con el programa Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)**.

Atención posparto

Es importante que se cuide después de haber tenido un bebé. Debe realizarse un control posparto entre los 7 y 84 días posteriores al embarazo. Este examen está cubierto.

El médico puede controlarle la presión arterial y el peso. Es posible que le hable sobre métodos anticonceptivos, opciones de alimentación y otro tipo de asesoramiento posparto. También puede conversar acerca de los nuevos sentimientos que pueda tener.

Cuando nazca su bebé, avísenos. Llame a su oficina local del MDHHS para que actualicen su expediente. Además, llame al programa Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)** para comunicar el cambio; esto inicia el proceso de inscripción de su bebé en los servicios de atención médica. Su bebé está cubierto por su plan de salud cuando nace. Asegúrese de informarnos el día en que dio a luz, el nombre del niño y el número de identificación de Medicaid del bebé que le dan en la oficina local del MDHHS. Le

enviaremos una tarjeta de identificación de afiliado para el bebé en un plazo de 30 días posteriores a la recepción de esta información. Si necesita ayuda, llame al programa Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)**.

Cambio en el tamaño de la familia

Si atraviesa un cambio en el tamaño de la familia, comuníquese con Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)** para informarnos y que podamos ayudarla. Un cambio en el tamaño de la familia incluye situaciones como matrimonio, divorcio, un parto, adopción o un fallecimiento. Comuníquese con su oficina local del MDHHS si cambia el tamaño de la familia.

Programa de salud para madres e hijos (MIHP)

El MIHP es un programa de visitas domiciliarias para mujeres y bebés con el fin de promover embarazos saludables, resultados positivos en el parto, y el crecimiento y desarrollo saludables del bebé. Los servicios cubiertos por el MIHP incluyen:

- Enseñanza prenatal
- Clases de preparación para el parto
- Apoyo nutricional, educación y asesoramiento
- Apoyo para la lactancia o la alimentación con leche de fórmula
- Ayuda con problemas personales que puedan complicar el embarazo
- Evaluaciones del bebé recién nacido
- Derivaciones a recursos comunitarios y ayuda para encontrar cunas, asientos de seguridad, ropa, etc.
- Apoyo para dejar de fumar
- Ayuda con el abuso de sustancias
- Servicios de atención personal o de asistencia a domicilio

Llame al programa Mom and Baby Beginnings al **1-833-230-2034 (TTY: 711)** para obtener más información sobre cómo puede acceder a estos servicios.

Atención médica preventiva para adultos

La atención médica preventiva para adultos es importante para HAP CareSource; debe realizarse un examen de control cada año para prevenir y detectar problemas de salud. Es importante detectar y tratar los problemas de salud a tiempo.

Asegúrese de programar una cita, y pídale a su médico que controle lo siguiente:

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Índice de masa corporal
- Azúcar en la sangre
- Evaluación de depresión
- Exámenes de detección de próstata y colorrectal

También puede preguntarle sobre lo siguiente:

- Vacunas
- Pruebas de VIH/SIDA y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

La salud preventiva también consiste en tomar las decisiones correctas para mantener hábitos de salud recomendados. Consultar a su médico para recibir atención de rutina es un buen hábito de salud preventiva que le permite mantenerse saludable. Tenemos programas para ayudarlo a tomar decisiones de salud preventiva adecuadas para usted y su familia.

Puede mejorar tanto su salud como la de su familia si asume responsabilidades y adopta conductas saludables. Obtener la atención preventiva anual necesaria es el primer paso. A continuación, se enumeran algunas otras cosas que debe o no hacer para tomar el control de su salud.

Cosas que debe hacer:	Cosas que no debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Comer sano • Hacer ejercicio • Dormir lo suficiente • Controlar el estrés • No fumar ni consumir tabaco • No consumir drogas ni beber alcohol • Ir al dentista para realizarse limpiezas regulares y servicios preventivos • Consultar a su médico una vez al año para recibir atención preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir alimentos con alto contenido de grasa, azúcar y sal • Llevar un estilo de vida sedentario • Contener sus sentimientos o emociones si se siente estresado o deprimido • Consumir drogas, alcohol o tabaco • Olvidarse de programar sus visitas al dentista para limpiezas regulares y servicios preventivos • Olvidarse de programar una visita anual a su médico • Evitar ir al médico

Atención de rutina

La atención de rutina es para cosas como las siguientes:

- Controles anuales
- Exámenes físicos escolares
- Evaluaciones de salud
- Vacunas
- Exámenes de la vista y audición
- Análisis de laboratorio

Su médico debe programar una visita los 30 días hábiles posteriores a la solicitud.



Servicios de transporte

Si no se trata de una emergencia

Su beneficio de Medicaid le ofrece opciones de transporte. Ofrecemos transporte sin cargo para consultas médicas, visitas al laboratorio, servicios hospitalarios que no sean de emergencia, retiro de recetas, servicios odontológicos y otros servicios cubiertos por Medicaid, ya sea que sean proporcionados por su plan de salud de Medicaid o directamente a través del MDHHS. En algunos casos, podemos proporcionar *tokens* o fichas para el autobús o, si tiene su propio vehículo u otra persona que lo conduzca, puede solicitar el reembolso de las millas.

Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para obtener más información y para programar un viaje. Llame 2 o 3 días antes de la cita para que podamos asegurarnos de contar con alguien disponible para llevarlo. Puede solicitar transporte el mismo día para una cita urgente que no sea de emergencia.

Tenga la siguiente información a mano cuando llame:

- Su nombre, número de identificación de Medicaid y fecha de nacimiento
- La dirección y el número de teléfono del lugar donde lo recogerán
- La dirección y el número de teléfono del lugar a donde va
- La fecha y hora de la cita
- El nombre de su proveedor

Los afiliados con alguna necesidad especial (adaptaciones para sillas de ruedas, recursos de oxígeno, etc.) deberán programar el transporte lo antes posible para que podamos satisfacer sus necesidades con el proveedor adecuado.

Si recibe servicios a través de una agencia local del Programa de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP), es posible que continúe recibiendo algunos servicios de transporte a través de la agencia local del CMHSP. Comuníquese con su agencia local del CMHSP si tiene preguntas sobre este beneficio.

Asegúrese de llamarnos lo antes posible si necesita cancelar. Llame a Servicios para Afiliados con 24 horas de anticipación al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

El transporte está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.

Los servicios adicionales de transporte incluyen:

- Servicios continuos (p. ej., diálisis, quimioterapia, servicios para el trastorno por consumo de sustancias, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional)
- MIHP u otro programa de visitas domiciliarias basado en la evidencia aprobado por el MDHHS
- Visitas relacionadas con la atención médica y con el embarazo para embarazadas y bebés*
- Transporte para que una madre visite a su bebé internado

* Las citas relacionadas con el embarazo incluyen los servicios de salud bucal, del programa WIC, de tratamiento para trastornos mentales o por abuso de sustancias; y las clases de preparación para el parto y de paternidad.

Transporte en ambulancia médicamente necesario, que no sea de emergencia, a los servicios relacionados con el Plan médico prepagado para pacientes internados (PIHP) y el Programa de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP).

Si se trata de una emergencia

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Servicios para dejar de fumar

Queremos ayudarlo a dejar de fumar. Si fuma, hable con su médico sobre cómo hacerlo. Si está embarazada y fuma, dejar de fumar ahora les ayudará a usted y a su bebé. Su médico puede ayudarla, y también puede hacerlo HAP CareSource. Llame a Servicios para Afiliados **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para obtener más información. Cubrimos los siguientes servicios:

- Servicios de terapia y asesoramiento
- Materiales educativos
- Inhaladores recetados o aerosoles nasales usados para dejar de fumar
- Medicamentos sin nicotina
- Artículos de venta libre para ayudar a dejar de fumar
 - Parches
 - Gomas de mascar
 - Pastillas

La Línea de Michigan para dejar el tabaco es un programa telefónico gratuito que le ayuda a dejar de fumar. Trabjará en colaboración con un consejero de salud para elaborar un plan para dejar de fumar. Para registrarse, llame al 1-800-QUIT-NOW (784-8669). Llame a Servicios para Afiliados **1-833-230-2053 (TTY: 711)** para obtener más información.

Atención de urgencia y fuera de horario

Los centros de atención de urgencia y las clínicas fuera del horario de atención son útiles si necesita atención rápida y no puede ver a su PCP. Para acudir a un centro de atención de urgencia o a una clínica fuera del horario de atención de nuestra red, no necesita una derivación ni autorización previa.

Estos centros tratan enfermedades que deben atenderse en un plazo de 48 horas, como la gripe, la fiebre alta, el dolor de garganta, infecciones de oído, irritación de los ojos y dolor en la parte baja de la espalda.

Si se cayó y tiene un esguince o siente dolor, puede tratarse en un centro de atención de urgencia.

Si no está seguro de si necesita atención de urgencia, llame a su médico; es posible que puedan brindarle tratamiento en el consultorio. También puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento en enfermería las 24 horas al **1-833-687-7370 (833-NURSE-70)**.

Servicios de la vista

El cuidado de la vista es una parte importante de su salud general. Para asegurarnos de que sus ojos estén sanos, y para ayudarlo a ver lo mejor posible, cubrimos los siguientes servicios:

- Un examen oftalmológico cada 24 meses
- Armazones
- Un par de anteojos cada 24 meses
- Lentes de contacto

No necesita una derivación para recibir atención oftalmológica. Si necesita anteojos o un examen de la vista, llame a EyeMed® al 1-833-918-0496. También puede llamar a un proveedor de nuestra lista de proveedores de atención oftalmológica. Si tiene problemas oftalmológicos, hable con su médico.

Apoyos y servicios comunitarios

Queremos brindar atención eficiente y adecuada de manera oportuna. También conectamos a nuestros afiliados con recursos de la comunidad.

- ¿Usted y su familia tienen dificultades para comprar alimentos?
- ¿Necesita ayuda para encontrar un lugar para quedarse o para pagar la calefacción?
- ¿Necesita transporte para ir a una cita médica?
- ¿Necesita ayuda para conseguir empleo?

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, podemos ayudarlo. Sabemos que es difícil acudir a su médico para exámenes de salud importantes u otra atención cuando se enfrentan estos desafíos. Si tiene dificultades con un problema similar o necesita ayuda, comuníquese con su coordinador de atención médica. Si no tiene uno y necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

También puede acceder a los recursos en los siguientes enlaces:

- En línea a través de nuestra página web: <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>
- En línea a través del portal del estado de Michigan: <https://newmibridges.michigan.gov/s/isd-landing-page?language=es> En línea a través de la página web del 2-1-1 de Michigan: www.mi211.org

El Programa para Mujeres, bebés y niños (WIC) es gratuito y ofrece una combinación de educación nutricional, alimentos suplementarios, apoyo y promoción de la lactancia materna, y derivaciones a servicios de atención médica. Llame al 1-800-262-4784 para encontrar una clínica del programa WIC cerca de usted, o llame a Servicios para Afiliados.

Repartición de costos y copagos

Un copago es un monto fijo en dólares que usted debe pagar como su parte del costo por un servicio o insumo médico. HAP CareSource no exige que abone un copago ni otros costos por los servicios cubiertos en virtud del programa Medicaid o Healthy Michigan Plan.

Debe acudir a un médico en la red de HAP CareSource Medicaid, a menos que se apruebe lo contrario. Si acude a un médico que no está en la red HAP CareSource Medicaid y no obtuvo la autorización para hacerlo, es posible que deba pagar por esos servicios. Medicaid solamente cubre servicios médicamente necesarios. Usted los recibe sin costo, a menos que su plan implique copagos. El término "médicamente necesario" significa que usted necesita estos servicios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de un problema de salud. No debería recibir una factura por estos servicios. Si tiene preguntas sobre cómo pueden aplicar los copagos o si recibe una factura, comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

Servicios cubiertos por Medicaid, no por HAP CareSource

HAP CareSource no cubre todos los servicios para los que podría cualificar como afiliado de Medicaid.

Servicios cubiertos por Medicaid del estado de Michigan:

El programa de Medicaid del estado de Michigan cubre los siguientes servicios. Debe usar su tarjeta mihealth para recibir esta atención. Si tiene preguntas sobre estos, hable con su médico o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de su localidad. También puede comunicarse con la Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan llamando al 1-800-642-3195.

- Servicios prestados por un distrito escolar y facturados por medio del Distrito Escolar Intermediario
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados
- Hospitalización parcial ambulatoria
- Atención psiquiátrica
- Servicios de restauración o rehabilitación intermitentes o a corto plazo (en un centro de enfermería durante más de 45 días)
- Servicios de salud conductual para los inscritos que cumplan con los pautas de la política de Medicaid para enfermedad mental grave o trastorno emocional severo
- Atención para el abuso de sustancias, que incluye:
 - Pruebas de detección y evaluación
 - Desintoxicación
 - Asesoramiento intensivo para pacientes ambulatorios
 - Otra atención ambulatoria
 - Tratamiento con metadona

Servicios no cubiertos

- Abortos optativos y servicios relacionados
- Medicamentos, agentes biológicos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o equipos experimentales o de investigación
- Cirugía estética electiva
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad

Derechos y responsabilidades

Como afiliado, usted tiene derechos y responsabilidades. Nuestro personal respetará sus derechos; no lo discriminaremos por hacer uso de ellos. Este plan de salud de Medicaid y cualquiera de sus proveedores afiliados cumplirán con los requisitos relativos a sus derechos.

Tiene derecho a:

- Recibir información sobre HAP CareSource; nuestros servicios, profesionales y proveedores; y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Recibir servicios cultural y lingüísticamente adecuados (CLAS).
- Que su información personal y médica se mantenga en secreto.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluidos los derechos a rechazar un tratamiento y a expresar preferencias sobre las opciones de tratamiento.
- Expresar quejas o apelaciones sobre HAP CareSource o la atención que presta.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni aislamiento como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y exigir que se enmienden o corrijan.
- Recibir servicios de atención médica conformes a las regulaciones estatales y federales.
- Ser libre para ejercer sus derechos sin que ello afecte la forma en que lo tratan el contratista, los proveedores o el estado.
- Presentar una queja o apelación para solicitar una audiencia estatal imparcial, o para que se realice una revisión externa, en virtud de la Ley de Derechos del Paciente a una revisión independiente.
- No sufrir otros tipos de discriminación prohibidos por las reglamentaciones estatales y federales.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada según su afección y su capacidad de comprensión.
- Recibir servicios de Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y Clínicas de salud rurales (RHC).
- Solicitar información sobre los acuerdos de incentivos para proveedores, incluidos los que cubren los servicios de derivación que suponen un riesgo financiero significativo para el proveedor (más del 25 %); otros tipos de acuerdos de incentivos; y sobre si se proporciona o no cobertura contra pérdidas.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento de HAP CareSource.
- Hacer sugerencias acerca de nuestros servicios y proveedores.
- Hacer sugerencias sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Solicitar información acerca de nuestros proveedores, como, por ejemplo: sobre licencias, sobre cómo el plan les paga a los proveedores, sobre las cualificaciones y qué servicios necesitan aprobación previa.
- A que le proporcionen un análisis honesto de las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias a nivel clínico para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer este manual y el Comprobante de cobertura de HAP CareSource.
- Programar las citas con su médico de HAP CareSource y acudir a ellas.
- Tratar a los médicos y al personal con respeto.
- Proteger sus tarjetas de identificación de Medicaid contra el uso indebido.
- Ponerse en contacto con nosotros si tiene sospechas de fraude, malversación o abuso.
- Proporcionar a su plan de salud y a sus médicos toda la información posible sobre su salud.
- Recibir información sobre su estado de salud.
- Trabajar con su médico para establecer planes y metas de atención.
- Seguir los planes de atención acordados con su médico.
- Llevar un estilo de vida saludable.
- Tomar decisiones responsables con respecto a su atención.
- Contribuir a su salud asumiendo responsabilidades, incluidos los comportamientos apropiados e inapropiados.
- Solicitar Medicare u otro seguro cuando sea elegible.
- Notificar a su oficina local del MDHHS si cambia su información de contacto (como la dirección o el número de teléfono).
- Notificar a su oficina local del MDHHS los cambios que puedan afectar su elegibilidad para Medicaid (como los cambios en los ingresos o en el tamaño de su familia). Puede llamar a su oficina local del MDHHS o visitar <https://newmibridges.michigan.gov/s/isd-landing-page?language=es>.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados previamente y de manera conjunta, en la medida de lo posible.

Quejas y apelaciones

Queremos que se encuentre a gusto con los servicios que recibe de HAP CareSource y nuestros proveedores. Si no está satisfecho, puede presentar una queja o apelación.

Las quejas son reclamos que puede presentar si está insatisfecho con nuestro plan o con la forma en que lo trató un miembro del personal o proveedor. Las apelaciones son reclamos relacionados con su cobertura médica, como una decisión de tratamiento o un servicio que no tiene cobertura o que fue denegado. Si tiene un problema relacionado con su atención, hable con su médico; a menudo, podrá gestionar el problema. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a HAP CareSource al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

Proceso de quejas

Queremos saber qué es lo que no funciona bien para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja acerca de un proveedor, de la calidad de la atención o de los servicios recibidos, háganoslo saber de inmediato. Si no está conforme con nosotros o con su médico, puede presentar una queja en cualquier momento. HAP CareSource cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los afiliados que presentan quejas. Haremos todo lo posible para responder sus preguntas o ayudarlo a resolver su inquietud. Presentar una queja no afectará en absoluto sus servicios de atención médica ni sus beneficios. Estos son ejemplos de casos en los que podría querer presentar una queja:

- Su proveedor/un miembro del personal de HAP CareSource no respetó sus derechos.
- Tuvo problemas para conseguir una cita con su proveedor en un margen de tiempo adecuado.
- Se sintió insatisfecho con la calidad de la atención o el trato que recibió.
- Su proveedor/un miembro del personal de HAP CareSource fue grosero con usted.
- Su proveedor/un miembro del personal de HAP CareSource fue insensible a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a HAP CareSource al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

También puede hacerlo por escrito, por correo postal o en línea a:

HAP CareSource
Attn: Grievance & Appeals
P.O. Box 1025
Dayton, OH 45401-1025

En línea: **MyCareSource.com**

En la carta de queja, incluya toda la información que pueda. Por ejemplo; incluya la fecha y el lugar en que ocurrió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles sobre lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de afiliado a Medicaid. Puede solicitar que lo ayudemos a presentar la queja llamando al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**. Le comunicaremos cuando hayamos recibido su queja. Es posible que nos comuniquemos con usted para que nos proporcione más información.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede solicitarle a alguien que conozca que lo represente o que actúe en su nombre; esta persona será su “representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, comuníquese a HAP CareSource por escrito; incluya el nombre de su representante y la información de contacto de esa persona. Su queja se resolverá en un plazo de 90 días calendario tras su presentación, y le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Proceso de apelación

Una apelación es una forma de solicitar que revisemos nuestra decisión. Si decidimos que un servicio o artículo solicitado no se puede aprobar, o si un servicio se reduce o se interrumpe, recibirá una carta de “Determinación adversa de beneficios” de nuestra parte. En esta carta, se le indicará lo siguiente:

- La determinación adversa de beneficios que el contratista ha hecho o tiene la intención de hacer;
- Su derecho a que se le proporcionen, previa solicitud y sin costo, copias de todos los documentos, expedientes y demás información utilizada para tomar nuestra decisión;
- Qué medidas se tomaron y la razón de estas;
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo;
- Su derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial/revisión externa y cómo hacerlo;
- Su derecho en algunas circunstancias a solicitar una apelación expedita y cómo hacerlo;
- Su derecho a pedir que los beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo puede ser que deba pagar por los servicios.

Puede apelar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de Determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios sigan siendo los mismos mientras presenta la apelación, debe indicarlo al momento de apelar, y debe presentar la apelación en un plazo no mayor a 10 días calendario a partir de la fecha de la referida carta. La siguiente lista incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- Un servicio o artículo que solicita su proveedor no es aprobado o abonado;
- Se suspende un servicio que ya se había aprobado;
- No se le proporciona un servicio o artículo de manera oportuna;
- No se le informa de su derecho a elegir proveedores;
- No se le aprueba un servicio porque no estaba en nuestra red.

Puede presentar su apelación por teléfono llamando a HAP CareSource al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

También puede hacerlo por escrito, por correo postal o en línea a:

HAP CareSource
Attn: Grievance & Appeals
P.O. Box 1025
Dayton, OH 45401-1025

En línea: **MyCareSource.com**

Tiene varias opciones para obtener asistencia. Puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados para que lo ayudemos;
- Pedirle a alguien que conozca que lo ayude a representarlo (podría ser, por ejemplo, su PCP o un miembro de la familia).
- Optar por ser representado por un profesional del derecho.

Para designar a alguien que lo represente:

1. Envíenos una carta informándonos que desea que otra persona lo represente, e incluya la información de contacto de esta persona; o
2. Complete el formulario de designación de representación autorizada de HAP CareSource.

Puede llamar y solicitar el formulario o encontrarlo en nuestra página web en <https://www.caresource.com/es/mi/members/tools-resources/grievance-appeal/medicaid/>.

Le enviaremos una notificación en la que se le confirmará la recepción de la apelación. Asimismo, le informaremos si necesitamos más información y cómo puede proporcionárnosla en persona o por escrito. Si la apelación tiene que ver con una decisión médica, un proveedor con la misma especialidad o una similar a la del profesional que lo trató revisará la apelación (no será el mismo proveedor que tomó la decisión original de negar, reducir o suspender el servicio médico).

HAP CareSource le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o en un plazo de 10 días calendario si recibe beneficios del programa CSHCS. HAP CareSource puede solicitar una extensión de hasta 14 días adicionales para obtener más información antes de tomar una decisión. También puede solicitarnos una prórroga si necesita más tiempo para obtener documentación adicional que respalde su apelación.

Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y les enviaremos a usted y a su representante autorizado la notificación de decisión de apelación interna, el cual le indicará qué haremos y por qué motivo.

Si la decisión de HAP CareSource coincide con la notificación de determinación adversa de beneficios, es posible que usted deba pagar el costo de los servicios que recibió durante el transcurso de la revisión de la apelación. Si la decisión de HAP CareSource no concuerda con la notificación de determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios de inmediato.

Qué cosas debe tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más información sobre su apelación, de ser necesario.
- Tiene la opción de ver su expediente.
- Tiene la opción de estar allí cuando HAP CareSource analice su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de 30 días calendario para tomar una decisión sobre su apelación pondrá su vida o su salud en riesgo, puede solicitar una apelación expedita, ya sea por escrito o por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación del afiliado, la fecha de la carta de notificación de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y el motivo por el que solicita la apelación expedita. Estas solicitudes deben presentarse en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa de beneficios. Si necesitamos más información, se le informaremos en un periodo de 24 horas. Una vez que se proporcione toda la información, lo llamaremos en un plazo de 72 horas a partir del momento de su solicitud para informarle nuestra decisión. También le enviaremos a usted y a su representante autorizado la Notificación de decisión de apelación interna.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento, durante el proceso de la misma. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, utilizando los

mismos métodos disponibles existentes para presentarla. Si retira su apelación, finalizará el proceso, y no tomaremos ninguna decisión respecto a su solicitud. HAP CareSource confirmará el retiro de su apelación mediante el envío de una notificación a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a HAP CareSource al **1-833-230-2053 (TTY: 711)**.

¿Qué sucede a continuación?

Después de recibir la notificación de la decisión de apelación interna por escrito, no tiene que tomar ninguna medida; se cerrará su expediente de apelación. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede solicitar una Audiencia imparcial estatal a la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa en virtud de la Ley de Derecho del Paciente a una Revisión Independiente (PRIRA) al Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. Puede optar por solicitar tanto una audiencia estatal imparcial como una revisión externa, o puede solicitar solo una de ellas.

Proceso de audiencias estatales imparciales

Usted, su representante o su proveedor pueden solicitar una audiencia estatal imparcial ante la MOAHR. Deberá hacerlo en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la notificación de denegación de la apelación. Se adjuntará un formulario de solicitud de audiencia con la notificación de la decisión de apelación que reciba de nuestra parte. contiene instrucciones con las que deberá familiarizarse. Si solicitó la continuidad de los servicios en su apelación al plan de salud y desea continuar recibiendo sus servicios durante el proceso de audiencia estatal imparcial, deberá solicitar una audiencia estatal imparcial en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión. Si esta audiencia no resulta favorable para usted, es posible que tenga que pagar por los servicios que se le brindaron durante el proceso de audiencia. También puede solicitar una audiencia estatal imparcial si no recibe una decisión de nuestra parte en el plazo de tiempo correspondiente.

Llame a HAP CareSource al **1-833-230-2053 (TTY: 711)** si necesita que le envíen un formulario de solicitud de audiencia, o para hacer preguntas sobre el proceso de la audiencia. Recibirá una notificación de audiencia por escrito de la MOAHR, en la que se le indicará la fecha y hora de esta. La mayoría de las audiencias se celebra por teléfono, pero puede solicitar que se realice en persona. Durante la audiencia, se le pedirá que explique ante un juez de derecho administrativo por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Recibirá una decisión por escrito en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que la MOAHR recibió su solicitud de audiencia. La decisión por escrito indicará si tiene derechos adicionales de apelación.

Si el plazo estándar para la revisión pone en peligro su vida o su salud, es posible que pueda ser elegible para una audiencia estatal imparcial expedita. En caso afirmativa, la MOAHR deberá proporcionarle una respuesta en un periodo de 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita recopilar más información que pueda ayudarle, puede tomar hasta 14 días calendario más.

Si tiene preguntas, puede llamar al 1-800-648-3397.

Puede enviar el formulario de la audiencia estatal por correo postal o fax a:

Correo postal: Michigan Office of Administrative Hearings and Rules
Michigan Department of Health and Human Services
P.O. Box 30763
Lansing, MI 48909

Fax: 1-517-763-0146

Revisión externa de apelaciones

Usted, su representante o su proveedor pueden solicitar una revisión externa ante el DIFS en virtud de la Ley de Derechos del Paciente a una revisión independiente (PRIRA). Deberá hacerlo en un plazo de 127 días calendario a partir de la fecha de la notificación de denegación de la apelación. Se adjuntará un formulario de revisión externa en la notificación de la decisión de apelación que reciba de nuestra parte; contiene instrucciones con las que deberá familiarizarse.

El DIFS enviará su apelación a una Organización de Revisión Independiente (IRO) para que la revise. Se le enviará la decisión por correo postal en un plazo de 14 días calendario tras la aceptación de la apelación. También puede solicitar una revisión externa si no recibe una decisión de nuestra parte en el plazo correspondiente. Usted, su representante autorizado o su médico también pueden solicitar una decisión de apelación rápida del DIFS en un plazo de 10 días calendario tras recibir la determinación final. El DIFS decidirá si la solicitud cumple con los criterios de determinación expedita o estándar. Se puede conceder una revisión externa expedita o rápida si se solicitó al plan una revisión de apelación expedita, si se presenta en un plazo de 10 días tras la recepción de la determinación adversa, y si un médico indica que es necesaria una revisión rápida debido al riesgo para la vida o la salud del afiliado. El DIFS enviará su apelación a una IRO para que la revisen, y recibirá una decisión sobre su atención en un plazo de 72 horas. Durante este período, continuarán corriendo sus beneficios.

Envíe la solicitud a:

Department of Insurance and Financial Services (DIFS)
Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

o llame al: 1-877-999-6442

Fax: 1-517-284-8838

En línea: <https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx>

Quejas y apelaciones odontológicas

Si tiene preguntas sobre un reclamo odontológico o desea presentar una queja/reclamo, llame a Delta Dental®. También tiene derecho a solicitarle a Delta Dental que revise su decisión de denegación; lo cual se denomina "apelación interna". Puede solicitarla por teléfono o por escrito, por fax o por correo postal.

Delta Dental
Attn: Medicaid Grievance and Appeals
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

Fax: 1-517-381-5527

Teléfono: 1-866-327-5068

Expresar su voluntad: instrucciones anticipadas

HAP CareSource respalda su derecho a presentar instrucciones anticipadas de acuerdo con la ley de Michigan. Este documento es una declaración escrita de su voluntad de atención médica. Explica, de antemano, qué tratamientos desea o no recibir si tiene una afección médica grave que le impide comunicárselo a su proveedor.

En estos casos, el estado de Michigan solo reconoce una instrucción anticipada llamada "poder notarial duradero". Para crear uno, deberá elegir un defensor del paciente;

se trata de una persona que cumple su voluntad y toma decisiones por usted cuando usted no puede hacerlo. Es importante elegir a una persona que conozca y en la que confíe, y asegurarse de comunicarle cuáles son sus deseos.

Hable con su familia y PCP acerca de sus opciones. Presente una copia de sus instrucciones anticipadas junto con sus otros documentos importantes. Entréguele una copia a la persona que usted designe como su defensor. Solicite que se coloque una copia en su expediente médico.

Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información y los formularios que necesita para redactar una instrucción anticipada.

Si no se cumplen sus deseos o si tiene un reclamo sobre cómo su proveedor cumple con las instrucciones anticipadas, puede presentar un reclamo ante:

Department of Licensing & Regulatory Affairs

BPL/Investigations & Inspections Division
P.O. Box 30670 Lansing, MI 48909-8170

Por teléfono: 1-517-373-9196

O haga clic en el siguiente enlace:

michigan.gov/lara/bureau-list/bpl

Haga clic en *Presentar un reclamo*

Si tiene quejas sobre cómo HAP CareSource cumple con sus deseos, puede llamar al Departamento de Seguros y Servicios Financieros del estado de Michigan. Llame gratis al 1-877-999-6442 o visite michigan.gov/difs.

Ayude a identificar el fraude, la malversación y el abuso en la atención médica

Medicaid paga a médicos, hospitales, farmacias, clínicas y otros proveedores de atención médica para que atiendan a niños y adultos que necesitan ayuda para obtener atención médica. A veces, los proveedores y los pacientes hacen un uso indebido de los recursos de Medicaid. Aprovecharse injustamente de los recursos de Medicaid implica menos dinero para las personas que necesitan atención; esto se denomina "fraude", "malversación" y "abuso".

Fraude

El fraude es tergiversar los hechos a propósito. Estos son algunos ejemplos:

- Usar la tarjeta de identificación de afiliado de otra persona
- Modificar una receta hecha por un médico
- Facturar por servicios que no se prestaron
- Facturar el mismo servicio más de una vez

Malversación

Es el uso negligente o ineficaz de los recursos. No es una violación de la ley, pero le quita dinero a la atención médica a las personas que la necesitan. Estos son algunos ejemplos:

- Uso de servicios de transporte para citas no médicas
- Médicos que ordenan pruebas excesivas o innecesarias
- Farmacias de pedido por correo que le envían recetas sin confirmar que aún las necesita

Abuso

Es el uso excesivo o inadecuado de esos recursos. Estos son algunos ejemplos:

- Usar la sala de emergencias por motivos que no sean verdaderamente de emergencia
- Acudir a más de un médico para obtener la misma receta
- Exhibir un comportamiento amenazante u ofensivo en el consultorio médico, el hospital o la farmacia
- Recibir servicios que no son necesarios desde un punto de vista médico

Usted puede ayudar

Nos esforzamos por encontrar, investigar y prevenir el fraude en la atención médica. Usted puede ayudar. Sepa a qué prestar atención cuando reciba servicios de atención médica. Si recibe una factura o estado de cuenta de su médico o un estado de cuenta de pagos de la Explicación de beneficios de nuestra parte, asegúrese de que:

- El nombre del médico coincida con el médico que lo trató
- El tipo y la fecha de servicio sean los correctos
- El diagnóstico que aparece en sus documentos sea el que le indicó su médico

El fraude de atención médica es un delito grave en Michigan; estar involucrado en fraude o abuso puede poner sus beneficios en riesgo o generar otros problemas legales. Si sospecha que se ha producido fraude, malversación y abuso, denúncielo. No será necesario que se identifique. Puede llamar, o escribir un correo electrónico o una carta a:

HAP CareSource
Attn: Program Integrity
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940

Fax: 1-800-418-0248

Correo electrónico: fraud@CareSource.com

Teléfono: 1-833-230-2053 (TTY: 711) – Diga que necesita denunciar fraude.

Todos los casos denunciados de sospecha de fraude, malversación y abuso son monitoreados y manejados por la Oficina de Cumplimiento y la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) de HAP CareSource.

También puede denunciar u obtener más información sobre fraude en la atención médica escribiendo a:

Office of the Inspector General
P.O. Box 30062
Lansing, MI 48909

O llame gratis: 1-855-MI-FRAUD (855) 643-7283

O visite: michigan.gov/fraud. Es posible dar información de forma anónima.



Definiciones útiles

Estas definiciones lo ayudarán a entender mejor ciertas acciones y servicios en este manual.

Afección médica de emergencia: una enfermedad, lesión o afección tan grave que requiere atención médica de inmediato.

Apelación: la medida que puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago tomada por su plan de salud de Medicaid. Puede apelar si su plan:

Deniega su solicitud de:

- un servicio de atención médica
- un suministro o artículo
- un medicamento con receta que usted cree que debería poder obtener

Reduce, limita o deniega la cobertura de:

- un servicio de atención médica
- un suministro o artículo
- un medicamento con receta que ya recibió

Su plan deja de proporcionar o pagar la totalidad o parte de:

- un servicio
- un suministro o artículo
- un medicamento con receta que usted cree que aún necesita

No proporciona servicios médicos oportunos

Apelación expedita: una apelación realizada cuando el contratista determina (con base en la solicitud del afiliado) o el proveedor indica (al presentar la solicitud en nombre del afiliado o al respaldar la solicitud del afiliado) que tomarse el tiempo para una resolución estándar podría poner en grave riesgo la vida, la salud o la capacidad del afiliado para lograr, mantener o recuperar su máxima funcionalidad. La decisión del contratista debe tomarse dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una apelación expedita.

Atención de enfermería especializada: Servicios en su propio hogar o en un hogar de ancianos prestados por personal capacitado:

- Personal de enfermería
- Técnicos
- Terapeutas

Atención de urgencia: atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para buscar atención médica de inmediato, pero no lo suficientemente grave como para necesitar recibir atención en una sala de emergencias.

Atención en la sala de emergencias: atención proporcionada en caso de una emergencia médica si cree que su salud está en peligro.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no necesita una estadía de una noche.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica que un proveedor de atención médica

decide que necesita en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. La atención médica domiciliaria le ayuda a recuperar su independencia y permite que sea lo más autosuficiente posible.

Autorización: una aprobación para un servicio.

Autorización previa: la aprobación de un plan exigida antes de que este pague por ciertos

- servicios,
- equipos médicos o
- recetas.

Cobertura de medicamentos con receta: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Contratista: un plan de salud (HAP CareSource) al que se le adjudicó un contrato con Medicaid.

Copago: es el monto que debe pagar (su parte del costo) por un servicio o insumo médico. Esto puede incluir:

- una visita al médico
- una visita ambulatoria al hospital
- medicamentos recetados

Derivación: una solicitud de un PCP para que su paciente vea a otro proveedor para recibir atención.

Equipo médico duradero: equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. Esto puede incluir:

- equipos de oxígeno
- sillas de ruedas
- muletas
- tiras de análisis de sangre para diabéticos

Especialista: un médico especialista con licencia que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

Experimental o en investigación: medicamentos, agentes biológicos, procedimientos, dispositivos o equipos que la División de Administración de Servicios Médicos del MDHHS determine que no hayan sido aceptados por la comunidad médica profesional como tratamientos eficaces y probados para las afecciones para las que se utilizan o se van a utilizar.

Hospitalización: atención hospitalaria que requiere que se ingrese al paciente, y puede implicar pasar la noche en el hospital. Una estadía de una noche también puede considerarse atención ambulatoria.

Instrucciones anticipadas: una instrucción legal por escrito (como un testamento vital, una directiva personal, una decisión anticipada, un poder notarial duradero o un apoderado de atención médica), en la cual una persona específica qué medidas deben tomarse en relación con la prestación de atención médica en caso de estar incapacitada.

Medicamentos con receta: medicamentos y fármacos que, por ley, necesitan una receta hecha por un proveedor autorizado.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica que cumplen con los estándares aceptados de la medicina necesarios para diagnosticar o tratar:

- una enfermedad,
- una lesión,
- una afección,
- una enfermedad o
- un síntoma.

Plan: se trata de un plan que ofrece servicios de atención médica a afiliados que pagan una prima.

También se la conoce como "aprobación previa" o "precertificación". Su plan puede exigir autorización previa para ciertos servicios antes de que usted pueda recibirlos (esto excluye las emergencias).

Plan médico de salud: es un plan que ofrece servicios de atención médica a afiliados que cumplen con las reglas de elegibilidad del estado. El estado tiene contratos con ciertas Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) para la prestación de servicios de salud a aquellos que son elegibles. El estado paga la prima en nombre del afiliado.

Plan médico prepagado para pacientes internados (PIHP): presta servicios de salud conductual a los afiliados. El PIHP es responsable de tratar al individuo hasta que se estabilice y ya no cumpla con los criterios para el tratamiento de una enfermedad mental grave, tal como se describe en la política de Medicaid.

Prima: el monto que se paga mensualmente por los beneficios de atención médica. El estado paga las primas del plan de salud de Medicaid en nombre de los afiliados elegibles.

Proveedor: una persona, lugar o grupo que cuenta con licencia para brindar atención médica, como médicos, personal de enfermería y hospitales.

Proveedor de atención primaria: un médico, personal de enfermería especializado, especialista en enfermería clínica o asistente médico con licencia, según lo permita la ley estatal, que proporciona y administra su atención médica. También puede denominarse "médico de atención primaria" o "PCP". Su PCP es la persona a la que usted acude en primer lugar por la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de médicos acerca de su atención y derivarlo.

Proveedor de la red/Proveedor participante: un proveedor de atención médica que tiene un contrato con el plan como proveedor de atención médica.

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red: un proveedor de atención médica que no tiene un contrato con el plan de salud de Medicaid como proveedor de atención médica.

Queja: un reclamo que usted plantea a su plan. Puede presentar una queja si tiene problemas para llamar al plan o si no está satisfecho con la forma en que lo trató un miembro del personal o un proveedor. Una queja no es la forma de gestionar un reclamo sobre una decisión de tratamiento o un servicio que no está cubierto o que fue denegado (consulte "Apelación").

Red: proveedores de atención médica contratados por su plan para prestar servicios de salud. Esto incluye:

- Médicos
- Hospitales
- Farmacias

Seguro de salud: el seguro de salud es un tipo de cobertura que paga los costos médicos o de medicamentos. Puede reembolsarle a la persona los costos por enfermedad o lesión. También puede pagarle directamente al proveedor. El seguro de salud exige el pago de primas (consulte "Prima") por parte de la persona que obtiene el seguro.

Servicios de emergencia: revisión de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios de hospicio: el hospicio es una forma especial de cuidar a las personas con enfermedades terminales y de apoyar a la familia del paciente.

Servicios de un médico: servicios de atención médica prestados por una persona con licencia, conforme a la ley estatal, para ejercer la medicina.

Servicios excluidos: servicios médicos que su plan no paga ni cubre.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Se pueden recibir como paciente hospitalizado o ambulatorio, y pueden incluir:

- fisioterapia y terapia ocupacional
- patología del habla y del lenguaje
- servicios para personas con discapacidades

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios o equipos de rehabilitación indicados por su médico para ayudarle a recuperarse de una enfermedad o lesión. Se pueden recibir como paciente hospitalizado o ambulatorio, y pueden incluir:

- Terapia física y ocupacional
- Patología del habla y el lenguaje
- Servicios de rehabilitación psiquiátrica

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe de qué forma su información médica se puede utilizar y compartir. También le indica cómo usted puede obtener esta información. Revíselo en detalle. En este aviso, nos referiremos a nosotros como “HAP CareSource”.

Sus derechos

En lo que se refiere a su información médica, usted tiene derecho a:

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos. Puede solicitar una copia de sus expedientes médicos y de reclamos. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.

Solicitar que corrijamos sus registros médicos y de reclamos. Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitarnos comunicaciones privadas. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica, por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para la atención, los pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar tales solicitudes. Podemos rechazar su solicitud si esto cambiase su atención o por otros motivos.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información. Puede pedirnos una lista de todas las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a los seis años anteriores a la fecha de la solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:

- la atención;
- el monto pagado;
- las operaciones de atención médica; y
- otras divulgaciones que nos pidió que hiciéramos.

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicitan otra antes de los 12 meses, les cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa tan pronto como sea posible.

Puede autorizar a HAP CareSource a hablar con alguien en su nombre. Puede autorizar a HAP CareSource para hablar sobre su información médica con otra persona en su nombre. Los tutores legales pueden tomar decisiones sobre su información médica. HAP CareSource le proporcionará su información médica al tutor legal. Nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Presentar un reclamo si siente que se vulneran sus derechos. Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para ello, deberá comunicarse con la Oficina de Privacidad de HAP CareSource a la información proporcionada al final de este aviso o con la Línea directa de cumplimiento de HAP CareSource al 1-844-784-9583 (TTY: 711). Si llama a la línea directa, tiene la opción de no dar su nombre.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) del siguiente modo:

- Puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201
- Llamar al 1-877-696-6775, o
- Visitar <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo. No podemos exigirle que no haga uso de su derecho a presentar un reclamo como condición para

- la atención,
- el pago,
- la inscripción en un plan de salud, o
- la elegibilidad para los beneficios.

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, puede elegir lo que compartimos. Debe informar a HAP CareSource cómo quiere que se comparta esta información médica. Seguiremos estas órdenes. En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan del pago de su atención.
- Compartir información en una situación de ayuda humanitaria.

Si no puede indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad. No podemos compartir su información, a menos que nos haya dado su consentimiento por escrito para:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Compartir sus notas de terapia

Consentimiento para compartir la información médica

HAP CareSource comparte su información médica, lo cual incluye información médica confidencial (SHI). La SHI puede incluir información relacionada con tratamientos contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), o las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para su salud. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Esta información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También se comparte con los Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que HAP CareSource tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a informar a CareSource que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se

comparta, no se compartirá con los proveedores para manejar su atención y tratamiento o ayudarlo con los beneficios. Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, los proveedores involucrados en su tratamiento no podrán brindarle la misma atención de alta calidad que recibiría si diera su permiso.

Otros usos y divulgaciones

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

- **Para ayudarlo a recibir atención médica.** Podemos usar su información médica y compartirla con expertos que lo están tratando. *Ejemplo: un médico nos envía su diagnóstico y plan de atención para que podamos programar más cuidados.*
- **Para pagar por su atención médica.** Usaremos y divulgaremos su información médica al pagar por su atención médica. *Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.*
- **Para las operaciones del plan.** Podemos usar o compartir su información médica para llevar adelante nuestro plan de salud. *Ejemplo: podemos usar su información para que la calidad de la atención que recibe sea mejor. Podemos brindarle su información médica a grupos externos para que puedan ayudarnos a dirigir el plan de salud. Dichos grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. Ellos también mantienen la confidencialidad de su información.*

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Esto, con frecuencia, es para contribuir con el bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas normas de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información, consulte <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>.

- Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública. Los objetivos son:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con el retiro de productos
 - Presentar informes sobre reacciones nocivas a medicamentos
 - Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad de una persona
- Para fines de investigación. Podemos usar o compartir su información médica para investigaciones de salud. Podemos hacerlo siempre y cuando se cumplan determinadas reglas sobre la privacidad.
- Para cumplir con la ley. Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos necesita asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información médica con organizaciones relacionadas con la donación de órganos. Además, podemos compartirla con un médico forense, examinador médico o director de funeraria si usted fallece.
- Para cumplir con la indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales. Podemos usar o compartir su información médica por las siguientes causas:
 - Para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores
 - Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario policial
 - Con organismos de supervisión de la salud para actividades permitidas por la ley

- Para funciones especiales, como ser militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial
- Responder a demandas y acciones legales. Podemos compartir la información médica debido a una orden legal o de un tribunal. También podemos recopilar información no identificable que no pueda rastrearse hasta usted.

Nuestras responsabilidades

- Protegemos su información médica de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea a través de una computadora.
 - Los empleados de HAP CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.
 - Se habla sobre la información de los afiliados de manera que no se escuche por casualidad de forma inoportuna.
 - HAP CareSource se asegura de que las computadoras que usan los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
 - HAP CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguraremos de que solo los empleados que tengan un motivo comercial para acceder a la información puedan usarla y compartirla.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Debemos entregarle una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos información que no sea de la forma que aquí se menciona, a menos que nos autorice por escrito. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Fecha de vigencia y cambios a los términos de este aviso

Este aviso de privacidad se encuentra en vigencia desde el 1.º de octubre de 2023. Debemos cumplir con los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si cambiamos el aviso, el nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto sucede, el nuevo aviso se publicará en la página web de HAP CareSource. También puede pedir uno a nuestro funcionario de privacidad de HAP CareSource por:

Correo postal: HAP CareSource
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

Correo electrónico: HIPAAPrivacyOfficer@CareSource.com

Teléfono: 1-833-230-2091 (TTY: 711)



CONSENTIMIENTO DEL AFILIADO/FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

Este formulario autoriza a HAP CareSource a compartir su información médica según se describe a continuación. Debe llenar este formulario por completo. Envíelo por correo postal o por fax a la dirección que figura en la última parte de este formulario. También puede completar este formulario en línea en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>.

Sección 1: Su información

Apellido	Inic. 2.º nombre	Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de identificación de afiliado a HAP CareSource		

Al proporcionar su número de teléfono celular, acepta que HAP CareSource puede usarlo para comunicarse con usted.

Sección 2: Consentimiento

Mediante este formulario, usted autoriza a compartir la información médica con terceros o en aplicaciones de salud propias. Puede compartirse con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También es posible que se comparta con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que HAP CareSource tiene acerca de usted. Puede solicitar una lista de las personas a las que HAP CareSource les proporcionó su información médica.

Marque esta casilla si **desea** que su información médica se comparta con los proveedores que haya tenido en el pasado, que tenga ahora o en el futuro, o en las aplicaciones de salud. Se compartirá para fines de tratamiento, administración de su atención y asistencia con beneficios. Incluye información de salud confidencial, como tratamientos para el abuso de sustancias y VIH/SIDA. Usted tiene más control sobre la información que se comparte en las aplicaciones de salud.

O:

Marque esta casilla si **no desea*** que su información médica se comparta con los proveedores que haya tenido en el pasado, o que tenga ahora o en el futuro. No se compartirá con sus proveedores, excepto en los siguientes casos:

- Su proveedor podrá ver el tratamiento físico y conductual que ha recibido. El tratamiento para abuso de sustancias o VIH/SIDA no se compartirá.
- Es posible que su información médica se comparta con un HIE. No se compartirá el tratamiento por el uso de sustancias o del VIH/SIDA.

**Si no autoriza que se comparta la información, sus proveedores no podrán atenderlo tan bien como lo harían si usted autorizara que se comparta.*

Sección 3: Designación del representante

Complete las siguientes líneas para nombrar a alguien con quien HAP CareSource pueda hablar en su nombre. Su información médica también se compartirá con esta persona.

Su representante

Apellido	Inic. 2.º nombre	Nombre	
Nombre de la entidad (si es un bufete de abogados o de otro tipo)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono			

Sección 4: Revisión y aprobación

Al firmar mi nombre, acepto: Autorizar a HAP CareSource a que comparta mi información médica como se detalló en las secciones 2 o 3. La persona o entidad que reciba la información podría volver a compartirla. Las leyes federales de privacidad pueden no protegerla posteriormente. El tratamiento para abuso de sustancias es confidencial y no puede ser compartido nuevamente sin mi autorización.

Firmar este formulario es mi propia elección. Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento. Debo enviar una carta por escrito a HAP CareSource para cancelar. Puedo enviar la carta o fax a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario. También puedo cancelar mi autorización en <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>. La cancelación de esta autorización no afectará las acciones que HAP CareSource haya tomado antes de esta. Mi tratamiento, pago, inscripción o beneficios no dependen de mi firma de este formulario. **Firme a continuación.**

Su firma (padre, madre o tutor de un menor o representante legal*)	Fecha
--------------------------------------------------------------------	-------

Fecha en que finaliza este consentimiento:

El consentimiento quedará sin efecto en la fecha especificada anteriormente o cuando el menor alcance los 18 años. En ausencia de una fecha de terminación, el consentimiento permanecerá vigente.

** Debe tener una copia del poder legal o de la documentación del tribunal si lo firma un representante legal. También deben completarse los campos a continuación.*

Representante legal

Nombre y apellido	Elija uno: <input type="checkbox"/> Poder notarial <input type="checkbox"/> Tutor o custodio designado por un tribunal <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Envíe este formulario a:

Correo postal: HAP CareSource Attn: Privacy Office P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738
Fax: 1-833-334-4722 (TTY: 711) **En línea:** <https://www.caresource.com/es/mi/plans/>

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-833-230-2053**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-230-2053. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-230-2053。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-230-2053。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamat. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-230-2053. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-230-2053. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-230-2053 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-230-2053. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-230-2053 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

TTY: 711

MI-MED-M-2240385

MDHHS Approved: 8/7/2023 2023 © HAP CareSource. All Rights Reserved

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-230-2053. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-230-2053. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-230-2053 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-230-2053. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-230-2053. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-230-2053. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-230-2053. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-230-2053にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



Notice of Non-Discrimination

HAP CareSource complies with applicable state and federal civil rights laws. We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, ethnicity, marital status, sexual preference, sexual orientation, religious affiliation, health status, or public assistance status. HAP CareSource offers free aids and services to people with disabilities or those whose primary language is not English. We can get sign language interpreters or interpreters in other languages so they can communicate effectively with us or their providers. Printed materials are also available in large print, braille or audio at no charge. Please call Member Services at the number on your HAP CareSource ID card if you need any of these services. If you believe we have not provided these services to you or discriminated in another way, you may file a grievance.

Mail: HAP CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, Ohio 45401

Email: CivilRightsCoordinator@CareSource.com
Phone: 1-800-488-0134 (TTY: 711)
Fax: 1-844-417-6254

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

Mail: U.S. Dept of Health and Human Services
200 Independence Ave, SW Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201

Online: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Complaint forms are found at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



¿Necesita ayuda personalizada para entender su cobertura?

1-833-230-2053 (TTY: 711)

<https://www.caresource.com/es/mi/plans/>

Fecha de entrada en vigor original: 13 de abril de 2003.

Revisiones: febrero de 2005, noviembre de 2007, septiembre de 2013, septiembre de 2014, marzo de 2015, octubre 2015, octubre de 2018, octubre de 2023, diciembre de 2023, agosto de 2024

Revisado: noviembre de 2008, noviembre de 2009, octubre de 2011, enero de 2019, agosto de 2020, septiembre de 2021, octubre de 2022

