

4. Beneficios y Servicios

A. Beneficios de HealthChoice

Esta tabla contiene los beneficios básicos que todas las Organizaciones para la Atención Médica Administrada (Managed Care Organizations, MCO) deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise cuidadosamente la tabla, ya que algunos beneficios tienen límites; es posible que usted deba tener cierta edad o un tipo de problema en particular. Excepto por los copagos de farmacia (la tarifa que el miembro paga por un servicio de atención médica), usted nunca deberá recibir cobros por esos servicios de atención médica. Su médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) le ayudará a coordinar los beneficios que mejor se ajusten a sus necesidades de atención médica. Usted recibirá la mayoría de esos beneficios de proveedores que participan en la red de MCO (proveedores participantes) o es posible que necesite una referencia para acceder a ellos. Existen algunos servicios y beneficios que puede recibir de proveedores que no forman parte de su MCO (proveedores no participantes) y que no requieren una referencia. Esos servicios se conocen como servicios disponibles por autorreferencia.

Las MCO podrían anular los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales como servicios dentales para adultos y exámenes de los ojos más frecuentes (consulte el Anexo G). Estos se denominan beneficios opcionales y es posible que cambien de un año a otro. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros de la MCO.

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué no se recibe con este beneficio
Servicios de atención primaria	Estos son todos los servicios médicos básicos que necesita para sus necesidades de salud en general, y generalmente los proporciona su médico de atención primaria (PCP). El PCP puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada o un asistente médico.	Todos los miembros	
Servicios de Early Periodic Screening Diagnosis Treatment (EPSDT) para Niños	Exámenes regulares de bienestar infantil, inmunizaciones (vacunas) y exámenes para detectar problemas del desarrollo y proporcionar consejos de bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo necesario para atender a los niños enfermos y mantenerlos saludables. https://health.maryland.gov/mmcp/EPSDT/Pages/Home.aspx	Menores de 21 años	

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué <u>no se recibe</u> con este beneficio
Servicios relacionados con el embarazo	Atención médica durante y después del embarazo, incluidas las hospitalizaciones y, de ser necesario, visitas al hogar después del parto.	Las mujeres embarazadas y durante dos meses después del nacimiento del bebé.	
Planificación familiar	Visitas al consultorio médico para la planificación familiar, pruebas de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluye condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin orden médica), y la esterilización permanente.	Todos los miembros	
Servicios primarios de salud mental	Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental proporcionados por su PCP u otro proveedor dentro de la MCO. Si se necesitan más que solo servicios básicos de salud mental, su PCP lo referirá o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 800-888-1965 para recibir servicios especializados de salud mental.	Todos los miembros	Usted no recibirá servicios especializados de salud mental por parte de la MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su PCP o el especialista lo referirán o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al: 800-888-1965 .
Cobertura de medicamentos recetados (servicios de farmacia)	La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos recetados (medicamentos suministrados únicamente con la receta de un médico autorizado), insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirinas recubiertas para la artritis, pastillas de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede recibir condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin una orden médica.	Todos los miembros No hay copagos para niños menores de 21 años o mujeres embarazadas, ni para la anticoncepción.	

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué <u>no se recibe</u> con este beneficio
Servicios de especialistas	Servicios de atención médica proporcionados por médicos especialmente capacitados o enfermeros de práctica avanzada o asistentes médicos. Es posible que necesite una referencia de su PCP antes de que pueda ver a un especialista.	Todos los miembros	
Servicios de laboratorio y diagnósticos	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a encontrar la causa de una enfermedad.	Todos los miembros	
Atención médica a domicilio	Servicios de atención médica a domicilio, que incluyen atención de enfermería y de auxiliares de salud a domicilio.	Para las personas que necesitan atención de enfermería especializada (atención proporcionada por o bajo supervisión de una enfermera titulada) en su hogar, normalmente después de una hospitalización.	Servicios de atención no personalizada (ayuda con las actividades de la vida diaria)

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué no se recibe con este beneficio
Administración de casos	Se puede asignar un administrador de caso para ayudarlo a planificar y recibir los servicios de atención médica. El administrador de caso también mantiene un registro de los servicios necesarios y los que ya se proporcionaron. Debe comunicarse con el administrador de casos para recibir una administración de casos eficaz.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niños con necesidades especiales de atención médica. 2. Mujeres embarazadas y en periodo posparto. 3. Personas con VIH/SIDA. 4. Personas sin hogar. 5. Personas con discapacidades físicas o del desarrollo. 6. Niños cuyo cuidado está supervisado por el estado. 7. Administración de casos proporcionada por la MCO a otros miembros según sea necesario. 	
Atención de la diabetes	Servicios especiales, equipo médico y suministros para miembros con diabetes.	Miembros a quienes se les diagnostica diabetes.	
Diabetes Prevention Program	Un programa para prevenir la diabetes en los miembros que están en riesgo.	Los miembros de 18 a 64 años de edad que tienen sobrepeso y niveles elevados de glucosa en la sangre o antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si se le diagnosticó diabetes previamente o si está embarazada.

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué <u>no se recibe</u> con este beneficio
Podología	Cuidado de los pies cuando sea necesario desde el punto de vista médico.	Todos los miembros	Cuidado rutinario de los pies, a menos que sea menor de 21 años o tenga diabetes o alguna enfermedad vascular que afecte las extremidades inferiores.
Cuidado de la vista	<p>Exámenes de los ojos</p> <p>Menores de 21 años: un examen cada año.</p> <p>Mayores de 21 años: un examen cada dos años.</p> <p>Anteojos</p> <p>Solo para menores de 21 años.</p> <p>Lentes de contacto si hay una razón médica por la cual no puede usar anteojos.</p>	<p>Exámenes: todos los miembros.</p> <p>Anteojos y lentes de contacto: miembros menores de 21 años.</p>	Más de un par de anteojos al año a menos que se pierdan, los roben, se rompan o se necesite cambiar la receta.
Oxígeno y equipo respiratorio	Tratamiento para ayudar con los problemas respiratorios.	Todos los miembros	
Atención para pacientes hospitalizados	Servicios y atención recibidos para el ingreso programado y no programado de pacientes internos al hospital (hospitalización).	Todos los miembros con autorización o como emergencia.	
Atención para pacientes ambulatorios	Servicios y atención recibidos en un entorno hospitalario ambulatorio que no requieren la hospitalización del paciente ambulatorio. Los servicios incluirían servicios de diagnóstico y de laboratorio, la consulta médica y los procedimientos autorizados para pacientes ambulatorios.	Todos los miembros	Las MCO no están obligadas a cubrir los servicios de observación hospitalaria más de 24 horas.
Atención de emergencia	Servicios y atención recibidos en el centro de atención de emergencia de un hospital para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia.	Todos los miembros	

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué no se recibe con este beneficio
Atención de urgencia	Servicios y atención recibidos en un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una condición médica urgente.	Todos los miembros	
Servicios de cuidados paliativos	Servicios domiciliarios o para pacientes hospitalizados diseñados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas con enfermedades terminales.	Todos los miembros	
Centro de enfermería/hospital de enfermedades crónicas	Centro de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación por hasta 90 días.	Todos los miembros	
Servicios/dispositivos de rehabilitación	Servicios/dispositivos ambulatorios que ayudan al miembro a realizar las actividades de la vida diaria. Los servicios incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Miembros de 21 años o más. Los miembros menores de 21 años son elegibles conforme al programa EPSDT (consulte la sección 6 E).	
Servicios/dispositivos de habilitación	Servicios/dispositivos que ayudan al miembro a realizar las actividades de la vida diaria. Los servicios incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Miembros elegibles; es posible que los beneficios estén limitados.	
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida de la audición	Todos los miembros	Los miembros mayores de 21 años deben cumplir con ciertos criterios para los dispositivos auditivos.
Sangre y productos derivados de la sangre	Sangre que se usa durante una operación, etc.	Todos los miembros	

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

Beneficio	Qué es	Quién puede recibir este beneficio	Qué no se recibe con este beneficio
Diálisis	Tratamiento para la enfermedad renal.	Todos los miembros	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros médicos desechables (Disposable Medical Supplies, DMS)	El DME (puede usarse varias veces) son cosas como muletas, andaderas y sillas de ruedas); los DMS (no pueden usarse varias veces) son equipos y suministros que no tienen un uso práctico ante la ausencia de enfermedades, lesiones, discapacidades o condiciones de salud. Los DMS son cosas como suministros para pinchar el dedo, vendajes para heridas y suministros para la incontinencia.	Todos los miembros	
Trasplantes	Trasplantes necesarios desde el punto de vista médico.	Todos los miembros	Ningún trasplante experimental.
Ensayos clínicos	Costos para los miembros que participan en estudios para probar la eficacia de tratamientos o medicamentos nuevos.	Miembros con enfermedades que ponen en peligro la vida, con autorización.	
Cirugía plástica y restauradora	Cirugía para corregir una deformidad por enfermedad, trauma, anomalías congénitas o del desarrollo o para restaurar funciones corporales.	Todos los miembros	Cirugía estética para verse mejor

B. Servicios Disponibles por Autorreferencia

Acudirá a su PCP para recibir la mayor parte de su atención médica, o este lo enviará a un especialista que trabaje con la misma MCO. Para algunos tipos de servicios, puede elegir un proveedor local que no participe en su MCO. La MCO seguirá pagando los servicios al proveedor no participante siempre que el proveedor acepte atenderle y acepte el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera se llaman "servicios disponibles por autorreferencia". La MCO también pagará cualquier prueba de laboratorio y medicamento recibido en el mismo lugar en el que realice la consulta de autorreferencia. Los siguientes servicios están disponibles por autorreferencia.

- servicios de emergencia
- planificación familiar
- embarazo, en ciertas condiciones y Centros de Partos
- revisión médica del bebé recién nacido
- Centros de Salud de la Escuela

- evaluación para la colocación en cuidado de crianza
- ciertos especialistas para niños
- evaluación diagnóstica para personas con VIH/SIDA
- diálisis renal

Servicios de emergencia

Una emergencia se considera una condición médica que es repentina, grave y pone su salud en peligro si no se atiende de manera inmediata. No necesita autorización previa ni una referencia de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica que se brindan en el centro de atención de emergencia de un hospital debido a una condición médica de emergencia. Después de recibir tratamiento o estabilizarse de una condición médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurar que la condición médica de emergencia no se vuelva a presentar. Estos servicios se llaman servicios de posestabilización.

Servicios de planificación familiar (anticoncepción)

Si elige hacerlo, puede ir con un proveedor que no sea parte de su MCO para recibir los servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y consultas necesarias por indicación médica. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio de autorreferencia. Si necesita una esterilización voluntaria, necesitará la autorización previa de su PCP y deberá usar un proveedor participante de la red de las MCO.

Servicios para el embarazo

Si estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había acudido con un proveedor no participante, por lo menos para hacerse un examen prenatal completo, puede seguir acudiendo a ese proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y durante dos meses después de que nazca el bebé para el seguimiento, siempre que el proveedor no participante acepte seguir atendiéndola.

Centros de Partos

Los servicios proporcionados en un Centro de Partos, incluidos los centros fuera del estado ubicados en un estado contiguo (un estado que limita con Maryland).

Primer examen médico del bebé antes de salir del hospital

Es mejor elegir al proveedor de su bebé antes de que nazca. Si el proveedor de la MCO que seleccionó u otro proveedor de la red de la MCO no atiende al recién nacido para hacerle un examen médico antes de que el bebé esté listo para salir del hospital, la MCO pagará para que el proveedor de guardia realice el examen médico en el hospital.

Servicios del Centro de Salud de la Escuela

Los niños inscritos en escuelas con un centro de salud pueden recibir una variedad de servicios en el centro de salud de la escuela. Su hijo aún será asignado a un PCP.

- visitas al consultorio y tratamiento para enfermedades agudas o urgentes, incluidos los medicamentos necesarios
- visitas de EPSDT de seguimiento cuando sean necesarias
- servicios de planificación familiar autorreferidos

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

Examen médico para niños que se ponen en custodia del estado

Los niños que se ponen en cuidado de crianza o cuidado familiar deben hacerse un examen médico en un periodo de 30 días. El padre de crianza puede elegir a un proveedor conveniente a quien autorreferirse para esta consulta.

Ciertos proveedores para niños con necesidades especiales de atención médica

Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autorreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedores no participantes) en ciertas circunstancias. La autorreferencia para niños con necesidades especiales tiene como fin asegurar la continuidad de la atención y que existan planes de adecuados para la misma. La autorreferencia de niños con necesidades especiales de atención médica dependerá de si la condición en la cual se basa la necesidad especial de atención médica del niño se diagnostica antes o después de su inscripción inicial en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos relacionados directamente con la condición médica del niño con necesidades especiales fuera de la red solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- **Miembro nuevo:** un niño que en el momento de la inscripción inicial recibía estos servicios como parte de un plan de atención actual puede seguir recibiendo estos servicios especializados siempre que el proveedor no participante preexistente envíe el plan de atención para que lo revisemos y lo aprobemos dentro de un periodo de 30 días a partir de la fecha de vigencia de la inscripción del niño. Los servicios aprobados deben ser necesarios desde el punto de vista médico.
- **Miembro establecido:** un niño que ya esté inscrito en una MCO cuando se le diagnostica una necesidad especial de atención médica que requiere un plan de atención con tipos específicos de servicios puede solicitar un proveedor no participante específico. La MCO debe otorgar la solicitud a menos que la MCO tenga un proveedor local participante especializado con la misma capacitación profesional y experiencia, que esté razonablemente disponible y proporcione los mismos servicios.

Servicios diagnósticos de evaluación (DES)

Si tiene VIH/SIDA, podrá recibir una consulta anual de servicios diagnósticos de evaluación (diagnostic and evaluation service, DES). Los DES consisten en una evaluación médica y psicosocial. Debe seleccionar el proveedor de DES de una lista aprobada de centros, pero no es necesario que el proveedor participe en su MCO. La MCO es responsable de ayudarlo con este servicio. El estado pagará sus análisis de sangre relacionados con el VIH/SIDA, no su MCO.

Diálisis renal

Si tiene una enfermedad renal que requiera que le hagan una limpieza periódica de sangre, puede seleccionar a su proveedor de diálisis renal. Tendrá la opción de elegir un proveedor de diálisis renal que participe en su MCO o un proveedor que no participe en su MCO. Es posible que las personas que necesiten este servicio sean elegibles para el Programa Rare and Expensive Case Management (REM).

Si la MCO niega, reduce o cancela los servicios, usted puede presentar una apelación.

C. Beneficios que No Ofrecen las MCO, Ofrecidos por el Estado

Los beneficios que aparecen en la siguiente tabla no están cubiertos por la MCO. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos por medio del estado con su tarjeta roja y blanca de Medicaid o dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice (**800-284-4510**).

Beneficio	Descripción
Servicios dentales para niños menores de 21 años, jóvenes que estuvieron en cuidado de crianza hasta los 26 años y mujeres embarazadas	Se ofrecen servicios dentales generales que incluyen el tratamiento regular y de emergencia. Los servicios dentales son proporcionados por el Maryland Healthy Smiles Dental Program administrado por Scion. Si es elegible para el Dental Services Program, recibirá información y una tarjeta dental de Scion. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Maryland Healthy Smiles Dental Program al 855-934-9812 .
Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla para niños menores de 21 años	El estado paga estos servicios si son necesarios desde el punto de vista médico. Si necesita ayuda para obtener un proveedor puede llamar a la Línea de Ayuda del estado al 800-492-5231 .
Dispositivos aumentativos del habla	Equipos que ayudan a las personas con trastornos del habla a comunicarse.
Salud del comportamiento	Los servicios para los trastornos por abuso de sustancias y especializados de salud mental se brindan por medio del Sistema Público de Salud del Comportamiento. Puede comunicarse con ellos al 800-888-1965 .
Centro de Cuidados Intermedios (Intermediate Care Facility, ICF): Servicios de retraso mental (Mental Retardation, MR)	Este es un tratamiento que se brinda en un centro de atención para personas que tienen una discapacidad intelectual y necesitan este nivel de atención.
Servicios especializados de cuidado personal	Estos servicios le brindan ayuda especializada con las actividades de la vida diaria.
Servicios de cuidados médicos diurnos	Estos servicios ayudan a mejorar las habilidades de la vida diaria en un centro autorizado por el departamento de salud estatal o local, que incluye servicios médicos y servicios sociales.

4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

Beneficio	Descripción
<p>Centros de enfermería y servicios de atención a largo plazo</p>	<p>La MCO no cubre su atención en un hogar para ancianos, hospital de rehabilitación para condiciones crónicas u hospital para enfermedades crónicas después de los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, no lo volverán a inscribir en la MCO. Si esto sucede, deberá solicitar Medicaid conforme a las reglas de cobertura de atención a largo plazo. El estado sería responsable si aún cumple con los requisitos del estado después de que se le haya dado de baja de la MCO o después de que la MCO haya pagado los primeros 90 días.</p>
<p>VIH/SIDA</p>	<p>El estado paga ciertos servicios diagnósticos de VIH/SIDA (pruebas de carga viral, genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de resistencia al VIH/SIDA).</p>
<p>Servicios de aborto</p>	<p>Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos está cubierto por el estado solo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es probable que la paciente sufra problemas físicos o de salud mental graves, o muera si continúa con el embarazo; • está embarazada a causa de una violación o de incesto, y denunció el delito; o • el bebé tendrá problemas de salud muy graves. <p>Las mujeres elegibles para HealthChoice solo porque están embarazadas no son elegibles para recibir servicios de aborto.</p>
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Transporte médico de emergencia: servicios médicos durante el traslado del miembro a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al 911. Este servicio lo proporcionan compañías de bomberos locales. Si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911.</p> <p>Transporte médico en casos que no sean de emergencia: las MCO no están obligadas a proporcionar transporte a las consultas médicas que no sean de emergencia. La excepción es cuando lo envían a un condado lejano para recibir tratamiento que podría obtener en un condado más cercano.</p> <p>Ciertas MCO pueden proporcionar algunos servicios de transporte como vales de autobús, servicios de camionetas y taxis para las citas médicas. Llame a su MCO para averiguar si proporcionan algún servicio de transporte.</p> <p>Los departamentos de salud locales (local health departments, LHD) proporcionan transporte médico que no es de emergencia a personas calificadas. Los traslados que se proporcionan son solo para servicios cubiertos por Medicaid. El transporte por medio de los LHD está dirigido a personas que no tienen otros medios para llegar a sus citas. Si selecciona una MCO que no está disponible dentro de su área de servicio, ni los LHD ni la MCO están obligados a proporcionar servicios de transporte médico que no sean de emergencia.</p> <p>Para obtener ayuda con el transporte a través de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del mismo.</p>

D. Servicios Adicionales que Ofrecen las MCO, que No Ofrece el Estado

Al principio de cada año, las MCO deben informar al estado si van a ofrecer servicios adicionales. Los servicios adicionales también se llaman beneficios opcionales. Esto significa que la MCO no está obligada a proporcionar esos servicios y el estado no los cubre. Si alguna vez hay un cambio en los servicios adicionales de la MCO, se le notificará por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia o deja de ofrecer servicios adicionales, esta no es una razón aprobada para cambiar de MCO. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar entre las MCO. El transporte para recibir servicios opcionales podría o no ser proporcionado por la MCO. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones previstas por su MCO, consulte el Anexo G o llame a Servicio a los Miembros de la MCO.

E. Beneficios Excluidos y Servicios Sin Cobertura por la MCO o el Estado

A continuación se detallan los beneficios y servicios que las MCO y el estado no están obligados a cubrir (servicios excluidos). El estado requiere que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Algunos de estos servicios, como los servicios dentales para adultos, podrían ser cubiertos por la MCO. Consulte el Anexo G o llame a Servicio a los Miembros de la MCO para conocer sus beneficios y servicios adicionales.

Beneficios y servicios que no están cubiertos:

- Servicios dentales para adultos (excepto para las mujeres embarazadas y los jóvenes que estuvieron en cuidado de crianza hasta los 26 años).
- Servicios de ortodoncia para personas de 21 años o mayores o niños que no tengan un problema grave que les dificulte hablar o comer.
- Medicamentos sin receta médica (excepto la aspirina recubierta para la artritis, la insulina, las pastillas de hierro y las vitaminas para niños menores de 12 años).
- Cuidado rutinario de los pies para adultos mayores de 21 años que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Zapatos y soportes especiales (ortopédicos) para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Inyecciones para viajar fuera de los Estados Unidos continentales o atención médica fuera de Estados Unidos.
- Programas de dieta y ejercicio para ayudarlo a perder peso.
- Cirugía estética para mejorar su apariencia, pero que no necesita por ninguna razón médica.
- Servicios de tratamiento de la fertilidad, incluidos servicios para revertir la esterilización voluntaria.
- Una habitación privada para personas que están en el hospital sin una razón médica como lo sería tener una enfermedad contagiosa.
- Servicios de enfermería privada para personas de 21 años o mayores.
- Autopsias.
- Cualquier proceso experimental a menos que sea parte de un ensayo clínico.
- Cualquier cosa que no se considera una necesidad desde el punto de vista médico.
- Servicios quiroprácticos: con cobertura para miembros de 20 años y menores. Sin cobertura de Kaiser Permanente of the Mid-Atlantic States (KPMAS) para miembros de 21 años y mayores.

F. Cambios en los Beneficios y los Centros de Atención

Cambios en los beneficios

Habrán veces en las que los beneficios y servicios de HealthChoice se nieguen, reduzcan o cancelen porque ya no son necesarios desde el punto de vista médico. Esto se llama determinación adversa de beneficios. En dado caso, recibirá una carta por correo antes de se haga cualquier cambio en los beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, se le dará la oportunidad de presentar una queja.

Pérdida de beneficios

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. El hecho de no enviar la documentación necesaria de redeterminación de Medicaid o de no cumplir con los criterios de elegibilidad de Medicaid son motivos por los cuales se discontinúa la cobertura de HealthChoice. Si no es elegible para Medicaid, el estado discontinuará su cobertura de la MCO y usted perderá sus beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad dentro de un periodo de 120 días, se le volverá a inscribir automáticamente en la misma MCO.

Cambio de centro de atención médica

Cuando haya un cambio en la ubicación del proveedor de atención médica, se le notificará por escrito. Si el proveedor es un PCP y el cambio de ubicación está demasiado lejos de su hogar, puede llamar a Servicio a los Miembros de la MCO para cambiarse a un PCP que se encuentre en su área.