



Prestador de servicios para afiliados a Hoosier Healthwise (HHW) y Healthy Indiana Plan (HIP)

2017 Manual del Afiliado

Contáctenos

Teléfono de Servicios para Afiliados: 1-844-607-2829
(TTY: 1-800-743-3333 o 711)

Para su comodidad, el número de teléfono de Servicios para Afiliados figura en la parte inferior de cada página de este manual.

En línea: CareSource.com

Línea de asesoría en enfermería CareSource24®: 1-844-206-5947
(TTY 1-800-743-3333 o 711)

Línea de enfermería en vivo de CareSource las 24 horas, los 7 días de la semana.

Servicios de transporte de CareSource®

Teléfono: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

Horarios de atención

Servicios para Afiliados abre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

CareSource permanecerá cerrado en estas fechas:

Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr., Día de los Caídos (Memorial Day), Día de la Independencia (4 de julio), Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad

Tenga en cuenta: Los días feriados que caen un día sábado se celebran el viernes anterior. Cuando un feriado cae un día domingo, se celebra el lunes siguiente.





Bienvenido a CareSource

Nos emociona servirle a usted y a otros afiliados a Hoosier Healthwise (HHW) y Healthy Indiana Plan (HIP) de todo el Estado de Indiana.

En CareSource, nuestra misión es realizar un cambio duradero en las vidas de nuestros afiliados al mejorar su salud y bienestar. Sabemos que la vida es atareada y estamos aquí para hacer que las cosas le resulten un poco más fáciles mientras inicia su recorrido a la salud con nosotros. Creemos que merece más que atención médica de alta calidad, merece cobertura con amabilidad.

Para ayudarlo a comenzar como afiliado nuevo a CareSource, hemos realizado un listado de los Pasos de inicio rápido en la siguiente página. Después de que haya seguido los Pasos de inicio rápido, revise este manual. Téngalo a mano para poder consultararlo. A continuación le brindamos una lista de lo que encontrará en el interior:

- 1) Pasos de inicio rápido para comenzar con su atención
- 2) Cómo usar CareSource.com o llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda
- 3) Lo que cubre su plan
- 4) Cómo funciona su Cuenta POWER (para afiliados a HIP)
- 5) Cómo encontrar un proveedor médico
- 6) Planes para que usted y su familia se mantengan bien
- 7) Ayuda adicional con la educación, la búsqueda de trabajo o el transporte
- 8) Sus derechos y responsabilidades como afiliado y cómo mantenemos su información privada

Esperamos que este manual responda sus preguntas. Si necesita ayuda o más información, visite **CareSource.com** o llame a Servicios para Afiliados al número que figura abajo.

Pasos de inicio rápido

Aproveche al máximo a HHW y HIP al seguir los **Pasos de inicio rápido** que figuran a continuación.

Paso 1—Cuide sus tarjetas de identificación (ID)

Todos los afiliados recibirán su tarjeta de ID por separado a través de la correspondencia dentro de los cinco días de haber recibido este paquete de bienvenida.

Los afiliados a HIP también recibirán una Tarjeta de débito de la Cuenta POWER en un envío por separado.

Paso 2—Conozca sus beneficios

Lea este Manual del Afiliado para conocer los beneficios cubiertos y cómo acceder a éstos. También puede visitar nuestra página web "Quick Start" (Inicio rápido) del sitio web que figura en la parte inferior de la página para ver videos y obtener más información.

Paso 3—Supervise su factura

¿Usted es afiliado a HIP Plus o a HIP State Plus? Pague su contribución a la Cuenta POWER de HIP, si le corresponde, para mantener todos los beneficios de HIP Plus o de HIP State Plus.

Paso 4—Asegúrese de que sus proveedores de atención médica son parte de la Red de CareSource

Visite el sitio web que figura en la parte inferior de esta página la herramienta "Find a Doctor/Provider" (Encontrar un médico/proveedor) para buscar a su proveedor por nombre o llame a Servicios para Afiliados.

Paso 5—Continúe con sus planes de tratamiento y atención actuales

Si le están tratando por una afección física o de salud conductual, llame a Servicios para Afiliados a CareSource al número que figura en la parte inferior de la página para que podamos asistirlo con la continuidad de su atención. (Vaya a la página 8 para conocer más sobre la continuidad de su atención).

Paso 6—Asegúrese que sus recetas se encuentran en la Lista de medicamentos de CareSource.

Si toma un medicamento con receta regularmente, visite el sitio web del plan y haga clic en "Find My Prescription" (Buscar mi medicamento con receta) en "Quick Links" (Enlaces rápidos). Escriba sus medicamentos recetados en la herramienta de búsqueda y confirme si están cubiertos y revise cualquier nota. Si tiene preguntas, hable con su médico o llame a Servicios para Afiliados.

Paso 7—Cree su cuenta My CareSource™

Obtenga acceso a la información de su cuenta, registrándose en **MyCareSource.com**, una cuenta personal en línea segura. **Una vez que haya establecido su cuenta, complete los tres pasos a continuación para ganarse una tarjeta de regalo por \$10.** Una vez que tenga su cuenta, puede:

- 1) Elegir sus preferencias sobre las comunicaciones
- 2) Confirmar o cambiar su proveedor médico principal (Primary Medical Provider, PMP)
- 3) Completar la Evaluación de riesgo de salud de Indiana (Indiana Health Risk Screening)

Índice

<u>Contáctenos</u>	2
<u>Bienvenido a CareSource</u>	4
Pasos de inicio rápido.....	5
Los planes de tratamiento continuo y CareSource.....	8
<u>Servicios para Afiliados y CareSource.com</u>	9
<u>Tarjetas de ID de afiliado</u>	11
<u>Elegibilidad e inscripción</u>	12
Cómo cambiar de entidades de atención médica.....	12
Cómo cambiar de planes de atención administrada en Healthy Indiana Plan (HIP)	12
<u>Resúmenes de beneficios</u>	14
<u>Guía de beneficios</u>	16
Hoosier Healthwise.....	16
Healthy Indiana Plan (HIP)	20
<u>Qué es una Cuenta POWER</u>	24
Cómo usar su Cuenta POWER	24
<u>Su proveedor médico principal (PMP)</u>	27
<u>Dónde obtener atención</u>	29
Atención primaria, Clínicas de salud en establecimientos minoristas, Servicios de urgencia, Servicios de emergencia (ER)	
<u>Medicamentos con receta</u>	32
<u>Servicios cubiertos en detalle</u>	34
Servicios que no necesitan una derivación	35
Con derivación obligatoria	36
Servicios fuera de la red	36
<u>Administración de la atención</u>	38
HealthWatch (EPSDT).....	39
Atención de alto riesgo	40
Manejo de enfermedades	41
Persona dependientes con necesidades médicas especiales y beneficios del plan HIP	41
<u>Planificación familiar, embarazo y plan de maternidad de HIP</u>	42
<u>Derechos y responsabilidades del afiliado</u>	46
<u>Prácticas de privacidad</u>	48
<u>Directivas anticipadas</u>	53
<u>Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana</u>	58
<u>Fraude, malversación y abuso</u>	62
Formulario confidencial de denuncia de fraude, malversación y abuso	64

<u>Quejas y apelaciones</u>	<u>65</u>
<u>Formulario de queja/apelación del afiliado.....</u>	<u>68</u>
<u>Significados de los términos.....</u>	<u>69</u>
<u>Notas.....</u>	<u>72</u>
<u>Aviso de no discriminación.....</u>	<u>75</u>

Los planes de tratamiento continuo y CareSource.

Si es un afiliado nuevo a CareSource y tiene planificados servicios de atención médica en curso, llame a Servicios para Afiliados a CareSource **antes** de obtener servicios de atención médica adicional. Esto es particularmente importante si su proveedor **no** está dentro de la red de CareSource. Si ya ha programado una cita a la que concurrirá luego de su inscripción, llame a Servicios para Afiliados a CareSource y verifique la cobertura. Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención y/o no se le pagará el reclamo.

Debe llamar a Servicios para Afiliados para que le programen y/o aprueben los servicios que se mencionan a continuación:

- Trasplantes: órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas.
- Atención prenatal luego de las 26 semanas de embarazo, incluido el parto.
- Cualquier cirugía.
- Cualquier procedimiento médico.
- Tratamientos para el cáncer.
- Tratamiento posterior al alta hospitalaria en los últimos 30 días.
- Servicios odontológicos u oftalmológicos que no son de rutina (por ejemplo correctores o cirugía).
- Equipo médico.
- Servicios a domicilio, como atención médica, terapias y servicios de enfermería domiciliarios.

Cobertura actual de recetas

Para averiguar si sus recetas necesitan aprobación, visite CareSource.com/find-my-prescription y elija su estado y plan. Ingrese el nombre de su medicamento en la herramienta de búsqueda para saber si su medicamento está cubierto o si primero necesita aprobación. Si necesita aprobación, pídale a su proveedor que solicite la autorización previa de CareSource. El medicamento no tendrá cobertura, a menos que obtenga la aprobación.



Servicios para Afiliados y CareSource.com

My CareSource™ (MyCareSource.com)

My CareSource™ es su cuenta de afiliado en línea confidencial y personalizada donde puede obtener información (como verificar sus beneficios) y donde puede hacer cambios (como cambios de dirección) a su cuenta de salud de CareSource. Para que resulte más fácil administrar la atención de su familia, también es posible vincular a otros miembros de la familia a su cuenta.

También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para hacer preguntas o cambios en su cuenta. Puede llamar al equipo de Servicios para Afiliados para:

- Hacer preguntas sobre sus beneficios de CareSource, los reclamos, la elegibilidad o las solicitudes de autorización previa.
- Conocer qué servicios están cubiertos y cómo acceder a ellos.
- Solicitar una nueva tarjeta de ID de afiliado.
- Informar una tarjeta de ID perdida.
- Cambiar su proveedor médico principal.
- Obtener ayuda para elegir un proveedor participante.
- Informarnos sobre los cambios en la información personal, como su dirección o número de teléfono.
- Informarnos si está embarazada.
- Solicitar los servicios de un intérprete si usted o un familiar tienen alguna deficiencia visual o auditiva y necesitan ayuda.
- Presentar una queja acerca de CareSource, o de un proveedor, o si usted piensa que ha sido discriminado.

Para recibir el servicio más rápido, tenga su número de ID de afiliado a mano cuando nos llame.

- **Luego del horario de atención**, nuestro teléfono de Servicios para Afiliados es atendido por un agente de autoservicio, **KATIE**. KATIE puede ayudar con las consultas de rutina, como solicitar una tarjeta de ID nueva. En el caso de consultas más complejas, déjelo a KATIE un número para devolución de llamada y lo llamaremos al siguiente día hábil.

- También puede llenar el Formulario que se encuentra en "Tell Us" (Cuéntenos) en el menú de "Quick Links" (Enlaces rápidos) en **CareSource.com** para contactarnos. Respondemos los formularios enviados al cabo de un día hábil.

My CareSource™

My CareSource™ es su cuenta confidencial y personalizada de afiliado donde puede obtener información (como verificar sus beneficios) y donde puede hacer cambios (como cambiar de médico) a su cuenta de salud de CareSource. Para que resulte más fácil administrar la atención de su familia, también es posible vincular a otros miembros de la familia a su cuenta.

Línea de asesoría en enfermería CareSource24®

Si tiene una emergencia de salud o preguntas de salud, puede hablar con una enfermera diplomada amable las 24 horas del día, los 7 días de la semana. CareSource24® está disponible sin costo para usted.

Las enfermeras pueden ayudarlo a:

- Decidir cuándo proporcionarse atención médica usted mismo, la visita a un médico o un viaje al departamento de emergencia del hospital es la mejor opción para usted.
- Comprender un problema de salud.
- Prepararse para una visita al médico.
- Saber más acerca de sus medicamentos.
- Conozca datos sobre las pruebas de salud o las cirugías y
- Aprenda acerca de los hábitos de alimentación y las formas de ser más saludable.

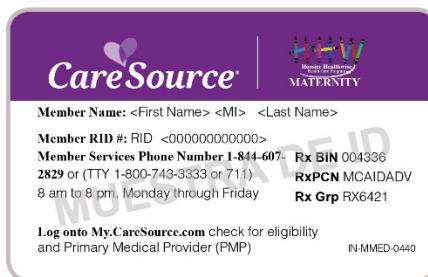
Para contactar a CareSource24®, llame al **1-844-206-5947** (TTY 1-800-743-3333 o 711).

Tarjetas de ID de afiliado

Hoosier Healthwise (HHW)



Hoosier Healthwise (HHW) Maternity



Healthy Indiana Plan (HIP)



HIP Maternity



- Arriba se ilustran las tarjetas de ID del plan y estas le serán enviadas en un paquete separado.
- Cada miembro de su familia que sea afiliado a CareSource obtendrá su propia tarjeta. Cada tarjeta es válida mientras sea afiliado a CareSource de ese plan de CareSource. Las tarjetas no vencen. Obtendrá una tarjeta nueva si la pide, cambia de plan de CareSource o queda embarazada.
- Para obtener los beneficios por embarazo (entre ellos no abonar copagos), llame a Servicios para Afiliados. Además de una tarjeta nueva, obtendrá excelente información para su atención y la de su bebé. Además, llame a Servicios para Afiliados cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una tarjeta de ID nueva para su bebé.
Si es necesario cambiar cierta información de la tarjeta, puede actualizarla usted mismo en My.CareSource.com o llamando a Servicios para Afiliados.
- Si no ha recibido su tarjeta dentro de los cinco días posteriores a la recepción de este paquete, llame a Servicios para Afiliados para informárnoslo.

Siempre conserve su tarjeta de ID con usted. Necesitará su tarjeta de ID de CareSource ID cada vez que obtenga atención médica. Esto significa que necesitará su tarjeta de ID de CareSource cuando:

- Visite a su PMP.
- Visite a un especialista u otro proveedor.
- Concurra a una sala de emergencias.
- Concurra a un centro de atención de urgencia.
- Vaya a un hospital.
- Compre suministros médicos.
- Obtenga una receta.
- Le hagan pruebas de salud.
- Use los servicios de transporte.
- Use los beneficios exclusivos de CareSource como Job Connect.



Elegibilidad e inscripción

Elegibilidad presunta (PE)

La Elegibilidad presunta (PE, por sus siglas en inglés) consiste en un plan para residentes de Indiana elegibles que actualmente no estén recibiendo Medicaid y cuyo ingreso familiar esté por debajo de cierto monto. La PE brinda cobertura de salud temporaria para mujeres embarazadas, niños y adultos que califican. Cuando se le apruebe para la PE, deberá enviar un formulario de Solicitud de Indiana para cobertura de salud (Indiana Application for Health Coverage) para mantener su cobertura.

Los residentes de Indiana pueden solicitar su propia PE o puede ayudarlos un proveedor de salud. Si tiene más preguntas sobre el programa o si desea verificar la elegibilidad para usted o alguna persona que conozca, visite <http://www.in.gov/fssa/hip/> o llame al **1-800-403-0864**.

Terminación de la elegibilidad

Cuando ya no sea elegible para el plan HIP, se cerrará su Cuenta POWER. A usted le reembolsarán sus contribuciones y se le reembolsarán las contribuciones al estado. Si adeuda algún monto, deberá devolver dichos fondos a CareSource. Estas reglas también corresponderán si usted u otra afiliada queda embarazada o cuando un afiliado indoamericano/nativo de Alaska se excluye de la atención administrada.

Cambios en la familia

Si el tamaño de su familia cambia o si queda embarazada mientras se encuentra bajo el plan, debe notificar a la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (Indiana Family and Social Services Administration, FSSA) para asegurarse de que usted y/o los miembros de su familia están cubiertos. Para obtener más información, vaya a www.in.gov/fssa/drf.2999.htm o llame al **1-800-403-0864**. O puede llamar a Servicios para Afiliados a CareSource y ellos lo ayudarán.

Renovación automática de su entidad de atención administrada

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta comienza de nuevo dentro de los 60 días, se convertirá de nuevo en un afiliado a CareSource de manera automática.

Cómo cambiar de entidades de atención médica

Esperamos que esté satisfecho con CareSource. Si tiene problemas o inquietudes acerca de sus beneficios, llámenos así podemos intentar resolverlos con usted.

Cómo cambiar de planes de atención administrada en HHW

Como afiliado a Hoosier Healthwise, tiene derecho a elegir que finalice su afiliación en ciertos momentos del año. Puede elegir finalizarla durante los primeros tres meses de su afiliación o durante el mes de inscripción anual de su área.

Cómo cambiar de planes de atención administrada en Healthy Indiana Plan (HIP)

Como afiliado a HIP, puede cambiar su afiliación en cualquier momento antes de hacer su primera contribución a la Cuenta POWER o dentro de los 60 días de asignación, lo que suceda primero. Puede obtener más información en línea en www.hip.in.gov o llamando al **1-877-GET-HIP-9 (438-4479)**.



Resúmenes de beneficios

En las tablas siguientes encontrará una lista de tipos de servicios e información importante, incluido:

- Lo que está cubierto (que paga CareSource).
- Lo que no está cubierto.
- Lo que es una necesidad médica y cómo afecta a los servicios cubiertos.
- Qué requiere autorización previa (lo que CareSource debe aprobar antes de su cobertura).
- Cuánto deberá pagar por beneficios cubiertos.
- Cualquier límite sobre lo que está cubierto.

Es importante visitar a los proveedores médicos (como a los médicos y los hospitales) que se encuentran en la red de CareSource. En la mayoría de los casos, CareSource no cubre los costos de los proveedores fuera de la red. Para buscar proveedores dentro de nuestra red e información sobre su educación y cualificaciones, puede usar nuestra herramienta en línea en **CareSource.com**, buscar en nuestro directorio de proveedores o llamar a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación.

Nota: No necesita una derivación de su PMP antes de ver a un especialista de la red de CareSource.

Si se requiere una autorización previa para un servicio, su proveedor se la pedirá a CareSource. Una vez que esté aprobada, su proveedor puede programar estos servicios para usted. CareSource no cubrirá los servicios listados que obtenga sin una autorización previa.

Si el servicio que está buscando no se encuentra en la tabla, llame a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación para preguntar si tiene cobertura.

Ciertos procedimientos, como una cirugía, pueden tener más de un cargo por los diferentes servicios proporcionados. Por ejemplo, puede suceder en un costo por el médico que realiza la cirugía, por el quirófano del hospital y por el médico que le administra la anestesia.

Otro seguro

Llame a Servicios para Afiliados si usted u otros miembros de su familia están cubiertos por otro plan de seguro de salud. Por ejemplo, si sus hijos tienen otro seguro de salud a través de otro progenitor, debe llamar a Servicios para Afiliados. Trabajaremos con usted y su otra compañía de seguro para pagar sus reclamos en forma correcta. Además, llámenos si usted u otro miembro de la familia:

- Se lesionó en el trabajo y presenta un reclamo de indemnización de los trabajadores.
- Se ve involucrado en una lesión personal o demanda de mala práctica médica.
- Se lesionó como consecuencia de un accidente automovilístico o
- Resulta herido por la negligencia de otra persona, como la mordedura de un perro o un resbalón o caída.

También, comuníquese con Servicios para Afiliados si usted o uno de los miembros de su familia experimentan cambios en el seguro, incluido si se vuelve elegible para Medicare, obtiene seguro de salud nuevo, pierde el seguro de salud antes informado u ocurren otros cambios en el estado del seguro.



Guía de beneficios

Hoosier Healthwise (HHW)

HHW es un programa de atención médica para padres/cuidadores, mujeres embarazadas y niños con bajos ingresos. El programa cubre atención médica, como visitas a médicos, medicamentos con receta, atención de la salud mental, atención odontológica, internaciones, cirugías y planificación familiar a un costo bajo o sin costo para el afiliado o el familiar del afiliado.

Los beneficios cubiertos por HHW incluyen atención preventiva (como la atención del bebé sano/niño sano y los controles regulares) y de salud mental y tratamiento para trastornos por uso de sustancias. HHW también tiene beneficios para niños con necesidades de atención de salud especiales, como asma o diabetes.

Paquetes de beneficios

HHW cubre a muchos tipos de personas diferentes:

- Niños hasta los 19 años.
- Mujeres embarazadas.
- Padres/Cuidadores con bajos ingresos responsables de niños menores de 18 años.

Existen tres paquetes de beneficios en HHW. El Estado determinará su elegibilidad y seleccionará la cobertura que sea adecuada para usted.

Paquete A: Plan estándar – El paquete A es un plan de servicios completos para niños, embarazadas y familias.

Paquete C: Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) – Es un plan de servicios completo para niños hasta los 19 años. Se realiza un pago mensual reducido de prima y copago para algunos servicios de acuerdo con los ingresos familiares. La mayoría de los niños entran en el programa HHW. Es posible que califique para uno o dos paquetes de beneficios según el ingreso.

Paquete P: Elegibilidad presunta para embarazadas (Presumptive Eligibility for Pregnant Women, PEPW) – Es un plan de servicios completo para embarazadas que brinda cobertura para atención prenatal. Puede ser elegible para los servicios del Paquete P mientras se procesa su solicitud completa. Si es afiliada al Paquete P, no tiene copagos para las visitas de salud o la farmacia.

Beneficios de Hoosier Healthwise

La siguiente tabla muestra una lista de los beneficios más usados por los afiliados, mencionados por paquete de HHW. Si el servicio que usted está buscando no figura en la tabla, llame a Servicios para Afiliados o puede ingresar en su cuenta **My CareSource** para verificar la elegibilidad.

Resumen de beneficios

La siguiente tabla muestra una lista de los beneficios más usados por los afiliados, mencionados por paquete de HHW. Si el servicio que está buscando no figura en la tabla, llame a Servicios para Afiliados.

Visitas al consultorio/Hospital	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Visitas al médico	Sí	Sí	Sí	No
Detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	Sí	Sí	Sí	No
Controles médicos	Sí	Sí	Sí	No
Atención odontológica	Sí	Sí	Sí	Se necesita autorización previa para atención odontológica en hospitales y centros de cirugía ambulatorios
Quiroprácticos	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de planificación familiar	Sí	Sí	Sí	No
Servicios clínicos	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de enfermero/a profesional	Sí	Sí	Sí	No
Atención hospitalaria	Sí	Sí	Sí	Sí

Farmacia y medicina	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Medicación de la Lista de medicamentos preferidos	Sí	Sí	Sí	No
Emergencias, pruebas y transporte	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Servicios de emergencia	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de laboratorio y radiografía	Sí	Sí	Sí	No
Servicio de transporte de emergencia	Sí	Copago de \$10 por transporte en ambulancia	Sí	No
Transporte que no se considera de emergencia	Disponible para hasta 20 viajes de ida de menos de 50 millas por año sin autorización previa.	Copago de \$10 por servicio de ambulancia que no se considera de emergencia entre centros médicos cuando lo solicita un médico participante. Cualquier otro transporte que no se considera de emergencia no tiene cobertura.	Disponible para viajes para visita médica relacionada con el embarazo y la atención prenatal.	No
Servicios por especialidad	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Anestesia	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de centros de enfermería (Corto plazo)	Sí, menos de 30 días	No	Sí	Sí
Atención en hospicio	No	No	No	
Servicios de enfermería obstétrica	Sí	Sí	Sí	No
Podiatría	Los procedimientos quirúrgicos que involucran la podiatría, los servicios de laboratorio o radiografía y las estadías en el hospital tienen cobertura cuando son médicaamente necesarios. No cubre más de seis visitas de podiatría de rutina por año.	Los servicios de atención podiátrica de rutina no están cubiertos. Los procedimientos quirúrgicos, los servicios de laboratorio o radiografía, y las estadías en el hospital que involucran la podiatría están cubiertos.	La cobertura se limita a los servicios relacionados con el embarazo.	No

Terapias	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Atención de salud conductual (Ambulatoria)	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de rehabilitación	Sí	Sí	Sí	No
Terapia del habla	Sí	Sí	Sí	No
Terapia ocupacional	Sí	Sí	Sí	No
Terapia para trastornos por uso de sustancias	Sí	Sí	Sí	No

Otros beneficios y servicios	Paquete A	Paquete C	Paquete P	¿Se necesita autorización previa?
Servicios de educación/capacitación	Sí	Automanejo de la diabetes	relacionados con el embarazo	No
Servicios mejorados de CareSource (p. ej., asesoramiento laboral, transporte que no se considera de emergencia desde y hacia sesiones de orientación y capacitación para el programa Job Connect, teléfonos inteligentes (smartphones), etc.)	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de atención médica domiciliaria	Sí	Sí	Sí	Sí
Equipos y suministros médicos	Sí	Sí	Sí	Sí

Llame a Servicios para Afiliados a CareSource al **1-844-607-2829**(TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tiene alguna duda acerca de sus beneficios.

Healthy Indiana Plan (HIP)

El plan Healthy Indiana Plan (HIP) es un programa de seguro de salud que ofrece el Estado de Indiana para adultos que califiquen entre los 19 y los 64 años, que cumplan con los siguientes lineamientos de ingresos:

- Personas con un ingreso anual de hasta \$16,590.
- Parejas con un ingreso anual de hasta \$22,371.
- Una familia de cuatro integrantes con un ingreso anual de \$33,934.

HIP paga los costos médicos de los afiliados. Algunos planes de HIP también brindan cobertura oftalmológica y odontológica. La mayoría de los afiliados de HIP pagan parte de su costo de cobertura a través de pagos o copagos mensuales. Dichos planes retribuyen a los afiliados por cuidar mejor de su salud.

HIP Plus

HIP Plus es el plan recomendado para todos los afiliados a HIP. Ofrece la cobertura de mayor valor e incluye los servicios de oftalmología y odontología. En HIP Plus, usted paga un costo mensual, también llamado contribución a la Cuenta POWER, que se basa en sus ingresos y el tamaño del grupo familiar. No pagará ningún otro costo, salvo que vaya a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) por servicios que no se consideran de emergencia.

HIP Plus cubre todos los beneficios de salud que exige la ley federal, además de los servicios de oftalmología y odontología. También incluye más visitas anuales para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla en comparación con el programa HIP Basic Y cubre, además, servicios adicionales como cirugía bariátrica y tratamientos para trastornos de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorders, TMJ).

Con HIP Plus, usted paga un costo mensual, también llamado contribución a la Cuenta POWER, que se basa en sus ingresos y el tamaño del grupo familiar. No pagará ningún otro costo, a menos que vaya a la sala de emergencias por servicios que no se consideran de emergencia. Si es afiliado a HIP Plus y deja de pagar, puede perder todos sus beneficios o quizás le cambien al plan HIP Basic y adeude copagos por cada servicio, lo que significará más costo para usted.

HIP Basic

HIP Basic está disponible para afiliados a HIP con un ingreso igual o por debajo del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Una persona que gana menos de \$990 por mes o una familia de cuatro integrantes que reúne menos de \$2,025 por mes cumple con los lineamientos del FPL para el año 2016. La tabla completa del FPL figura en la página 26 de este manual. El plan HIP Basic ofrece beneficios básicos que cumplen con los requisitos mínimos de cobertura. Los planes HIP Basic:

- No brindan cobertura para servicios oftalmológicos u odontológicos, cirugía bariátrica o trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Son para padres, cuidadores o embarazadas con ingresos muy bajos, que se encuentran por debajo del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Una persona que gana menos de \$990 por mes o una familia de cuatro integrantes que reúne menos de \$2,025 por mes cumple con los lineamientos de FPL para el año 2016.

El HIP State Plan comprende beneficios médicos integrales, incluidos los de maternidad. Estos beneficios cumplen con los requisitos federales y también incluyen servicios de salud conductual mejorada.

HIP State Plan

El HIP State Plan se encuentra disponible para residentes de Indiana que:

- Tienen afecciones médicas o conductuales complejas.
- Son padres y cuidadores con ingresos muy bajos.

El HIP State Plan incluye beneficios médicos integrales que cumplen con los requisitos federales y también incluyen servicios de salud conductual mejorada.

Resumen de beneficios de HIP

La siguiente tabla ilustra un resumen de los beneficios más usados por los afiliados a HIP. Si el servicio que está buscando no figura en la tabla, llame a Servicios para Afiliados.

	HIP Plus: Disponible para todos afiliados que reúnen su contribución a la Cuenta POWER	HIP Basic: Para afiliados en un o por debajo del 100 % del FPL que no logran reunir para la contribución a la Cuenta POWER	HIP Maternity	HIP State Plan	
				Plus	Basic
Deductibles	\$2,500	\$2,500	\$0	\$2,500	\$2,500

Visitas al consultorio/Hospital	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Visitas al médico	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	No
Detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	Sí, EPSDT para edades hasta los 21 años	Sí, EPSDT para edades hasta los 21 años	Sí, EPSDT para edades hasta los 21 años	Sí, EPSDT para edades hasta los 21 años	Sí, EPSDT para edades hasta los 21 años	No
Controles médicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quiroprácticos	No	No	Sí	Sí Limitado a 50 visitas	Copago de \$4 Limitado a 50 visitas	No
Servicios de planificación familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Servicios clínicos	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	No
Servicios de enfermero/a profesional certificado/a	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de enfermería obstétrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Atención hospitalaria	Sí	Copago de hasta \$75	Sí	Sí	Copago de hasta \$75	Sí

Farmacia y medicina	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Medicación de la Lista de medicamentos preferidos (PDL)	Sí	Copagos: \$4 Medicamentos preferidos \$ 8 Medicamentos no preferidos	Sí	Sí	Copagos: \$4 Medicamentos preferidos \$ 8 Medicamentos no preferidos	No

Emergencias, pruebas y transporte	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Servicios de emergencia	Si el servicio se considera que no es de emergencia, el copago es de \$8 o de \$25	Si el servicio se considera que no es de emergencia, el copago es de \$8 o de \$25	Sí	Si el servicio se considera que no es de emergencia, el copago es de \$8 o de \$25	Si el servicio se considera que no es de emergencia, el copago es de \$8 o de \$25	No
Servicios de laboratorio y radiografía	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	No
Servicio de transporte de emergencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Transporte que no se considera de emergencia	No	No	Sí	Sí	Sí	No

Servicios por especialidad	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Podiatría	Sí, 6 visitas por año	Copago de \$4, 6 visitas por año	Sí, 6 visitas por año	Sí, 6 visitas por año	Copago de \$4, 6 visitas por año	No
Atención oftalmológica	Sí, 1 examen de rutina/año (hasta los 20 años)	No	Sí, 1 examen de rutina/año (hasta los 20 años)	Sí, 1 examen de rutina/año (hasta los 20 años)	Sí, 1 examen de rutina/año (hasta los 20 años)	No
	1 examen de rutina cada 2 años (mayores de 20 años)		1 examen de rutina cada 2 años (mayores de 20 años)	1 examen de rutina cada 2 años (mayores de 20 años)	1 examen de rutina cada 2 años (mayores de 20 años)	
	1 par de anteojos/ año (hasta los 20 años)		1 par de anteojos/ año (hasta los 20 años)	1 par de anteojos/ año (hasta los 20 años)	1 par de anteojos/ año (hasta los 20 años)	
Atención odontológica	1 par de anteojos/ cada 5 años (mayores de 20 años)		1 par de anteojos/ cada 5 años (mayores de 20 años)	1 par de anteojos/ cada 5 años (mayores de 20 años)	1 par de anteojos/ cada 5 años (mayores de 20 años)	
	Sí, exámenes periódicos cubiertos cada 6 meses	No	Sí, exámenes periódicos cubiertos cada 6 meses	Sí, exámenes periódicos cubiertos cada 6 meses *	Sí, exámenes periódicos cubiertos cada 6 meses *	Sí, para atención odontológica en hospitales y centros de cirugía ambulatoria
Servicios de centros de enfermería	Sí, límite de 100 días por período de beneficios	Copago de \$75, límite de 100 días por período de beneficios	Sí, cuando se relaciona con el embarazo	Sí	Sí	Sí
Equipo médico permanente (DME)/Aparatos ortopédicos/prótesis	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Sí

* Los planes HIP State Plan y HIP Plus cuentan con el beneficio de odontología mejorada

Servicios por especialidad (continuación)	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Servicios de atención médica domiciliaria	100 visitas	Copago de \$75 100 visitas	100 visitas	Sí	Sí	Sí
Atención en hospicio	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Sí	Sí
Equipos y suministros médicos	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Ciertos artículos requieren autorización previa

Terapias	HIP Plus	HIP Basic	HIP Maternity	HIP State Plan		Requiere autorización previa
				Plus	Basic	
Salud conductual	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Sí, servicios para pacientes internados
Servicios de terapia para trastornos por uso de sustancias	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Sí, servicios para pacientes internados
Física, ocupacional, del habla	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Sí
Servicios de rehabilitación	Sí	Copago de \$4	Sí	Sí	Copago de \$4	Sí

Notas importantes sobre los planes HIP

- Todos los afiliados a HIP tienen una Cuenta POWER.
- Los afiliados usarán los fondos de la Cuenta POWER para pagar la atención médica.
- Los afiliados no pueden usar los fondos de la Cuenta POWER para abonar cualquier copago que exija el plan.
- La mayoría de los afiliados tiene una participación en el costo: Los afiliados a HIP Plus hacen contribuciones a la Cuenta POWER y los afiliados a HIP Basic abonan copagos.
- Las embarazadas, los indios americanos y los nativos de Alaska están exentos de la participación del costo.

Obtenga más información sobre Healthy Indiana Plan en el sitio web del programa HIP del Estado de Indiana ingresando www.hip.in.gov en su navegador web.



¿Qué es una Cuenta POWER? (Bienestar y responsabilidad personal)

Como afiliado al programa HIP, los primeros \$2,500 de los costos de salud de la atención cubierta se pagan mediante una cuenta de ahorros especial que se llama Cuenta de bienestar y responsabilidad personal (Personal Wellness and Responsibility, POWER). El estado financiará la mayoría de este monto, pero usted adeudará un monto reducido cada mes. El monto que usted adeude se basará en sus ingresos si tiene un plan Plus.

Para obtener más información sobre la Cuenta de bienestar y responsabilidad personal (POWER) vea un video corto en la página para afiliados "Quick Start" (Inicio rápido). CareSource.com/Indianastart

Acelere su afiliación al plan HIP

Usted puede ser elegible para unirse al programa de implementación rápida (Fast Track) de Indiana. Si resulta elegible, recibirá un aviso del estado junto con las instrucciones sobre cómo usar la opción Fast Track. Fast Track le permite comenzar a usar sus beneficios antes. Para obtener más información sobre Fast Track, visite la sección sobre Fast Track en <https://secure.in.gov/fssa/hip/2501.htm>

Cómo usar su cuenta POWER

Puede usar los fondos de su Cuenta POWER (en los beneficios cubiertos) utilizando su tarjeta de débito de la Cuenta POWER. La tarjeta de débito de la Cuenta POWER se puede usar en el consultorio de su médico o cuando concurre al hospital para pagar los servicios cubiertos, pero no se puede usar para los copagos. Si pierde o extravía la tarjeta de débito de la Cuenta POWER deberá solicitar una tarjeta nueva a través del botón "click to chat" (clic para conversar) en MyCareSource.com.

Su Cuenta POWER se usará para pagar cada reclamo de salud a partir de los primeros \$2,500 de sus facturas de salud. Si usa todos los fondos de los \$2,500 de la Cuenta POWER, CareSource pagará los costos adicionales de salud cubiertos para el año.

Seguimiento y fondos acumulables de su Cuenta POWER

Es importante hacer un seguimiento de los fondos de su Cuenta POWER. Al usar su Cuenta POWER de manera sensata, puede ahorrar en los costos de atención médica futuros. Si sus costos anuales de atención médica son inferiores a \$2,500 por año, el monto que queda en su Cuenta POWER puede reducir el pago mensual para el año siguiente. A esto se le llama fondos acumulables.

Si es afiliado a **HIP Plus**, cualquier fondo acumulable se aplicará hacia la contribución a la Cuenta POWER del próximo año, lo que reduce el monto que adeudará a su plan HIP Plus al año siguiente. Si le brindan los servicios de atención médica preventivos recomendados, el estado le retribuirá duplicando sus fondos acumulables.

Si usted es afiliado a **HIP Basic**, tiene fondos acumulables y le brindan los servicios preventivos recomendados, puede usar dichos fondos acumulables para actualizar a un plan HIP Plus con un descuento en la contribución a la Cuenta POWER (POWER Account Contribution, PAC). Recibirá un resumen mensual para hacer el seguimiento de los fondos de su Cuenta POWER. También puede consultar el saldo de su Cuenta POWER en My.CareSource.com

Una forma de mantener sus costos bajos es adherir a los planes de atención preventiva que puede encontrar en la cuenta MyHealth.

Cómo usar la Cuenta POWER con HIP Basic

Cuando usted está en el programa HIP Basic, la Cuenta POWER paga los primeros \$2,500 de sus gastos por atención médica cada año. Usted será responsable de abonar los copagos. Cuando necesite atención médica, abonará su copago al proveedor de atención médica y luego se usarán los fondos de su Cuenta POWER para pagar las facturas de atención médica dentro de la red.

En el programa HIP Basic, una vez que usted excede los \$2,500 en beneficios cubiertos, todos los beneficios cubiertos futuros se pagarán en su totalidad, pero usted aún deberá abonar los copagos al médico o a la farmacia.

Pague en término

Afiliados a HIP Plus que ganan menos que el Nivel Federal de Pobreza

Si están en el programa HIP Plus, tienen un ingreso menor que el Nivel Federal de Pobreza (FPL)* y deja de pagar su contribución a la Cuenta POWER, se le pasará al plan HIP Basic. **Nota importante:** HIP Basic no incluye oftalmología ni odontología. También se le exigirá que abone copagos para la mayoría de los servicios de salud que reciba.

Afiliados a HIP Plus que ganan más que el Nivel Federal de Pobreza

Si es afiliado a HIP Plus, gana más que el Nivel Federal de Pobreza (FPL)* y deja de pagar su contribución a la Cuenta POWER, se le bloqueará su HIP durante seis meses.

Afiliados a HIP State Plan Plus que ganan menos que el Nivel Federal de Pobreza

Si es afiliado a HIP State Plus, con un ingreso menor o igual al Nivel Federal de Pobreza (FPL)*, ha optado por HIP State Plus con un costo fijo mensual y deja de pagar su contribución mensual a la Cuenta POWER, se le pasará al plan HIP State Basic. Se le exigirá abonar un copago en cada visita que haga por servicios médicos.

Afiliados a HIP State Pan Plus que ganan más que el Nivel Federal de Pobreza

Si es afiliado a HIP State Plus, con un ingreso superior al Nivel Federal de Pobreza (FPL)*, y deja de pagar su contribución mensual a la Cuenta POWER, se le cambiará al plan HIP State Plus con copagos. Deberá abonar copagos y se le continuará facturando su contribución mensual. Los copagos se exigirán hasta el próximo período de reevaluación. Y, para ser elegible para el plan HIP State Plus (sin copagos), debe pagar sus contribuciones en la fecha correspondiente.

*Nivel Federal de Pobreza

Nivel Federal de Pobreza (FPL) significa que el ingreso es de \$990 o menor por mes para una persona o de \$2,025 o menos para una familia de cuatro integrantes (FPL para 2016). Si desea consultar la tabla del FPL, dé vuelta la página.

Tenga en cuenta:

Las embarazadas, los indios americanos y los nativos de Alaska están exentos de los copagos y la participación del costo. Cuando la participación del costo es más del 5 por ciento del ingreso familiar, sus gastos de desembolso personal se reducen. CareSource le notificará cuando esto ocurra.

La tabla de ingresos que figura a continuación se basa en el Nivel Federal de Pobreza actual (2016). Para obtener la información más actualizada, puede visitar la página sobre elegibilidad del Estado de Indiana en: <https://secure.in.gov/fssa/hip/2460.htm>

Tamaño del hogar	Límite de ingreso mensual para la elegibilidad de HIP Basic	Límite de ingreso mensual para la elegibilidad de HIP Plus*
1	\$990	\$1,382.54
2	\$1,335	\$1,864.33
3	\$1,680	\$2,346.12
4	\$2,025	\$2,827.91
5	\$2,370	\$3,309.71
6	\$2,715	\$3,791.50
7	\$3,060.83	\$4,274.45
8	\$3,407.50	\$4,758.57
Por cada persona adicional, agregar	\$346.67	\$484.12



Su proveedor médico principal (PMP)

Su PMP es su socio de salud. Trabajará con usted a lo largo de toda su atención médica. Los PMP de la red de CareSource están capacitados en: medicina familiar, medicina interna, práctica general, geriatría, pediatría y, para las mujeres: obstetricia/ginecología (OB/GYN). Estos PMP pueden proporcionar controles regulares, visitas de rutina para personas enfermas o sanas y para inmunización (vacunas). Si su PMP no está disponible para brindarle tratamiento a su problema de salud, le enviará a otros proveedores (especialistas) o, de ser necesario, le admitirá en el hospital.

Si está embarazada, debe visitar a su PMP dentro de un plazo de dos semanas de la fecha de inicio de su tarjeta. Si ha cambiado de PMP, es importante que se asegure de que envíen sus registros de salud al nuevo PMP, para lo cual deberá llamar a Servicios para Afiliados.

Si no ha decidido cuál será su PMP antes de unirse a CareSource, elegiremos uno por usted. Elegiremos su PMP basándonos en:

- Dónde vive.
- Si el PMP acepta pacientes nuevos.
- Su idioma de preferencia.

Cambiar su PMP es fácil. Puede buscar un proveedor que esté cerca de usted usando la herramienta "Find a Doctor" (Encontrar un médico) **CareSource.com**. Dado que siempre estamos agregando proveedores nuevos, esta herramienta es la más actualizada.

Puede solicitar una copia impresa de un Directorio de proveedores con la tarjeta en su Kit de bienvenida o llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda (consulte los números a continuación).

Si usted es un paciente nuevo para su PMP, llame al consultorio para programar una cita. Esto ayudará a que su PMP pueda conocerlo y comprender de inmediato sus necesidades de atención médica. Si está enfermo o lesionado, es posible que obtenga una cita más rápido con su PMP. Asimismo, debe solicitar que se transfieran todos sus registros médicos anteriores a su nuevo médico.

Atención preventiva

Su PMP tendrá un papel importante en su atención preventiva. Esto implica ir al médico en forma regular aunque no se sienta enfermo. Los controles de rutina, los análisis y los exámenes de detección pueden ayudarle a su doctor a diagnosticar y tratar problemas en forma prematura, antes de que estos se agraven.

La atención preventiva incluye:

- Vacunas para niños.
- EPSDT (Detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento) para niños menores de 21 años.
- Exámenes anuales para adultos sanos.
- Pruebas de Papanicolaou.
- Exámenes de mamas y
- Controles odontológicos regulares (solo para HIP Plus y HHW).

Los lineamientos de salud preventiva se encuentran disponibles para: mujeres, embarazadas, bebés y hombres. Para acceder a estos y a nuestros lineamientos sobre práctica clínica, llame al Departamento de Servicios para Afiliados o visite el sitio web en **CareSource.com**.

SALA DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE URGENCIA	PROVEEDOR MÉDICO PRINCIPAL
Riesgo de vida	Para recibir atención necesaria cuando su médico no pueda verlo	Salud diaria: exámenes físicos, resfíos menores, dolores leves

Dónde obtener atención

Es importante que obtenga atención en el lugar correcto cuando la necesite. Las preguntas a continuación le ayudarán a decidir a dónde ir para recibir atención médica:

¿Debo acudir a una Sala de emergencias, a un centro de atención de urgencia, a un especialista de salud mental o a un PMP? Decida preguntándose:

¿Es seguro esperar y llamar primero a mi médico?

¿Es seguro esperar y programar una cita para dentro de uno o dos días con mi médico?

¿Es seguro esperar para saber si mi médico puede darme una cita hoy mismo?

Si mi médico no puede recibirmee, ¿es seguro esperar a que me atiendan en una clínica de atención de urgencia sin cita previa?

¿Puedo morir o sufrir una lesión grave si no recibo ayuda inmediata?

Si necesita asesoramiento rápido si su enfermedad o lesión es una emergencia, llame a su médico o llame a la línea de asesoría en enfermería CareSource24® al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

Una de nuestras enfermeras estará disponible para darle respuestas.

Dónde obtener atención médica principal

La mayoría de las veces su proveedor médico principal es el lugar al que acude para recibir atención principal, como: vacunas, exámenes de salud, físicos, por dolores o molestias, por enfermedad y lesiones menores.

Clínicas de salud en establecimientos minoristas

Si no puede visitar a su PMP, queremos facilitarle a usted y a su familia la ayuda médica cuando más la necesite. Los afiliados a CareSource (18 años y más) puede ir a las clínicas de salud, que por lo general se encuentran en las farmacias y las tiendas de víveres, para visitar a un/a enfermero/a profesional certificado/a para recibir atención básica.

En la mayoría de las clínicas de salud en establecimientos minoristas, las visitas sin cita son bien recibidas y, usualmente, estas se encuentran abiertas los 7 días de la semana.

Si desea conocer si su Clínica de salud en establecimiento minorista pertenece a la red de CareSource, ingrese a la herramienta Find a Doctor/Provider (Encontrar un médico/proveedor) de CareSource.com, donde encontrará disponible la lista más actualizada las 24 horas. Puede llamar a Servicios para Afiliados para encontrar una clínica de salud de usted.

Debe visitar a su PMP para todas sus citas de rutina. A continuación, brindamos ejemplos de afecciones que su PMP tratará:

Mareos	Presión arterial alta/baja	Hinchazón de piernas/pies
Tos persistente	Niveles altos/bajos de azúcar en la sangre	Dolor de garganta
Pérdida del apetito	Dolor de cabeza	Dolor en articulaciones
Resfrios/Gripe	Afecciones de salud conductual	Urticaria
Dolor de espalda	Dolor de oídos	Estreñimiento
Manejo del dolor	Pruebas de embarazo	Secreción vaginal
Extracción de puntos de sutura		

Centros de atención de urgencia

Puede visitar un centro de atención de urgencia, en situaciones que no se consideren de emergencia, para evitar que una herida o enfermedad empeore si el consultorio de su PMP está cerrado o si su PMP no puede atenderlo de inmediato. Si considera que debe concurrir a un centro de atención de urgencia, puede:

- Llamar a su PMP para que le aconseje. Puede contactar a su PMP, o con un médico sustituto, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llamar a CareSource24®, nuestra línea de asesoría en enfermería, al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

Ir a un centro de atención de urgencia que figure en el Directorio de proveedores o en nuestro sitio web CareSource.com. Luego de la visita, no deje de llamar a su PMP para programar la atención de seguimiento.

En ocasiones, se puede enfermar o lesionar mientras está de viaje. Si necesita ir a un centro de atención de urgencia cuando está lejos de su casa y fuera de los condados que cubre CareSource, llame a su PMP o a nuestra línea de asesoría en enfermería CareSource24®: **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Nuestro equipo de enfermeras diplomadas (RN, por sus siglas en inglés) lo ayudará a decidir qué hacer. Si acude a un centro de atención de urgencia, llame a su PMP tan pronto como pueda para advertirle sobre su visita de urgencia y para cualquier visita de seguimiento.

Servicios de emergencia (ER)

Los servicios de emergencia tratan problemas de salud graves que pueden recibir tratamiento inmediato de un médico. Su plan incluye los servicios de emergencia tanto dentro como fuera del condado en el que vive. Los ejemplos de afecciones médicas que necesitan tratamiento de emergencia incluyen:

- Aborto espontáneo/Embarazo con sangrado vaginal
- Dolor de pecho severo
- Falta de aire
- Pérdida del conocimiento
- Ataques/Convulsiones
- Sangrado incontrolable
- Vómitos severos
- Violación
- Quemaduras mayores

Si necesita tratamiento de emergencia, llame al 911 o acuda al departamento de emergencias (ER) más cercano o a otro ámbito apropiado. No existe necesidad de llamar primero a CareSource, su tratamiento es lo primero y lo principal.

Si no está seguro de si debe acudir a la sala de emergencias, llame a su PMP o a la línea de asesoría en enfermería CareSource24® al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Su PMP o la línea de asesoría en enfermería CareSource24® puede hablar con usted sobre su problema médico y recomendarle los próximos pasos a seguir.

Recuerde, si necesita servicios de emergencia:

- Vaya al departamento de emergencias hospitalarias más cercano o al socio de salud más próximo.
- Muestre su tarjeta de ID de afiliado y dígale al personal que es afiliado a CareSource.
- Si el proveedor que le brinda tratamiento atiende su emergencia, pero le recomienda obtener más atención médica para tratar el problema que provoca su emergencia, el proveedor debe llamar a CareSource.
- Llame a su PMP tan pronto como pueda para informarle sobre su emergencia médica y programar los servicios de seguimiento.
- Si debe permanecer en el hospital luego del tratamiento de emergencia, pida que el hospital llame a CareSource dentro de las 24 horas.

Copago de HIP por sala de emergencia (ER)

Una ER es el mejor lugar para ir por problemas de salud urgentes o que implican un riesgo de vida.

Si va a una sala de emergencias cuando no presenta una afección médica que sea considerada como tal, será responsable del copago. La primera vez que use la sala de emergencias cuando no tenga una afección de salud de emergencia, dicho copago será de \$8. Luego de la primera vez, deberá pagar \$25 cada vez que use el departamento de emergencias cuando la afección de salud no sea una emergencia. El hospital le cobrará su copago por el uso del departamento de emergencias (ER) al plan HIP. Los fondos de la Cuenta POWER no podrán ser utilizados para pagar el copago.

Si usted tiene un problema de salud que no se considera de emergencia y quiere saber a dónde ir para recibir atención, llame a Servicios para Afiliados. Además, el personal de la sala de emergencias también le indicará quienes son los proveedores de servicios que no son de emergencia locales que pueden brindarle tratamiento sin cobrarle un copago.



Medicamentos con receta

Si bien CareSource paga por todas las recetas médicaamente necesarias y los medicamentos cubiertos por Medicaid, tenemos una lista de medicamentos que preferimos que los proveedores le receten a los afiliados. Se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) o formulario. Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección. Dichas opciones se llaman medicamentos "alternativos". Muchos medicamentos alternativos son igual de eficaces que otros medicamentos con similares efectos secundarios.

CareSource tiene procedimientos disponibles para entregarles a los afiliados los medicamentos que necesitan de manera segura y eficiente.

Estos procedimientos se resumen a continuación y en la PDL que se encuentra en nuestro sitio web.

Programas de atención farmacéutica

Terapia escalonada

En ocasiones, un afiliado debe probar un medicamento de la PDL antes que un medicamento que no se encuentra en la PDL sea aprobado por CareSource. Esto se denomina **terapia escalonada**. Una farmacia le proveerá un medicamento genérico, si está disponible, en lugar de un medicamento de marca. Esto se denomina **sustitución por genérico**. Se espera que los medicamentos genéricos produzcan los mismos efectos y tengan el mismo perfil de seguridad que los medicamentos de marca. Si se solicita un medicamento de marca cuando existe un genérico equivalente, su proveedor deberá enviar un formulario a CareSource para su aprobación.

Gestión de terapia de medicamentos (MTM)

En CareSource, entendemos el impacto que el uso de la medicación adecuada puede tener en su salud. Es por eso que tenemos un programa de Gestión de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para nuestros afiliados. Este programa está ideado para ayudarlo a conocer sus medicamentos, prevenir o tratar problemas relacionados con la medicación, reducir costos y adherir a su plan de tratamiento.

Este programa está disponible a través de cualquier farmacéutico local. En muchos casos, un farmacéutico se acercará a usted para preguntarle si está interesado en aprender más acerca de sus medicamentos. Se lo preguntan porque quieren ayudarlo. El farmacéutico puede pedirle programar un momento con usted para repasar todos los medicamentos, lo que incluye cualquier píldora, crema, gota para los ojos, artículos a base

de hierbas o de venta libre. A través del programa, su farmacéutico local puede obtener alertas e información acerca de sus medicamentos y decidir si es posible que necesite atención adicional. Le ofrece formas de ayudarlo con sus medicamentos y cómo tomarlos de manera correcta. También trabajarán con su médico y otros para satisfacer sus necesidades y mejorar la forma en que usa sus medicamentos.

Este servicio y la ayuda e información del farmacéutico forman parte de ser un afiliado a CareSource y están disponibles sin costo alguno para usted.

Beneficios de la MTM:

- Mejora el uso seguro de los medicamentos.
- Mejora la coordinación con todos sus médicos y quienes le brinden cuidados.
- Incrementa el conocimiento de sus medicamentos y cómo usarlos correctamente.
- Mejora la salud en general.

Autorización previa de la farmacia y medicamentos de especialidad

Autorización previa

CareSource también puede requerir que su proveedor nos envíe información para que nos explique por qué se necesita un medicamento específico y/o qué cantidad es necesaria. Debemos aprobar la solicitud antes de que consigamos el medicamento. Esto se denomina **autorización previa** y se puede usar si:

- Existe un medicamento genérico o alternativo de farmacia disponible.
- El medicamento puede usarse de forma indebida/o se puede abusar del medicamento.
- Existen otros medicamentos que deben probarse primero.

Algunos medicamentos también tienen límites sobre cuánto se le puede dar a un afiliado por vez y algunos medicamentos nunca tienen cobertura, como los medicamentos para la pérdida de peso.

Si no aprobamos una solicitud para un medicamento, le enviaremos información sobre cómo apelar nuestra decisión y sus derechos a una audiencia estatal.

Excepciones:

Puede pedir una excepción para las recetas que no se incluyen para la cobertura en su plan de salud. Los motivos para pedir una excepción pueden incluir tener una alergia o no poder tomar un medicamento o una respuesta pobre de los medicamentos que se mencionan en la PDL. Puede solicitar esta excepción, o si tiene otra persona que le representa, esta también puede presentar una solicitud de excepción. Una vez que recibamos la solicitud de excepción, nuestro equipo se comunicará con usted para obtener los formularios y la información necesaria.

Medicamentos de especialidad

Ciertos medicamentos son más complejos y se deben manejar de manera diferente a los medicamentos que usted recoge en su farmacia local. Estos medicamentos se llaman **medicamentos de especialidad** y la mayoría de estos requieren que su médico envíe un formulario de autorización previa.

Muchos de estos medicamentos deben ser prescritos por un médico o un/una enfermero/a y el consultorio de su médico le ayudará a hacerlo. Si se aprueba la autorización previa, trabajaremos junto con el consultorio de su médico y la farmacia de especialidades para conseguirle los medicamentos que necesita.

Lista de medicamentos preferidos (PDL)

Puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una copia de nuestra PDL y de la lista de medicamentos que necesitan autorización previa. También puede visitar nuestro sitio web en **CareSource.com**. Tenga en cuenta que nuestra PDL y la lista de medicamentos que requieren autorización previa puede variar mensualmente, de modo que es importante para usted y/o su proveedor comprobar esta información cuando necesite surtir/reponer un medicamento.



Servicios cubiertos en detalle

Como afiliado a CareSource, continuará teniendo su cobertura para todos los servicios médicamente necesarios cubiertos de HHW o HIP. De acuerdo con su plan, es posible que sea responsable de un copago. Consulte la tabla de beneficios de su plan (HHW o HIP) de las páginas 14 a 21 para conocer cuánto se le cobrará por estos servicios. No debe recibir una factura que supere este monto; si esto sucede, llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de esta página.

Servicios que no necesitan una derivación

Los servicios que figuran en esta sección **no** requieren una derivación de su PMP. Esto significa que su PMP no necesita coordinar o aprobar estos servicios. Usted puede revisar la lista de proveedores participantes que ofrecen estos servicios en **CareSource.com** y llamar para programar una cita para su atención. Si no está seguro qué proveedores ofrecen cualquiera de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de esta página.

Servicios del proveedor médico principal (PMP)

- Exámenes anuales para adultos sanos.
- Exámenes para bebés sanos y niños sanos.
- Vacunas (inmunizaciones).
- Mamografía preventiva (mama) y exámenes para detectar cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou).
- Examen físico, necesario para un empleo o para la participación en programas de capacitación laboral (si el examen no lo proporciona otra fuente en forma gratuita).

Citas con médicos de especialidad

(Nota: CareSource no exige una derivación para consultar a un especialista, pero ciertos especialistas sí solicitan una derivación. Si esto ocurre, su PMP también puede indicar una derivación.)

Medicamentos con receta, incluso ciertos medicamentos recetados de venta libre

Los proveedores de atención médica emitirán las recetas para que pueda surtirse en una farmacia participante.

Consulte la sección “Medicamentos con receta” en este manual para obtener más detalles.

Servicios de planificación familiar

Puede recibir estos servicios con su PMP o puede buscar cualquier obstetra, ginecólogo o proveedor de planificación familiar calificado que pertenezca a la red de CareSource de su Directorio de proveedores llamando a Servicios para Afiliados.

Obstetricia (atención de la maternidad, prenatal y posparto, incluso servicios para embarazo de riesgo y servicios ginecológicos. Puede concurrir a cualquier obstetra o ginecólogo (OB/GYN) participante que figure en el Directorio de proveedores.

Servicios independientes del centro de maternidad en un centro de maternidad independiente

Llame a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación para conocer los centros calificados disponibles.

Servicios de la sala de emergencias

Consulte la sección “Dónde obtener atención médica” de este manual para obtener información sobre el uso adecuado de estos servicios.

Servicios de atención de urgencia

Consulte la sección “Dónde obtener atención médica” de este manual para obtener información sobre el uso adecuado de estos servicios.

Servicios de salud conductual (mental) y para trastornos por uso de sustancias

Si necesita servicios de salud mental y/o para trastornos por uso de sustancias, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). **Puede elegir su propio proveedor de salud conductual si elige a un proveedor dentro de la red de CareSource.**

Los proveedores a los que se puede autoderivar dentro de la red de CareSource son:

- Servicios quiroprácticos
- Centros comunitarios de salud mental
- Servicios odontológicos de rutina
- Servicios de automejoramiento de la diabetes
- Atención oftalmológica (excepto cirugía)
- Clínicas de salud mental ambulatorias
- Podiatría
- Psicólogos
- Psicólogos certificados Proveedores de servicios de salud en psicología (HSPP)
- Trabajadores sociales certificados
- Trabajadores sociales clínicos certificados
- Enfermeros psiquiátricos
- Psicólogos escolares de práctica independiente

Consulte su Directorio de proveedores, llame a Servicios para Afiliados o visite **CareSource.com** para obtener los nombres y los números telefónicos de los centros cerca de usted.

Servicios que necesitan una derivación

Algunos servicios requieren una derivación de su proveedor. Eso significa que deben ser aprobados por su PMP antes de que pueda recibir el servicio. Su proveedor puede coordinar estos servicios para usted, darle una autorización por escrito para que lleve cuando reciba el servicio o decirle cómo puede obtener el servicio. Ejemplos de estos servicios incluyen:

- Servicios de diagnóstico (radiografías, laboratorio). Los especialistas participantes también pueden enviarlo para que le realicen pruebas de diagnóstico. Algunos requieren autorización previa.
- Fisioterapia y terapia ocupacional.
- Diálisis renal (para los riñones).

Servicios que requieren una derivación y una autorización previa

Unos pocos servicios requieren tanto una derivación de su PMP como una autorización previa de CareSource. Esto significa que su proveedor tiene que autorizar el servicio y obtener la autorización también de CareSource.

Los ejemplos de los servicios que requieren una derivación y una autorización previa incluyen:

- Todos los servicios hospitalarios planificados para pacientes internados (los servicios de ER no requieren una derivación ni una autorización previa).
- Centro de enfermería especializada.
- Servicios de rehabilitación para paciente internado.
- Servicios de atención médica domiciliaria: Todos los servicios de atención médica domiciliaria requieren una autorización previa.
- Algunos equipos médicos permanentes. Algunos servicios odontológicos.
- Algunos servicios para el manejo del dolor.

Puede obtener más información sobre los servicios cubiertos y las autorizaciones previas en la tabla de beneficios de HHW de las páginas [14 a 17](#) y la tabla de beneficios de HIP de las páginas [21 a 23](#). Si tiene consultas sobre las derivaciones o las autorizaciones previas, llame a Servicios para Afiliados.

Servicios fuera de la red

Llame a su PMP, a otro proveedor de la red o a nosotros para saber si necesita permiso para obtener los servicios de un proveedor que no esté en nuestra red. CareSource puede autorizar y pagar la atención brindada fuera de la red si el servicio es médicaamente necesario y si el servicio de un proveedor de la red no está disponible.

Derivación permanente

CareSource les permite a los afiliados con necesidades especiales que requieren tratamiento continuo o monitoreo regular visitar a un especialista para recibir tratamiento mediante el uso de la derivación permanente que emite un PMP. El tratamiento que brinda el especialista debe ser el correcto para su problema de salud y sus necesidades.

Continuidad de la atención

Estamos siempre a su disposición para ayudarlo a obtener atención continua y a coordinar la atención médica necesaria cuando se une a CareSource. Si desea conocer es la continuidad de la atención es para usted, llame a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación.

Gestión de uso

Nuestro equipo de Gestión de uso (Utilization Management, UM) revisará los servicios de atención médica que recibe, basándose en los criterios o los lineamientos establecidos. Revisamos su atención para asegurarnos de que obtenga la mejor de acuerdo con sus necesidades. Si tiene preguntas sobre cómo se revisa su atención, puede contactar al equipo de UM llamando a Servicios para Afiliados y pidiendo que le comuniquen con alguien del equipo de UM. Al llamar, tenga esto en mente:

- El equipo de UM atenderá sus llamadas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Puede dejar un mensaje acerca de algún problema relacionado con la UM después del horario de atención regular.
- También puede usar el sitio web para comunicarse con UM durante y después del horario de atención regular. Vaya al formulario "Tell Us" (Cuéntenos) en <https://secureforms.caresource.com/MemberInquiry>
- Si el personal de UM se comunica con usted, se identificarán con sus nombres, cargos y el nombre de la organización (CareSource) cuando llamen por algún problema relacionado con la UM.

Puedes llamarnos en cualquier momento sobre la UM en relación con las solicitudes de autorización previa. También ayudamos a los afiliados que hablan un idioma distinto del inglés para que puedan expresar los problemas o inquietudes con la UM. Solo tiene que llamar a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación.

Cualquier decisión a la que se llegue con sus socios de salud respecto de la necesidad médica de la atención de la salud se basa únicamente en cómo el entorno o los servicios afectarán su atención. CareSource no retribuye a los socios de salud o a nuestro propio personal por rehusarse a brindar la cobertura o los servicios. No ofrecemos incentivos financieros a nuestro personal para tomar decisiones que resulten del uso deficiente de los servicios.

Nuevas autorizaciones de la atención

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.

La cobertura se basa en:

- Normas actualizadas de Medicaid y Medicare.
- Las normas externas para la evaluación de la tecnología.
- La aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
- Las recomendaciones de las publicaciones médicas.



Administración de la atención

CareSource ofrece servicios de administración de la atención disponibles para niños y adultos con necesidades especiales de atención médica. CareSource cuenta con enfermeros/as diplomados/as, trabajadores sociales y otros trabajadores comunitarios que trabajarán directamente con usted para ayudarlo a coordinar sus necesidades de atención médica. Estas necesidades pueden incluir la búsqueda de recursos comunitarios apropiados. Estos miembros del personal pueden comunicarse con usted si:

- Su médico solicita que CareSource se comunique con usted.
- Usted solicita una llamada telefónica.
- Nuestros servicios puede ser útiles para usted o su familia.

CareSource ofrece administración de la atención para afecciones que incluyen:

- Asma.
- Visitas a la sala de emergencias.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Insuficiencia cardíaca/Arteriopatía coronaria.
- Diabetes.
- Presión arterial alta.
- Persona dependientes con necesidades médicas especiales.
- Embarazo de alto riesgo.
- Salud conductual: trastorno de salud mental y por uso de sustancias.
- Manejo del dolor.

Los miembros del personal de CareSource pueden hacer preguntas para conocer más sobre su salud. Ellos le brindarán información para ayudarle a comprender cómo cuidarse a sí mismo y acceder a los servicios, incluso a proporcionarle contactos para los recursos locales.

Nuestro personal puede reunirse con su PMP y otros socios de salud para asegurarse de que reciba la atención coordinada. Es posible que usted también tenga otras afecciones físicas o de salud conductual que necesiten atención adicional. Nuestros administradores de atención pueden trabajar con usted para determinar si su afección requiere un PMP, un especialista de salud conductual un centro de atención de urgencia o un departamento de emergencias.

Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de la administración de la atención o si considera que se beneficiaría con los servicios de administración de la atención. Con gusto lo ayudaremos. Puede comunicarse con los Servicios de apoyo para la administración de la atención al **1-844-607-2829**.

Programa Right Choices (RCP)

CareSource revisará los tipos de servicios médicos y de farmacia que recibe como parte de su atención. Luego de nuestra revisión, puede inscribirse en el programa Right Choices (RCP). El objetivo del programa RCP es brindarle atención de calidad a través de la administración de la atención de la salud, garantizando que se le proporcione el servicio *correcto* en el momento oportuno y en el lugar *apropiado* para usted.

El RCP puede tener una duración de hasta dos años. Puede estar organizado por una sola farmacia, un solo proveedor médico principal, un solo proveedor del departamento de emergencias. O se pueden combinar cada uno de los proveedores. Durante la RCP, trabajará con un administrador de caso para asegurarse de que la atención que reciba satisfaga sus necesidades de la mejor manera.

HealthWatch (EPSDT)

HealthWatch es el nombre en Indiana de los servicios de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment, EPSDT). Este es un programa obligatorio federal desarrollado para infantes, niños y jóvenes adultos menores de 21 años inscritos en Medicaid. Los servicios de EPSDT son un beneficio cubierto para los afiliados a HIP de 19 y 20 años y para los afiliados a HHW menores de 21 años. Este programa cubre los exámenes médicos, las inmunizaciones (vacunas), la educación para a salud y los análisis de laboratorio. Estos servicios son importantes para garantizar que los niños sean saludables y se estén desarrollando física y mentalmente. Los infantes, niños y jóvenes adultos deben someterse a los exámenes a las siguientes edades:

Al nacimiento	3 a 5 días del nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	→
12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	luego de los 36 meses, 1 vez al año, todos los años hasta los 21		→

HealthWatch cubre los exámenes completos médicos, oftalmológicos, odontológicos, auditivos, nutricionales, del desarrollo y de salud mental, así como la atención de seguimiento médicamente necesaria para los problemas o afecciones que se detecten en el examen.

Los servicios de HealthWatch están disponibles sin costo para los afiliados e incluyen:

- Exámenes médicos completos (con una evaluación de la evolución de la salud física y mental).
- Exámenes oftalmológicos.
- Exámenes odontológicos.
- Exámenes de auditivos.
- Evaluación del desarrollo.
- Análisis de laboratorio para ciertas edades, incluidas pruebas de detección de plomo.
- Inmunizaciones (vacunas)
- Atención de seguimiento médica necesaria para tratar problemas físicos, mentales u otro tipo de problemas o cuestiones de salud detectados durante la evaluación.
- Pruebas de niveles de plomo en sangre: a los niños inscritos en HHW se les hace una prueba de detección de plomo en sangre a los 12 meses y a los 24 meses de edad. Si el afiliado corre un riesgo alto por estar expuesto al plomo en la visita del mes 6 o del mes 9, se realizará con anticipación una prueba de detección. A los niños entre los 36 y 72 meses de edad se les debe hacer una prueba de detección de plomo en sangre si no se les ha realizado la prueba de intoxicación por plomo con anterioridad.

Las pruebas de detección y los exámenes de EPSDT incluyen: controles de oftalmología, auditivos, de nutrición, pruebas de desarrollo, de detección de plomo, análisis de laboratorio para ciertas edades, inmunizaciones y exámenes médicos completos (con revisión de la evolución física y de salud mental).

Atención de seguimiento médicamente necesaria.

La atención de seguimiento incluye problemas o cuestiones físicas o de salud otro tipo que se detectan durante una evaluación. Esto podría incluir, entre otros servicios:

- Visitas a un PMP, un especialista, un dentista, un optometrista y a otros proveedores de CareSource para diagnosticar y tratar dichos problemas o cuestiones.
- Atención hospitalaria de pacientes internados o ambulatorios.
- Visitas clínicas.
- Medicamentos con receta.
- Análisis de laboratorio.
- Educación para la salud.

Programe un EPSDT con el PMP

Es muy importante que obtenga controles preventivos y pruebas de detección para que su PMP pueda determinar de forma prematura si tiene algún problema de salud. Esto ayudará a tratar los problemas más temprano o le permitirá a su PMP indicar una derivación a un especialista para que reciba tratamiento antes de que el problema se vuelva más serio. Algunos servicios requieren una derivación por parte de su PMP o una autorización previa de CareSource. Además, para algunos artículos o servicios de EPSDT, su proveedor puede solicitar una autorización previa para que CareSource cubra aquello que tiene límites o que no está cubierto para los afiliados mayores de 20 años. Consulte las páginas [20 a 23](#) para conocer qué servicios requieren una derivación y/o una autorización previa.

Como parte de la EPSDT, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los afiliados menores de 21 años que tienen necesidades de atención médica especiales. Consulte la página 38 para obtener más información acerca de los servicios de administración de la atención que ofrece CareSource.

Atención de alto riesgo

CareSource ofrece servicios para afiliados con afecciones de salud complejas. Es posible que un equipo de Gestión de la atención de alto riesgo dedicado trabaje con usted de manera personalizada por teléfono y en persona para ayudarlo con la educación para la salud, con la coordinación de la atención y con las necesidades de recursos comunitarios. El miembro del equipo de Gestión de la atención de alto riesgo le ayudará a conectarse con sus proveedores y con los recursos comunitarios para ayudarlo a alcanzar sus metas de tener una vida saludable mediante la gestión de las afecciones de salud complejas.

Transiciones en la atención

CareSource ofrece un programa diseñado para asistirlo a usted y/o a sus familiares luego del alta del hospital.

Los objetivos del programa son:

- Responder todas las preguntas relacionadas con el alta.
- Asegurarse de que usted y/o los miembros de su familia entienden sus medicamentos y estar disponible para responder cualquier pregunta relacionada con sus medicamentos.
- Ayudar a coordinar sus citas de atención primaria y/o con los especialistas.
- Ayudar a coordinar sus necesidades o las de su familia en el hogar, si usted o un miembro de su familia necesita ayuda con el alta hospitalaria; para ello puede comunicarse con un miembro del equipo de Transición en la atención al **1-844-607-2829**.

Manejo de enfermedades

Los programas de manejo de enfermedades de CareSource lo ayudan a aprender sobre sus afecciones de salud específicas y a manejarlas. Nuestro objetivo es asegurarnos de que tenga las herramientas para mantenerse lo más saludable posible. Estos programas están disponibles para usted sin costo alguno.

Si uno de sus socios de salud nos dice que usted se beneficiaría de uno de estos programas, le enviaremos información. También puede informarnos si cree que se beneficiaría de uno de estos programas. Si en cualquier momento no quiere participar en este programa, solo infórmenos llamando al número que figura a continuación.

Actualmente contamos con programas exclusivos para: asma, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, hepatitis C, VIH, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) y autismo/trastorno generalizado del desarrollo.

Un miembro del equipo de Manejo de enfermedades también se encuentra disponible para demostrarle cómo cuidar de sí mismo mientras cuida de los miembros de la familia que sufren de una de estas enfermedades. También puede aprender cómo comenzar a practicar hábitos de salud, como dejar de fumar o comer más saludable. Y estamos disponibles para trabajar junto con su médico para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud.

Si desea obtener más información sobre el programa de Manejo de enfermedades, llame al **1-844-607-2829**.

Persona dependientes con necesidades médicas especiales y beneficios del plan HIP

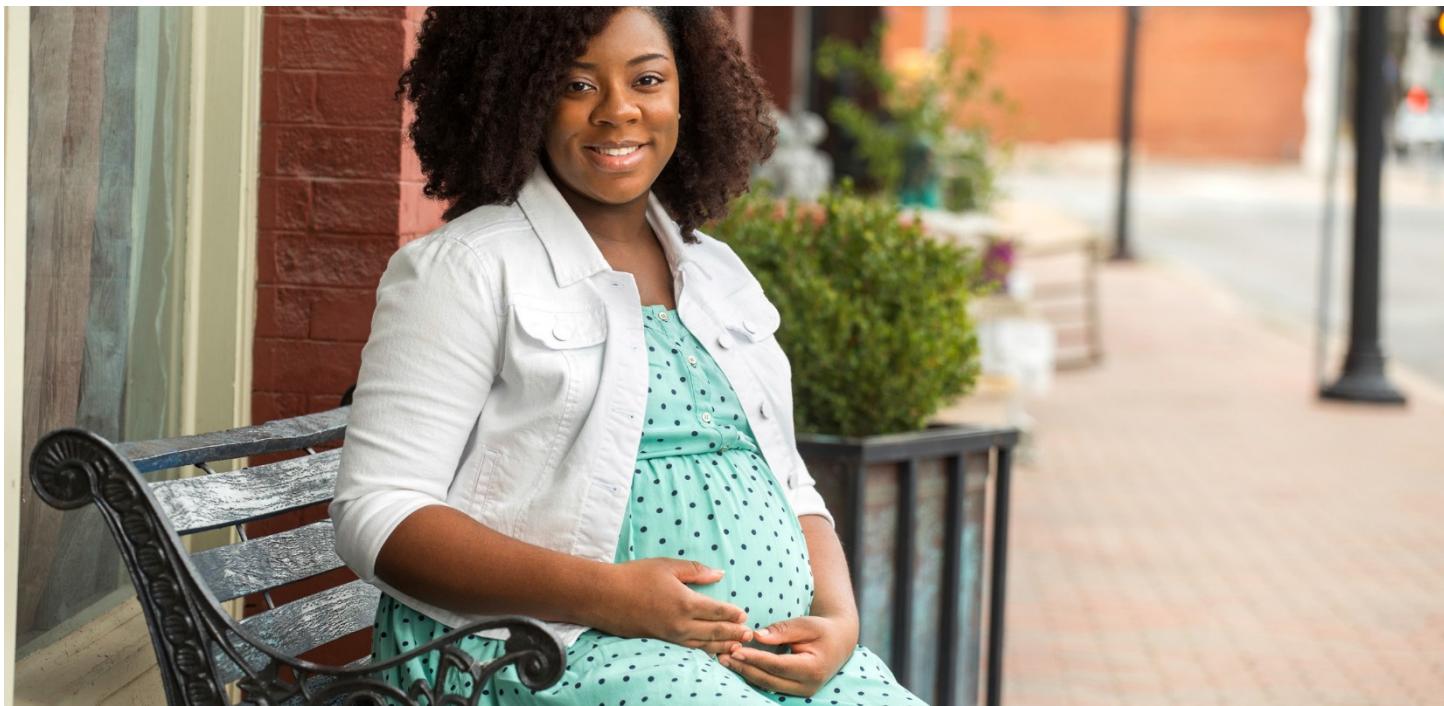
Las personas con afecciones físicas o de salud conductual complejas, conocidas como "dependientes con necesidades médicas especiales", son elegibles para recibir un paquete de beneficios que se denomina "State Plan" (Plan estatal), que es más apropiado para sus afecciones de atención médica. Llame a Servicios para Afiliados o ingrese en línea a www.in.gov/fssa/hip/ para obtener información sobre estos beneficios adicionales.

Una persona se considera dependientes con necesidades médicas especiales si se ha determinado que tiene una o más de las siguientes afecciones:

- Trastorno mental incapacitante.
- Trastorno crónico por uso de sustancias.
- Afección médica compleja y grave.
- Incapacidad física, intelectual o del desarrollo que perjudique en gran medida la capacidad del individuo para realizar una o más actividades de la vida cotidiana o
- Determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social.

CareSource puede confirmar que usted tiene una de estas afecciones basándose en la atención médica que usted recibe. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados al número que figura a continuación para informar una afección que califique como médica dependientes con necesidades médicas especiales. Si CareSource confirma su estado como dependientes con necesidades médicas especiales, recibirá los beneficios del Plan estatal. Tiene derecho a apelar si CareSource no determina su estado como dependientes con necesidades médicas especiales. Debe realizar los pagos a su Cuenta POWER para acceder a los beneficios de HIP State Plan Plus.

Debe comunicarse con nosotros para confirmar su afección médica. Si no se puede confirmar su afección médica, de todas formas recibirá los beneficios completos incluyendo la cobertura para los servicios de oftalmología y odontología a través de HIP Plus, mientras continúe abonando sus pagos mensuales a la Cuenta POWER. No obstante, los beneficios de HIP State Plan no estarán disponibles para usted. **Nota:** Para conocer si su afección califica como dependiente con necesidades médicas especiales, llame a Servicios para Afiliados y pregunte sobre los próximos pasos a seguir.



Planificación familiar y plan de maternidad HIP Maternity.

Ya sea que esté pensando en tener un bebé en el futuro o que espere un bebé pronto, CareSource quiere que tenga un embarazo sano. A continuación le brindamos información sobre los servicios disponibles para usted.

Servicios de planificación familiar

CareSource ofrece servicios de planificación familiar que le ayudarán a:

- Estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada.
- Asegurarse de que no tenga un bebé hasta que esté lista.
- Usted se proteja, o su pareja lo proteja, contra enfermedades de transmisión sexual.

Cualquier afiliado puede usar a un proveedor de planificación familiar que sea afiliado de los Programas de cobertura de salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs, IHCP) sin obtener la aprobación de CareSource. Estos proveedores puede ser externos a la red de CareSource e incluir: clínicas, enfermeras de obstetricia certificadas, obstetras/ginecólogos y proveedores médicos principales (PMP).

HIP Maternity

¿Qué sucede cuando una afiliada a HIP queda embarazada?

Healthy Indiana Plan (HIP) cubre la atención de la maternidad. Pero existen varias cosas que debe saber y pasos que debe seguir.

Paso 1: Debe informar su embarazo al estado. CareSource puede ayudarla a hacerlo. Dejará de hacer cualquier pago a la Cuenta POWER o abonar copagos mientras esté embarazada y durante los 60 días posteriores al nacimiento.

Paso 2: Luego de quedar embarazada, puede conservar su plan HIP y recibir beneficios mejorados o puede unirse al programa estatal de embarazo de Medicaid, Hoosier Healthwise. Ambas opciones se llaman HIP Maternity.

Paso 3: Informe el nacimiento de su hijo o finalice su programa de embarazo con el estado. Esto le ayudará a evitar cualquier interrupción en la cobertura. Sus beneficios adicionales continuarán durante 60 días luego de su embarazo. No se exigen pagos a su Cuenta POWER o el abono de copagos durante este lapso.

***IMPORTANTE: si su reevaluación anual ocurre durante el embarazo, los lineamientos federales exigen que se pase al programa estatal de embarazo de Medicaid, Hoosier Healthwise. De nuevo, no percibirá ningún cambio en sus beneficios ni participación en los costos.**

Cuando sepa que está embarazada, es probable que tenga muchas preguntas. Pero no se preocupe: CareSource está aquí para ayudarle en cada paso del camino.

Le ofrecemos muchos programas que pueden ayudarla a llevar un seguimiento de sus visitas médicas, brindarle consejos saludables y recompensarla por obtener la atención que necesita.

Programa Babies First

CareSource le ofrece un programa que se llama Babies First, al que puede inscribirse si está embarazada.

Cuando usted concurre a sus citas de obstetricia (OB) y lleva a su recién nacido a las visitas médicas para el examen de niño sano, puede recibir recompensas que puede usar para artículos de cuidado para usted y su bebé. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados o visite CareSource.com.

Text4Baby

Si está embarazada, puede registrarse para recibir mensajes de texto útiles. Los temas cubiertos son:

- Ingesta de alimentos saludables mientras está embarazada.
- Importancia de recibir atención prenatal.
- Desarrollo de su bebé.
- Cosas que debe tener en cuenta después del nacimiento de su bebé, como la elección de un pediatra y la seguridad del bebé a la hora de dormir.

Beneficios adicionales a simple vista:

Cubriéndolo con amabilidad

Como afiliado a CareSource, obtiene los servicios médicos necesarios, como controles preventivos y servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios. Y obtiene más. Como afiliado a CareSource, disfrutará:

MyHealth

CareSource se complace en incluir a MyHealth en su paquete de beneficios de Indiana sin costo para usted. A través de MyHealth, los afiliados a CareSource tienen acceso a evaluaciones de salud interactivas, herramientas de salud personalizadas, la posibilidad de registrar las metas de ejercicio y guías breves de pasos interactivos que ayudan a las afiliadas a manejar temas de salud y bienestar específicos para sus necesidades. Para comenzar, simplemente inicie sesión en su cuenta My CareSource™.

Si tiene alguna pregunta sobre MyHealth, comuníquese con Servicios para Afiliados o ingrese a CareSource.com.

CareSource 24®: Línea de asesoría en enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Job Connect: Apoyo laboral que incluye orientación y capacitación (así como viajes de ida y vuelta a las sesiones de orientación y capacitación).

Express Banking®: Una cuenta bancaria de Fifth Third Bank sin cargo mensual por servicio, sin requisitos de saldo, sin comisiones por sobregiro y una tarjeta de débito para compras.

Aplicación móvil de CareSource: Brinda acceso a la tarjeta de ID de afiliado, videos "tutoriales" y búsqueda rápida de médicos.

Tarjetas de ayuda extra: Hasta \$50 en tarjetas de regalo de Walmart por realizar actividades saludables. Se puede usar para artículos de venta libre, como analgésicos, medicamentos para la tos y vitaminas; productos para el hogar, incluso papel higiénico, detergente; artículos personales, como jabón, champú, pañales y alimentos saludables.

Babies First: Un programa de incentivos que recompensa a embarazadas y madres primerizas por sus hábitos saludables.

Programa de telefonía celular: Se proporcionan teléfonos celulares a afiliados elegibles para que se comuniquen con CareSource24® y Servicios para Afiliados.

Text4Baby: Un mensaje de texto gratuito tres veces a la semana, programados para la fecha estimada del parto o de nacimiento del bebé , desde el embarazo hasta el primer cumpleaños del bebé

Gestión de terapia de medicamentos: Una evaluación personalizada de los medicamentos y asesoramiento por parte del farmacéutico para asegurarse de que sus medicamentos sean los adecuados y los más seguros de acuerdo con sus necesidades médicas.

Afiliación al club para niños y niñas: Proporcionado para niños entre 6 y 18 años.

Afiliación a las Niñas exploradoras: Para niñas desde jardín de niños hasta el octavo grado.

Transporte

Si es afiliada a HIP Maternity y necesita que la lleven al médico para la atención relacionada con el embarazo, CareSource puede ayudarla. Nosotros pagamos a un conductor que la lleve y traiga de regreso. Puede obtener transporte hacia:

- Una cita con cualquier médico o para atención médica.
- La oficina local del programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Citas de reevaluación de Medicaid con el estado.

Llame al **1-844-607-2829** para coordinar el viaje con al menos dos días hábiles de anticipación a su cita. También puede comunicarse con nosotros si tiene alguna duda o inconveniente relacionado con el transporte. Recuerde, si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda directamente a la sala de emergencias más cercana.

Políticas de transporte

Revise con atención la siguiente información para comprender mejor sus responsabilidades. Estas normas se han hecho para garantizar su seguridad y evitar demoras en el transporte.

Responsabilidades del afiliado en cuanto al transporte

Al coordinar el transporte se espera que el afiliado:

- Llame para coordinar el transporte que no es de emergencia con dos días hábiles de anticipación. (Los sábados, los domingos y los feriados no son días hábiles).
- Pueda brindar la dirección completa del consultorio del proveedor de atención médica.
- Se presente en la dirección de recogida más temprano que la hora de recogida que le da el servicio de transporte. Esto garantizará que el conductor tenga el tiempo de viaje prudente para no llegar tarde a su cita.

Al usar los servicios de transporte, siga la guía a continuación.

- 1) Esté listo cuando el conductor llegue para recogerle y dejarle. El conductor está autorizado a esperar solo cinco minutos. Luego de los cinco minutos, se marchará y esto se considerará contra usted, como que "no se presentó".
- 2) En caso de que necesite cancelar el transporte, debe llamar al menos dos horas antes de la hora de recogida programada.
- 3) Coordine con el consultorio del proveedor para que llame a la compañía de transporte para su viaje de regreso a casa una vez que termina la cita.
- 4) Si necesita surtir una receta en el centro del proveedor antes de marcharse, hágalo antes de pedir la llamada para el viaje de regreso.

No presentarse

A los afiliados que no estén listos y no lleguen para la recogida dentro de los cinco minutos del horario programado, se les cobrará un cargo de transporte por no presentarse. La compañía de transporte se reserva el derecho a quitarle su beneficio de transporte durante seis meses luego de tres veces que no se presente en un plazo de tres meses.

"No presentarse" se define como:

- Un afiliado que no es visible en o no se presenta a la dirección de recogida a la hora solicitada. El conductor espera cinco minutos, sigue el procedimiento y se marcha del lugar.
- No llamar para cancelar con al menos dos horas de anticipación a la hora de recogida programada.

Deseamos que su experiencia de transporte sea positiva. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para Afiliados.

Servicios no cubiertos

CareSource no pagará por servicios o suministros recibidos sin seguir las instrucciones que se detallan en este manual. CareSource no pagará los siguientes servicios no cubiertos por este plan.

- Aborto, salvo en el caso de una violación denunciada, incesto o cuando sea médicaamente necesario salvar la vida de la madre.
- Acupuntura.
- Todos los servicios o suministros que no sean médicaamente necesarios.
- Procedimientos y servicios experimentales.
- Tratamiento por infertilidad para hombres o mujeres, incluso la reversión de esterilizaciones voluntarias.
- Atención médica que reciba en otro país.
- Medicina alternativa.
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicaamente necesaria.
- Esterilización voluntaria, si es menor de 21 años o se le considera jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento para el procedimiento.
- Cirugía o tratamientos para cambiar de sexo.
- Hogar de ancianos.
- Servicios de exención.
- Atención privada de enfermería.

Tenga en cuenta: Esta no es la lista completa de los servicios sin cobertura por parte de HHW, HIP o CareSource. Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Afiliados al número que figura a continuación.

Derechos y responsabilidades del afiliado

Sus derechos de afiliación

Como afiliado a CareSource tiene los siguientes derechos:

- Recibir información sobre CareSource, sus servicios, sus profesionales y proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Recibir todos los servicios que CareSource debe proporcionar.
- Ser tratado con respeto y consideración en cuanto a su dignidad y privacidad.
- Tener la seguridad de que su registro médico recibirá un trato confidencial.
- Recibir información acerca de su salud. Esta información también puede estar a disposición de una persona que esté legalmente autorizada a recibir información sobre su salud y a la que se pueda contactar en el caso de una emergencia si usted no está capacitado para recibir información propia.
- Analizar la información acerca de cualquiera de las opciones de tratamiento adecuadas o médicaamente necesarias para su afección, sin importar el costo o la cobertura de sus beneficios.
- Ser parte de las decisiones acerca de su atención médica, salvo que no sea lo mejor para usted.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica, de forma tal que pueda comprenderlo.
- Tener la seguridad de que otras personas no le escuchen ni le vean cuando esté recibiendo atención médica.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina, mitigación o venganza, según lo establecen los reglamentos federales.
- Solicitar y obtener una copia gratuita de su expediente médico y poder solicitar modificaciones/correcciones en sus registros de salud, si fuera necesario.
- Solicitar, en cualquier momento, información acerca de nuestro plan de incentivos para médicos o materiales de mercadeo.
- Acceder o negarse a que se difunda información sobre usted, salvo que CareSource tenga la obligación de hacerlo por ley.
- Aceptar o rechazar un tratamiento o terapia. Si usted se niega, el médico o CareSource deben hablar con usted sobre lo que podría pasar y deben incluir una nota en el registro médico sobre la negativa a recibir tratamiento.
- Ser capaz de presentar una apelación una queja (reclamo) o una audiencia estatal.
- Derecho a expresar reclamos o apelaciones acerca de la organización o la atención que se proporciona.
- Poder recibir de parte de CareSource toda la información impresa sobre CareSource:
 - Sin costo alguno para el afiliado.
 - En los idiomas distintos al inglés más utilizados por los afiliados dentro del área de servicios de CareSource.
 - De otras formas, para contribuir con las necesidades especiales de aquellos afiliados que puedan tener dificultad para leer la información por alguna razón.
- Poder recibir ayuda gratis de parte de CareSource y sus proveedores si el afiliado: no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir ayuda a través de lenguaje de señas si el afiliado tiene deficiencias auditivas.
- Ser informado si el proveedor de servicios médicos es un estudiante y poder negarse a recibir atención de parte de esta persona.
- Ser informado de cualquier atención de tipo experimental y poder negarse a ser parte de ella.
- Formular directivas anticipadas (un testamento vital).
- Presentar un reclamo ante la Oficina de Política y Planificación de Medicaid de Indiana (Indiana Office of Medicaid Policy and Planning, OMPP) sobre el hecho de no obedecer la directiva anticipada del afiliado.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos y saber que CareSource, los proveedores de CareSource o la Oficina de Política y Planificación de Medicaid de Indiana (OMPP) no usarán esto en su contra.

- Saber que CareSource debe cumplir con todas las leyes federales y estatales, así como con otras leyes relacionadas con la privacidad que correspondan.
- Poder escoger el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y pertinente.
- Si usted es afiliada, tiene derecho de visitar a un proveedor que se especialice en salud femenina, que participe en la red de CareSource para brindarles servicios médicos a mujeres con cobertura.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado perteneciente al panel de CareSource. Si no hay un proveedor calificado disponible para atender al afiliado, CareSource debe coordinar una visita con un proveedor que no sea de su panel.
- Obtener atención médica fuera de la red sin costo, en caso de que CareSource no pueda brindar un servicio cubierto dentro de las 60 millas del radio de su hogar que cubre nuestra red.
- Obtener información acerca de CareSource de parte de CareSource.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a CareSource.

Responsabilidades de los afiliados

- Usar exclusivamente proveedores aprobados.
- Respetar las citas programadas con el médico, ser puntual y, si tiene que cancelarla, llamar con 24 horas de anticipación.
- Seguir las indicaciones e instrucciones de atención acordadas con los médicos y otros proveedores de atención médica.
- Llevar siempre su tarjeta de ID de afiliado con usted y presentarla al recibir los servicios.
- Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado.
- Informar a su asistente social del condado y a CareSource de un cambio en su número de teléfono o dirección.
- Comunicarse con su PMP luego de acudir a un centro de atención de urgencia o después de recibir atención física o de salud conductual fuera del área de servicio de los condados que tienen cobertura de CareSource.
- Permitir que CareSource y el trabajador social del condado sepan si tiene otra cobertura de seguro médico.
- Proporcionar la información que CareSource y sus proveedores de atención médica necesiten, hasta donde sea posible, para brindarle dicha atención.
- Comprender, tanto como sea posible, sus problemas de salud y participar en el logro de los objetivos que usted y su proveedor de atención médica acuerden.



Prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se usa y divulga su información médica. También le indica cómo puede obtener esta información. Por favor, reviselo detalladamente. Los términos de este aviso se aplican a CareSource, Hoosier Healthwise de CareSource y Healthy Indiana Plan. En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como "CareSource".

Sus derechos

En lo que se refiere a su información médica, tiene ciertos derechos:

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. También puede obtener otra información de salud que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos dentro de los 30 días hábiles de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa basada en los costos.

Pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos.
Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros 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 envíemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables. Nosotros debemos aceptar si usted nos indica que sería peligroso no hacerlo.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información médica para atención, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud si pudiera afectar su atención o por otros motivos.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido la información

- Puede pedirnos una lista (rendición de cuentas) de todas las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años anteriores a la fecha de solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.
- Incluiríremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre:
 - la atención,
 - el monto pagado,
 - las operaciones de atención médica y
 - algunas otras divulgaciones (por ejemplo, alguna que usted nos haya solicitado hacer).
- Le daremos una lista gratuita por año. Si solicita otra dentro de los 12 meses, le 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 solicitarnos el aviso incluso si ha acordado recibirla electrónicamente. Le entregaremos una copia impresa rápidamente.

Otorgar a CareSource el consentimiento para hablar con alguien en su nombre

- Puede dar su consentimiento a CareSource para hablar sobre su información médica con otra persona en su nombre.
- Si tiene un tutor legal, esa persona puede hacer ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. CareSource divulgará su información médica con su tutor legal. Nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna acción.

Presentar un reclamo si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar un reclamo si siente que hemos violado sus derechos; para hacerlo, contáctese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso.
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de EE. UU. enviando una carta a: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o ingresando a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo. No podemos exigirle que desista de su derecho a presentar un reclamo como condición para:
 - la atención,
 - los pagos,
 - la inscripción en un plan de salud, o
 - la elegibilidad para los beneficios.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede indicarnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una opción clara respecto de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos. Seguiremos sus instrucciones.

En los siguientes casos, con frecuencia no podemos compartir su información, a menos que nos dé el consentimiento por escrito:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación en caso de desastre.

Si no es capaz de 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 minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, con frecuencia no podemos compartir su información, a menos que nos dé el consentimiento por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Divulgación de apuntes de psicoterapia
- Información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias y VIH/SIDA

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos por lo general su información médica? Generalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarlo a recibir tratamiento médico

- Podemos usar su información médica y compartirla con los expertos que le brindan tratamiento.
Ejemplo: *Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de atención para que podamos coordinar su atención médica.*

Para dirigir nuestra compañía

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra compañía y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura.

Para pagar por su atención médica

- Podemos usar y divulgar su información médica para pagar por su atención médica. **Ejemplo:** *Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de sus trabajos dentales.*

Para dirigir nuestro negocio

- Podemos usar o compartir su información médica para dirigir nuestras operaciones comerciales. **Ejemplo:** *Podemos usar su información para revisar y mejorar la calidad de la atención médica que usted y otros reciben. Podemos brindarle su información médica a grupos externos para que puedan ayudarnos con nuestras operaciones. Dichos grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. Nosotros también les exigimos que mantengan su información médica de manera confidencial.*

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

Tenemos permitido o se nos exige compartir su información de otras formas. Dichas formas a menudo son para ayudar al bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Para investigación

- Podemos usar o compartir su información médica para investigaciones de salud. Podemos hacer esto en la medida en que se cumplan determinadas reglas de 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 desea 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 su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir su información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallezca.

Para cumplir con la indemnización de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

- Podemos usar o compartir su información médica:
 - Para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores.
 - Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para actividades permitidas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Para responder a demandas y acciones legales.

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa o en respuesta a una orden judicial.

También podemos recopilar información no identificable que no pueda rastrearse hasta usted.

Intercambio de Información Médica

Participamos en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE) de Indiana, lo que facilita la participación en los planes de salud y con los proveedores de atención médica en un intercambio seguro y oportuno de la información médica. Podemos divulgar su información médica, según lo permita la ley, a los proveedores de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones.

Puede excluirse en cualquier momento de contactar al Funcionario de privacidad de CareSource (la información de contacto figura a continuación).

Reglas especiales para afiliados a CareSource de acuerdo con las leyes estatales: La ley estatal exige que obtengamos su aprobación en muchos casos antes de:

- Divulgar el desempeño o los resultados de una prueba de VIH o diagnóstico de SIDA o de una afección relacionada con el SIDA.
- Divulgar información sobre un tratamiento por consumo de drogas y alcohol que haya recibido en un programa de tratamiento por abuso de drogas y alcohol.
- Divulgar información sobre la atención de salud mental que haya recibido.
- Divulgar determinada información a los investigadores de atención a largo plazo.

Para conocer todos los detalles acerca de los casos en los que puede ser necesaria la aprobación, comuníquese con el Funcionario de privacidad de CareSource.

Nuestras responsabilidades

- Protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea a través de una computadora.
 - Los empleados de 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 inapropiada.
 - CareSource se asegura de que las computadoras utilizadas por los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
 - CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguramos de que solamente aquellos empleados que tienen un motivo empresarial para acceder a la información la usen y la divulguen.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida y que le entreguemos una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber a la brevedad posible.

- 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 la enumerada aquí a menos que nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, 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 entrada en vigencia y cambios en los términos de este aviso

El aviso original entró en vigencia el 14 de abril de 2013 y esta versión entró en vigencia el 1 de septiembre de 2014. Debemos cumplir los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si fuese necesario, podemos cambiar el aviso y el nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que guardamos. Si esto sucede, el nuevo aviso estará disponible a solicitud y se publicará en nuestro sitio web. Puede pedir una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento al enviar una solicitud por correspondencia al Funcionario de privacidad de CareSource.

Puede comunicarse con el Funcionario de privacidad de CareSource por:

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

Correo electrónico: HIPAAPrivateOfficer@CareSource.com
Teléfono: 1-800-418-0172, ext. 2023 (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

CareSource abre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.



Directivas anticipadas

Cómo usar directivas anticipadas para determinar su voluntad acerca de su atención médica

Muchas personas se preocupan por la atención médica que obtendrían si se enferman de forma tal que no pueden hacer conocer su voluntad. Algunas personas no desean pasar meses o años recibiendo soporte vital. Otras pueden desear que se tomen todas las medidas posibles para prolongarles la vida.

Tiene una opción

Un número cada vez mayor de personas está expresando su voluntad por escrito mientras son saludables y capaces de elegir.

Su proveedor de atención médica debe explicarle su derecho a expresar su voluntad sobre la atención médica. El proveedor también puede preguntar si sus deseos están expresados por escrito.

Esta información explica sus derechos bajo la ley de Indiana respecto de aceptar o rechazar la atención médica. El proveedor le ayudará a elegir su propia atención médica. Dicha información también explica cómo puede indicar su voluntad acerca de la atención que desea recibir, en el caso en que no pueda elegir por sí mismo. Esta información no representa asesoría legal, pero le ayudará a entender sus derechos de conformidad con la ley. Para obtener asesoría legal, tal vez desee hablar con un abogado. Para obtener información sobre los servicios legales gratuitos, llame al 1-800-589-5888, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es una instrucción verbal o escrita sobre su atención médica y tratamiento futuros. Al expresar sus elecciones de atención médica en una directiva anticipada, usted ayuda a su familia y a su médico a entender qué atención médica desea recibir.

Las directivas anticipadas normalmente son uno o más documentos que mencionan sus instrucciones sobre la atención médica. Una directiva anticipada puede designar a una persona de su elección para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomar dichas decisiones por su propia cuenta. Si lo desea, puede usar una directiva anticipada para prevenir que ciertas personas tomen decisiones de atención médica en su nombre.

¿Qué derechos tengo a elegir mi atención médica?

Tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea cierto tipo de atención, tiene derecho a decirle a su médico que usted no la quiere.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para que se sepa mi voluntad?

La mayoría de las personas puede manifestar su voluntad respecto de su atención médica a sus médicos. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para manifestarles a sus médicos qué tipo de atención desean. De conformidad con la ley de Indiana, tiene derecho a llenar un formulario, mientras sea capaz de actuar por su propia cuenta. El formulario les informa a sus médicos lo que desea que se haga si usted no puede manifestarlo. Estas son las directivas anticipadas.

¿Qué tipos de formularios existen?

La ley de Indiana determina cuatro formularios específicos de directivas anticipadas. Estos formularios están disponibles en Indiana.gov buscando en el Centro de recursos para directivas anticipadas (Advance Directives Resource Center).

1. Declaración de procedimientos para prolongar la vida.
2. Declaración de testamento vital.
3. Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital.
4. Indicación de los médicos para el alcance del tratamiento (POST, por sus siglas en inglés).

¿Tengo que completar una directiva anticipada antes de recibir atención médica?

No. Nadie puede obligarlo a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.

¿Quién puede completar una directiva anticipada?

Cualquier persona de 18 años o más, que esté en su sano juicio y pueda tomar sus propias decisiones, puede completar una directiva anticipada.

¿Necesito un abogado?

No, no necesita un abogado para completar una directiva anticipada. Aun así, puede decidir que quiere hablar con un abogado.

¿Las personas que me brindan la atención médica tienen que cumplir mi voluntad?

Sí, si su voluntad cumple con la ley estatal. Sin embargo, la ley de Indiana incluye una cláusula de conciencia. Una persona que brinda atención médica puede no ser capaz de cumplir su voluntad, dado que van en contra de su conciencia. De ser así, le ayudarán a encontrar a una persona que haga cumplir su voluntad.

Tipos de directivas anticipadas

De conformidad con la ley de Indiana, existen varios tipos de directivas anticipadas reconocidas. La siguiente es una lista de directivas anticipadas autorizadas por la ley de Indiana:

- Hablar con su médico y su familia.
- Donación de órganos y tejidos,
- Representante de atención médica.
- Declaración de testamento vital o Declaración de procedimientos para prolongar la vida.
- Directivas anticipadas psiquiátricas.
- Declaración y orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) fuera del hospital.
- Indicación de los médicos para el alcance del tratamiento (POST).
- Poder permanente

Hablar con su médico y su familia

Su médico puede obedecer su voluntad solo si conoce sus deseos. No es necesario que escriba su voluntad de atención médica en una directiva anticipada. Al hablar de su voluntad con su médico, este registrará sus elecciones en su historia clínica para que quede un registro disponible para futura referencia. Su médico obedecerá sus instrucciones verbales, incluso si no completa una directiva por escrito. No obstante, solo hablar de su voluntad con su médico no cubre todas las situaciones. Su médico puede no estar disponible cuando se deben poner en práctica sus decisiones. Otros proveedores de atención médica no tendrán una copia de los registros médicos que conserva su médico y, en consecuencia, no sabrán acerca de ninguna instrucción verbal que usted le haya dado a su médico.

También es importante que hable con su familia sobre sus deseos y les pida que los cumplan. Es probable que sus familiares sean las primeras personas a las que llamen en una emergencia. Son la mejor fuente para proporcionarles las directivas anticipadas a los proveedores de atención médica.

Donación de órganos y tejidos

Puede demostrar su intención de donar sus órganos en un testamento vital, en una tarjeta o en un documento.

Un método común utilizado es demostrar que es donante de órganos mediante la elección en su licencia de conducir.

Representante de atención médica

Un Representante de atención médica es una persona que usted escoge para que reciba información de atención médica y para que tome decisiones de atención médica por usted. Su Representante de atención médica puede aceptar o rechazar la atención médica y los tratamientos cuando usted no pueda hacerlo. Un Representante de atención médica solo puede tomar decisiones de atención médica por usted cuando usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de atención médica.

Es similar a designar a una persona en un Poder permanente, pero se hace fuera de un Poder permanente, en un formulario por separado.

Testamento vital

Un Testamento vital es un documento escrito que establece su voluntad en el caso en que sea un enfermo terminal y no pueda comunicarse. Un Testamento vital es una directiva anticipada que menciona la atención o tratamiento específicos que desea o no desea recibir durante una enfermedad terminal. Un testamento vital con frecuencia incluye instrucciones para practicar reanimación cardiopulmonar (RCP), alimentación artificial, mantenimiento mediante respirador y transfusiones de sangre.

La Declaración de Testamento vital se usa para comunicarle al médico y a la familia que no se deben usar tratamientos para prolongar la vida, para que se le permita morir de forma natural. No es necesario que su testamento vital prohíba todos los tratamientos para prolongar la vida.

La Declaración de procedimientos para prolongar la vida es lo opuesto al testamento vital. Esta se usa si quiere que los tratamientos médicos para prolongar la vida se utilicen para extender su vida.

Un testamento vital se puede cancelar de forma verbal o si usted destruye la declaración. La cancelación entra en vigencia solo cuando usted se lo comunica a su médico.

Directiva anticipada psiquiátrica

Una directiva anticipada psiquiátrica expresa sus preferencias y da consentimiento para medidas de tratamiento para diagnósticos específicos. La directiva establece la atención y el tratamiento de una enfermedad mental durante los períodos de incapacidad.

Orden de no reanimar (DNR)

En un hospital, si tiene una afección terminal y no quiere que se practique reanimación cardiopulmonar (RCP), su médico emitirá una "orden de no reanimar" en su historia clínica. Si no está en un hospital cuando ocurra una emergencia, es probable que el personal médico de emergencias del hospital donde le enviaron no cuente con la orden médica para implementar sus directivas. Para situaciones fuera de un hospital, la Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital se usa para establecer su voluntad.

La Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital permite que una persona calificada diga que no quiere que se le practique RCP si el corazón o los pulmones dejan de funcionar en un lugar que no sea un hospital. Esta declaración puede sustituir a otras directivas anticipadas. Puede cancelar la declaración en cualquier momento mediante un escrito firmado y fechado, al destruir o cancelar el documento o al comunicar a sus proveedores de atención médica donde sucede el hecho su deseo de cancelar dicha orden. Los Servicios médicos de emergencia (Emergency Medical Services, EMS) pueden tener disponibles procedimientos para marcar su hogar, para saber de este modo que usted tiene una orden. Debe ponerse en contacto con su proveedor de EMS local para conocer estos procedimientos.

Indicación de los médicos para el alcance del tratamiento (POST)

En la consulta con usted o su representante, su médico puede escribir las órdenes que reflejen su voluntad respecto de la reanimación cardiopulmonar (RCP), las intervenciones médicas (medidas de confort, intervenciones adicionales limitadas o tratamientos completos), antibióticos y alimentación por medios artificiales.

Poder permanente

Un Poder permanente le permite a alguien tener el control general sobre sus asuntos.

Un poder duradero se puede usar para designar a un representante de atención médica. Los poderes para la atención médica se garantizan en el Poder permanente al mencionar a su abogado de hecho (la persona que usted designó en el Poder duradero) como su representante de atención médica. Cuando un Poder permanente se usa para designar a un representante de atención médica, dicha persona es su poder para la atención médica. Un poder para la atención médica por lo general sirve para el mismo papel de representante de atención médica.

¿A quién debo elegir?

Puede elegir a cualquier pariente adulto o amigo de su confianza para que actúe en su nombre. Asegúrese de hablar con la persona respecto de lo que desea. Luego escriba lo que desea o no desea en su formulario. También debe hablar con su médico acerca de lo que desea. La persona que usted elija debe cumplir con su voluntad.

Más información sobre las directivas anticipadas

¿Cuál es la diferencia entre un poder duradero y un Testamento vital?

Su Testamento vital explica, por escrito, el tipo de atención médica que desea si no pudiera expresar su voluntad. Su Poder permanente o la elección de un Representante de atención médica le permite elegir a una persona para que lleve a cabo su voluntad de atención médica.

Si tengo un Poder permanente o un Representante de atención médica, ¿también necesito un Testamento vital?

Es posible que desee tener ambos. Cada uno atiende diferentes aspectos de su atención médica. Un Testamento vital informa su voluntad directamente a sus médicos, pero establece solo su voluntad sobre el uso de los métodos de soporte vital. Un Poder permanente o un Representante de atención médica le permite a una persona elegir llevar a cabo su voluntad para toda su atención médica.

¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?

Sí, puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Si ya tiene una directiva anticipada, asegúrese de que cumpla con la ley de Indiana. Es posible que desee ponerse en contacto con un abogado para obtener ayuda. Es una buena idea revisar sus directivas anticipadas periódicamente. Asegúrese de que estas continúan manifestando su voluntad y que cubren todas las áreas.

Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda?

La ley de Indiana permite que un tutor designado por un tribunal o un cónyuge, parent/madre, joven adulto o hermano adulto escoja su atención médica si usted no es capaz de tomar sus decisiones de atención médica.

Más preguntas sobre la etapa final de la vida (Administración de la atención)

¿Qué sucede al interrumpir la provisión artificial de agua y comida?

Los alimentos y el agua suministrados de manera artificial implican que la alimentación se realiza mediante tubos que se colocan dentro de su cuerpo. Ya sea que usted pueda decidir la interrupción o que no se usen estos, depende de su estado de salud.

- Si se espera que muera y no puede expresar su voluntad y su Testamento vital simplemente dice que no quiere que se utilicen métodos de soporte vital para prolongar su vida, entonces se suspenderá o no se utilizará el suministro de alimentos y agua por medios artificiales.
- Si se espera que muera y no puede expresar su voluntad y no tienen un Testamento vital, entonces la ley de Indiana permite que un tutor designado por un tribunal o un cónyuge, parent/madre, joven adulto o hermano adulto indique que se interrumpa o no se utilicen los alimentos y el agua suministrados por medios artificiales.

Al completar una directiva anticipada, ¿estoy tomando parte en la eutanasia o el suicidio asistido?

No, la ley de Indiana no permite la eutanasia ni el suicidio asistido.

¿Dónde puedo obtener formularios de directivas anticipadas?

Muchas de las personas y los lugares que le proporcionan atención médica cuentan con formularios de directivas anticipadas. Pídale a la persona que le brindó esta información un formulario para las directivas anticipadas. Un abogado también puede ayudarlo. Formulario de directivas anticipadas de Indiana para la atención médica: www.in.gov/isdh/25880.htm

¿Qué hago con mis formularios una vez completados?

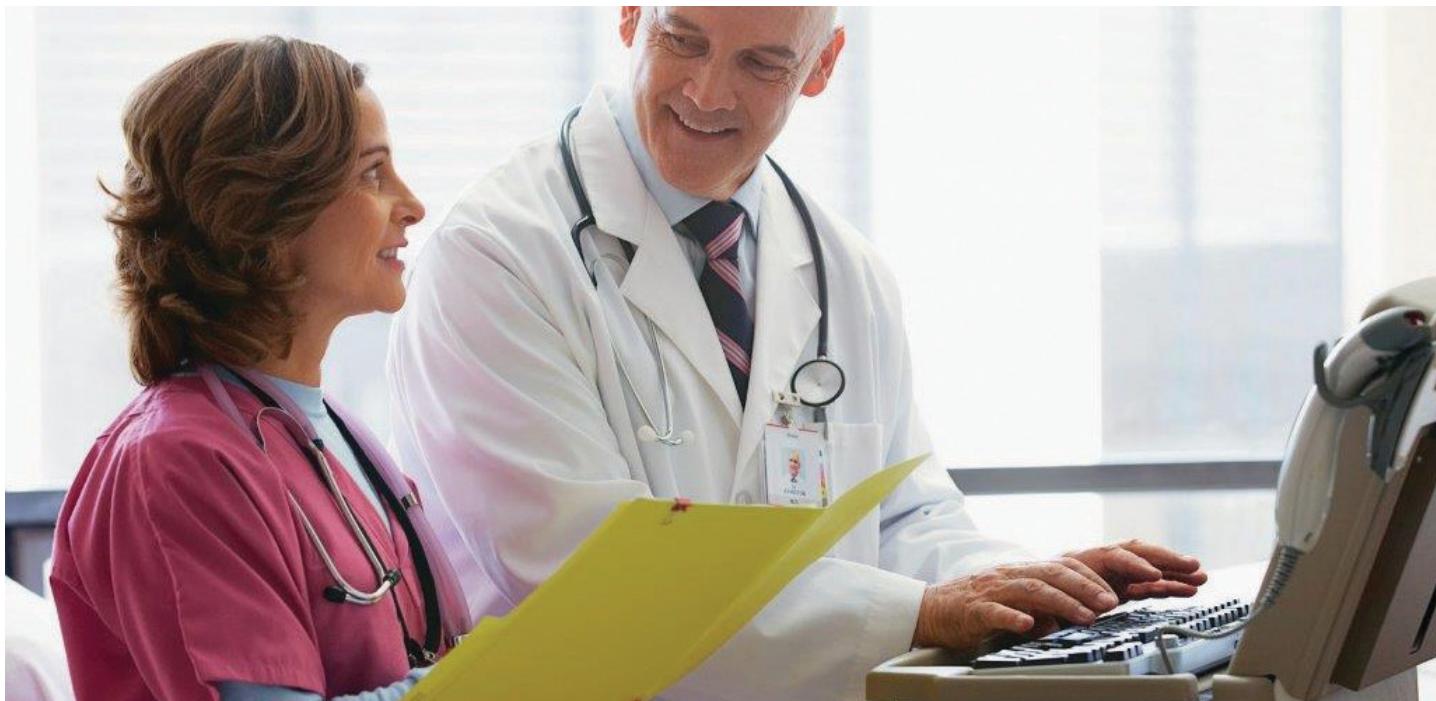
Debe entregarle copias a su médico y al centro de atención médica para incluirlos en su registro médico. Dele uno a un familiar o amigo de confianza. Si ha elegido a una persona mediante un Poder permanente o un Representante de atención médica, dele a esa persona una copia.

- Guarde una copia con sus documentos personales. Es posible que desee entregarle uno a su abogado o a algún miembro del clero.
- Asegúrese de decirle a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No deje estos formularios aparte y se olvide de ellos.

Donación de órganos y tejidos

Los residentes de Indiana pueden elegir si quieren que sus órganos y tejidos se donen a otras personas en caso de fallecimiento. Al dar a conocer su preferencia, pueden garantizar que su voluntad se llevará a cabo de manera inmediata y que sus familias y seres queridos no tendrán que cargar con el peso de tomar esa decisión en un momento que de por sí es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos. Existen dos maneras de registrarse para convertirse en donante de órganos y de tejidos:

1. Puede expresar su voluntad para la donación de órganos y/o tejidos al momento de obtener o de renovar su licencia de conducir de Indiana o su tarjeta de ID estatal o
2. Puede completar el Formulario de inscripción al registro de donantes en <https://www.donatelifelifeindiana.org/register/>.



Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana

La siguiente sección explica el Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana. Esta sección incluye los términos médicos y técnicos. Si necesita ayuda para entender esta sección, llame Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de esta página.

Visión general del Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana

Objetivo del programa

Su atención médica es muy importante para nosotros. El objetivo del Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana es garantizar que CareSource Indiana cuente con los recursos necesarios para:

- Coordinar su atención médica.
- Impulsar la calidad.
- Asegurar el desempeño y la eficiencia de manera continua.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención clínica y los servicios brindados a los afiliados a CareSource.

El programa cuenta con dos principios guía:

Nuestra misión, que es nuestro motor, es marcar una diferencia que perdure en las vidas de nuestros afiliados mediante la mejora de su salud y bienestar. Nuestra visión es transformar las vidas a través de servicios de vida y salud innovadores.

*El triple objetivo de los Institutos para el mejoramiento de la atención médica:
Mejorar simultáneamente la salud poblacional, mejorar la experiencia y los resultados del paciente y el costo per cápita de la atención para el beneficio de las comunidades.*

El Programa para el mejoramiento y administración de la calidad de CareSource Indiana incluye tanto servicios de salud como servicios no relacionados con la salud y se evalúa según sea necesario para responder con rapidez a las necesidades de los afiliados, a los comentarios de los proveedores, a los estándares de atención y a las necesidades comerciales.

Metas y objetivos del programa

CareSource Indiana trabaja todos los días para ser un plan de salud de desempeño superior a nivel nacional. Las metas de desempeño se determinan y alinean con los puntos de referencia nacionales donde se encuentren disponibles.

Las metas y los objetivos del programa incluyen:

- Acreditación de Excelencia otorgada por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA)
 - Cumplimiento con los estándares de acreditación del NCQA.
 - Desempeño de alto nivel respecto al Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®.)
 - Desempeño de alto nivel respecto a la Evaluación de proveedores y sistemas de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS®.)
 - Programa integral del compromiso del proveedor.
- Clasificación 5 del plan de salud según el NCQA.
 - Desempeño de alto nivel respecto al HEDIS.
 - Desempeño de alto nivel respecto al CAHPS.
 - Programa integral de gestión de salud poblacional.
 - Programa integral del compromiso del proveedor.

Alcance del programa

El Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana regula la evaluación de la calidad y las actividades de mejora. El alcance incluye:

- Cumplir los requisitos de calidad establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), según se especifica en el Manual de Atención Administrada de Medicare de los CMS, Capítulo 5: Evaluación de la calidad; y la Sección 422.152 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
- Establecer prácticas clínicas seguras en toda la red de proveedores.
- Brindar una supervisión de calidad a todos los servicios clínicos.
- Cumplir con los estándares de acreditación del NCQA.
- Auditoría de cumplimiento del HEDIS y medida del desempeño.
- Monitorear y evaluar la satisfacción del afiliado y del proveedor.
- Manejo de todos los reclamos sobre la calidad de la atención y la calidad del servicio.
- Desarrollar la capacidad organizacional del Instituto del Modelo de Mejoramiento en la Atención Médica (Institute of Healthcare Improvements Model for Improvement).
- Garantizar que CareSource atienda con eficiencia a sus afiliados a través de integrantes con diversos antecedentes lingüísticos y culturales.
- Garantizar que CareSource atienda con eficacia a aquellos afiliados que presenten necesidades médicas complejas.
- Evaluar las características y necesidades poblacionales del afiliado.
- Evaluar la disponibilidad geográfica y accesibilidad de los proveedores de atención principal y los proveedores por especialidad.

El director médico de Indiana supervisa el Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana y el vicepresidente de resultados del mejoramiento de la calidad y del desempeño facilita su implementación. De forma anual, CareSource Indiana pone a disposición de los afiliados la información sobre el Programa para el mejoramiento y la administración de la calidad de CareSource Indiana en el sitio web para afiliados de CareSource Indiana.

Métricas de calidad

CareSource evalúa y analiza continuamente la calidad de la atención y los servicios ofrecidos a nuestros afiliados. Esto se realiza al usar seguimiento y evaluación sistemáticos y objetivos para implementar programas para mejorar los resultados.

CareSource usa el Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) para medir la calidad de la atención que se proporciona a los afiliados. HEDIS es uno de los medios de medición de la atención médica más usados en Estados Unidos. HEDIS es desarrollado y mantenido por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA). Los planes de salud de Estados Unidos usan la herramienta HEDIS para medir dimensiones importantes de atención y servicio y permite hacer comparaciones entre planes de salud en el cumplimiento de medidas estatales y federales de desempeño y puntos de referencia nacionales de HEDIS. Las mediciones de HEDIS® se apoyan en la atención basada en la evidencia y abordan las áreas más apremiantes de la atención. Las mediciones de calidad posibles son:

- Bienestar y prevención
 - Pruebas de detección (cáncer de mama, cáncer cervical, clamidia).
 - Atención del niño sano.
- Manejo de enfermedades crónicas
 - Atención integral de la diabetes.
 - Control de la hipertensión arterial.
- Salud conductual
 - Seguimiento después de una internación por enfermedad mental.
 - Manejo de medicación antidepresiva.
 - Seguimiento de medicación recetada a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD).
- Seguridad
 - Uso de estudios de imágenes por dolor en la parte baja de la espalda.

CareSource también usa la encuesta anual al afiliado y encuestas de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (CAHPS®) para registrar las perspectivas de los afiliados sobre la calidad de la atención médica. CAHPS es un programa que supervisa la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Las mediciones posibles de CAHPS incluyen:

- Servicio al cliente.
- Obtención de atención de manera rápida.
- Obtención de la atención necesaria.
- Cuán bien se comunican los médicos.
- Calificaciones de toda la atención médica, plan de salud, médico personal, especialista.

Normas de prevención y pautas de práctica clínica

CareSource aprueba y adopta normas y lineamientos aceptados a nivel nacional y los promueve entre profesionales y afiliados para ayudar a informar y guiar la atención clínica que se brinda a los afiliados de CareSource Indiana. Los lineamientos son revisados y aprobados por el Comité Asesor Clínico de CareSource al menos cada dos años o con más frecuencia según sea apropiado y se actualizan conforme sea necesario. Los lineamientos luego se presentan al Comité de Calidad Empresarial de CareSource. El uso de estos lineamientos le permite a CareSource medir el impacto de los lineamientos sobre los resultados de la atención. Los temas para los lineamientos se identifican a través de un análisis de los afiliados de CareSource Indiana. Los lineamientos pueden incluir, entre otros:

- Salud preventiva.
- Salud conductual (p. ej., depresión, ADHD).
- Manejo de afecciones crónicas (p. ej., hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- Salud poblacional (p. ej., obesidad, dejar de fumar).

La información acerca de los lineamientos de práctica clínica e información de salud se pone a disposición de los afiliados de CareSource Indiana a través de boletines informativos para afiliados, el sitio web para afiliados de CareSource Indiana o a pedido. Los lineamientos preventivos y los enlaces para la salud están disponibles para los afiliados y proveedores a través del sitio web o en formato impreso.

Su salud es importante. Aquí incluimos algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establezca una relación con un proveedor de atención médica.
- Asegúrese de que usted y su familia se realicen controles regulares con su proveedor de atención médica.

Asegúrese de visitar al médico regularmente si tiene una afección crónica (como asma o diabetes). También es necesario que siga el tratamiento que su médico le indicó. Asegúrese de tomar los medicamentos que su médico le indicó que tomara.

Recuerde que CareSource24® se encuentra disponible para ayudarle. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de ID las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Si desea más información acerca del Programa de mejoramiento de la calidad de CareSource, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY 1-800-743-3333 o 711).

Fraude, malversación y abuso

Supervisar el fraude, la malversación y el abuso es muy importante y esto se maneja a través del Departamento de investigaciones especiales de CareSource. Ayúdenos denunciando las situaciones cuestionables.

El fraude puede ser perpetrado por los proveedores, las farmacias o los afiliados. Monitoreamos y tomamos acciones contra cualquier proveedor, farmacia o afiliado que cometa fraude, malversación y abuso.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso por parte de un proveedor incluyen a los médicos u otros proveedores de servicios médicos que:

- Recetan medicamentos, equipo o servicios que no son médicalemente necesarios.
- No cumplen en proporcionarles a los pacientes los servicios que son médicalemente necesarios debido a tarifas de reembolso bajas.
- Facturan pruebas o servicios no realizados.
- Usan códigos médicos erróneos deliberadamente para obtener más dinero.
- Programan visitas con una frecuencia mayor que la que es médicalemente necesaria.
- Facturan servicios más costosos que los proporcionados.
- Evitan que los afiliados reciban los servicios cubiertos, lo que ocasiona la subutilización de los servicios ofrecidos.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso por parte de las farmacias incluyen:

- No despachar los medicamentos según las indicaciones de la receta.
- Enviar reclamos por un medicamento de marca más caro cuando realmente usted recibió un genérico que cuesta menos.
- Despachar cantidades menores a las recetadas y luego no informar al afiliado para que obtenga el resto del medicamento.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso realizados por afiliados incluyen:

- Usar servicios de forma inadecuada, como vender narcóticos de venta con receta o tratar de obtener sustancias controladas con más de un proveedor o farmacia
- Alterar o falsificar recetas.
- Usar analgésicos que no necesita.
- Compartir su tarjeta de ID con otra persona.
- No informar que cuenta con la cobertura de otro seguro.
- Obtener equipo y suministros innecesarios.
- Recibir servicios o recoger medicamentos recetados usando la identificación de otra persona (robo de identidad).
- Indicar síntomas falsos y otra información a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Realizar demasiadas visitas a la sala de emergencias por problemas que no son emergencias.
- Mentir respecto de la elegibilidad para Medicaid.

Los afiliados a quienes se les compruebe que abusaron o hicieron un uso indebido de los beneficios cubiertos podrán:

- Ser convocados para volver a pagar cualquier importe que pagamos por servicios que se determinaron como de uso indebido de los beneficios.
- Enfrentar cargos por un delito e ir a prisión.
- Perder sus beneficios de Medicaid.

SI SOSPECHA DE FRAUDE, MALVERSACIÓN O ABUSO

Si usted cree que un médico, farmacia o afiliado está cometiendo fraude, malversación o abuso, debe informarnos. Denúncielo de una de las siguientes maneras:

Llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Seleccione la opción del menú para denunciar un fraude.

Complete el Formulario de denuncia de fraude, malversación y abuso. Puede escribir una carta y enviárnosla por correo postal.

O puede ingresar a nuestro sitio web y completar el formulario. Nuestro sitio web es **CareSource.com**. Envíelo a:

CareSource

Attn: Special Investigations Unit
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940

Usted no tiene que darnos su nombre cuando escriba o nos llame. Existen otras formas en que puede ponerse en contacto con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa darnos su nombre, también puede usar uno de los siguientes medios para contactarnos:

Envíe un mensaje de correo electrónico* a **fraud@caresource.com**. Envíenos un fax al **1-800-418-0248**.

Cuando denuncie un caso de fraude, malversación o abuso, proporcíonenos tantos detalles como le sea posible. Incluya nombres y números de teléfono.

Usted puede permanecer en el anonimato. Si lo hace, no podremos regresarle la llamada para darle más información. Su denuncia se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.

**La mayoría de los sistemas de correo electrónico no está protegida de terceros. Esto significa que las personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o lo autorice. No use el correo electrónico para enviarnos información que considere confidencial. Como su número de ID de afiliado, el número del seguro social o la información médica. En cambio, use el formulario o el teléfono antes proporcionado. Esto puede ayudar a proteger su privacidad.*

Gracias por ayudarnos a mantener controlado el fraude, la malversación y el abuso en el ámbito de la atención médica.

Formulario confidencial de denuncia de fraude, malversación y abuso

Por favor, use este formulario para indicarnos cualquier inquietud que tenga sobre fraude, malversación y abuso. La información es confidencial. Brinde toda la información que pueda.

Me preocupa que la siguiente persona, cuya dirección y teléfono aparecen debajo, esté haciendo algo fraudulento o abusivo.

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____

Esta persona es...: (marque la casilla que corresponda)

Empleado Afiliado Proveedor Otro*

Describa su preocupación. Adjunte más páginas si es necesario.

*Explique la relación entre la persona que está denunciando y CareSource o usted mismo.

Puede permanecer de forma anónima y no decirnos su nombre. Si no desea permanecer de forma anónima, bríndenos la siguiente información para que podamos comunicarnos con usted si necesitamos información adicional.

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____

Si tiene documentos que deberíamos revisar, adjúntelos o indíquenos dónde encontrarlos.

Para permanecer de forma anónima, envíe este formulario (y cualquier otro documento) por correo postal a:

CareSource, Attn: Special Investigations Unit
P.O. Box 1940, Dayton, OH 45401-1940

También puede enviar este formulario por fax o correo electrónico. Sin embargo, si envía el informe de esta manera se verá el número de la máquina de fax o su dirección de correo electrónico. Si desea permanecer de forma anónima, envíe el formulario y los adjuntos por correo postal. Si no desea permanecer de forma anónima, puede enviar su información mediante estos métodos:

Fax: 1-800-418-0248

Correo electrónico: fraud@caresource.com

(copie la información del formulario y los adjuntos en el cuerpo del correo electrónico o adjúntelos como documentos).

Si tiene alguna pregunta, **llame a la Línea directa de denuncia de fraudes al 1-844-607-2829 y seleccione la opción adecuada del menú**.

Quejas y apelaciones

Esperamos que esté satisfecho con CareSource y los servicios ofrecidos. Si no está conforme con CareSource o sus proveedores o no está de acuerdo con una decisión tomada, infórmenos tan pronto como sea posible.

CareSource le enviará un documento por escrito, si tomamos la decisión de:

- Denegar la solicitud de cubrirle un servicio.
- Reducir, suspender o cesar servicios antes recibir todos los servicios que se aprobaron.
- Rechazar el pago por un servicio que usted recibió que no está cubierto por CareSource.

También le enviaremos un documento por escrito si, en la fecha que deberíamos, no tomamos una decisión sobre permitir o rechazar una solicitud de cubrir un servicio para usted o los proveedores (que actúan en su nombre). Los afiliados o los proveedores (que actúan en su nombre tienen 33 días a partir de la fecha del aviso de demanda para presentar una apelación. Un proveedor que actúa en su nombre debe contar con un consentimiento por escrito para presentar una apelación.

Puede presentar una apelación verbal o por escrito. Sin embargo, una solicitud verbal de apelación debe ir seguida de una solicitud por escrito, a menos que el afiliado o el proveedor solicite una resolución expedita.

CareSource le enviará una carta para informarle que recibimos su queja o apelación estándar en un plazo de tres días hábiles a partir de la fecha de recepción de la apelación en CareSource.

CareSource debe tomar decisiones estándares no expeditas sobre las quejas o apelaciones dentro de los 20 días hábiles de recibida la apelación. Este plazo se puede extender hasta 10 días hábiles si CareSource determina que el tiempo adicional resulta beneficioso para su apelación.

Si lo desea, puede enviar información para ayudar a explicar su caso. Si se comunica con nosotros porque no está conforme con CareSource o con alguno de nuestros proveedores, esto se denomina **queja**. CareSource le dará una respuesta a su queja por teléfono (o por correspondencia, si no podemos contactarlo por teléfono) dentro de los siguientes plazos:

CareSource resolverá las apelaciones expeditas dentro de las 48 horas luego de recibido el aviso de la apelación, a menos que se extienda este plazo de tiempo. Además del aviso de decisión por escrito exigido, CareSource hará todos los esfuerzos razonables para proporcionarle una notificación verbal sobre la decisión de la apelación.

Usted puede presentar una queja verbal o por escrito dentro de los 60 días calendario de haber ocurrido lo que es tema de la queja. Los afiliados pueden presentar una queja respecto de cualquier otro tema que no sea aquel involucrado en la denegación del servicio.

Si su queja se relaciona con una factura por la atención que recibió usted o un familiar, llame al número de teléfono que figura en la factura para asegurarse de que tienen su número de ID de CareSource o para proporcionarles el seguro principal del familiar que recibió la atención. Si le dicen que tienen esta información, pregunte por qué está recibiendo una factura. Luego de haber hecho esto, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados y bríndenos la siguiente información que contiene su factura:

- La fecha en que usted o el familiar recibieron los servicios.
- El importe de la factura.
- El nombre del proveedor
- El número de teléfono.
- El número de cuenta.
- Infórmenos el motivo por el que el consultorio del proveedor le facturó.
- Si no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados y con gusto lo debatiremos con usted.

También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento comunicándose con:

Indiana Family Social Services Administration

Hearing and Appeals Section

RM E034 – IGC-S, MS04, 402 W. Washington St.
Indianapolis IN 46204

AUDIENCIAS ESTATALES

CareSource le notificará acerca de su derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- Se toma la decisión de negarle servicios.
- Se toma la decisión de reducir, suspender o cesar los servicios antes de recibir todos los servicios aprobados.

En el momento en que CareSource toma la decisión, le enviaremos por correspondencia un formulario de audiencia estatal. Si desea una audiencia estatal, debe solicitarla dentro de los 33 días. El período de 33 días comienza el día de la decisión de la apelación interna.

Para solicitar una audiencia puede firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o número de fax que figura en el formulario, llamar a la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA), Oficina de Audiencias y Apelaciones (Office of Hearings and Appeals) al 1-317-232-4404 o enviar su solicitud a través de la web en: <https://Indiana.gov/agencies/office-state-administrative-hearings>

Qué puede esperar en una audiencia estatal

Quién asistirá: usted, una persona de la FSSA de Indiana, un representante de CareSource y un oficial de audiencias de la FSSA.

CareSource explicará su decisión y usted explicará por qué no está de acuerdo con dicha decisión. El oficial de audiencia escuchará ambas versiones y decidirá en base a la información proporcionada y si se han obedecido las reglas.

Las decisiones de las audiencias estatales suelen emitirse a más tardar 90 días calendario luego de recibida la solicitud. Sin embargo, si CareSource o la Oficina de Audiencias Administrativas Estatales (Office of State Administrative Hearings) decide que la afección médica cumple con los criterios para una decisión expedita, se emitirá la decisión tan pronto como sea necesario, pero a no más tardar tres días hábiles después de recibida la solicitud. Las decisiones expeditas se usan en situaciones en las que la toma de decisiones dentro de los plazos estándar podría poner en grave riesgo su vida o su salud o la capacidad para lograr, mantener o recuperar las funciones óptimas.

Revisión externa

Además de una audiencia estatal, puede pedir un revisor independiente si CareSource decide no aprobar la atención médica que se ha solicitado para usted. Esto se realiza por una compañía de revisión médica certificada. No lo realiza CareSource. Primero debe atravesar el proceso de apelación de CareSource y pedirla dentro de los 45 días de la respuesta acerca de su apelación. Para solicitar una revisión externa, escríbanos a:

CareSource

Attn: Independent Review – Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-8738

O puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados para solicitarla. Su caso puede ser urgente. Si es así, usted recibirá una respuesta dentro de las 72 horas de pedir la revisión. Si no es urgente, obtendrá una respuesta en 30 días.

Member Grievance/Appeal Form

Indiana

Member Name <hr/> <hr/> <hr/>	Member ID# <hr/>
Member Address <hr/> <hr/> <hr/>	Member Telephone <hr/>
<p>If the grievance/appeal concerns a provider(s), please supply the following information, if known.</p> <p>Name of Provider(s) _____</p> <p>Address _____</p> <p>Telephone _____</p> <p>Please write a description of the grievance/appeal with as much detail as possible. Attach extra pages, if needed.</p>	
<p>(Member Signature) _____ (Date Filed) _____</p>	
<p>OFFICE USE ONLY</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Received By: _____</p> <p>Grievance Level 1 2</p> <p>Hearing Date: _____</p>	<p>Action taken to resolve grievance/appeal:</p> <p>(Signature Plan Rep) _____ (Resolution Date) _____</p>

¿Necesita o quiere saber más sobre los términos del seguro?
Es posible que quiera ver este video corto que se encuentra en
CareSource.com/Indianastart

Significados de los términos

Afiliado – Un receptor elegible de Medicaid que se ha unido a CareSource y recibe servicios de atención médica de parte de los proveedores participantes.

Apelación – Una solicitud escrita o verbal para que se revierta una decisión.

Área de servicio – Las ubicaciones geográficas en Indiana donde CareSource es una opción como proveedor de atención administrada para afiliados a Medicaid.

Autorización previa – En ciertas ocasiones, los proveedores participantes se comunican con CareSource en relación con la atención que estos consideran que debe recibir. Esto se realiza antes de que usted reciba la atención para garantizar cuál es la más conveniente para sus necesidades y que tenga cobertura. La autorización previa es necesaria en el caso de ciertos servicios que no son de rutina, como la atención médica domiciliaria o algunas cirugías programadas.

Beneficios – Servicios de atención médica cubiertos por CareSource.

Bloqueo – Cuando un afiliado se atrasa 60 días o más con la contribución a la Cuenta POWER y el ingreso es superior al *Nivel Federal de Pobreza, el afiliado será bloqueado en todos los Planes HIP y no podrá volver a postularse por al menos seis meses.

Derivación – Una solicitud de un PMP para que su paciente consulte a un especialista, como un cirujano, para recibir atención.

Directivas anticipadas o Testamento vital – Una declaración escrita de la voluntad de una persona respecto del tratamiento médico, con frecuencia incluye un testamento vital, que se elabora para garantizar que dicha voluntad se lleve a cabo en caso de que la persona no se pueda comunicar con un médico.

Directorio de proveedores – Una lista de médicos y otros proveedores de atención médica a quienes puede acudir como afiliado a CareSource.

Entidad de atención administrada – La entidad que administrará su plan de salud. CareSource es su entidad de atención administrada.

EPSDT – Detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento.

Especialista – Un médico que se enfoca en un tipo de atención médica en particular, como un cirujano o un cardiólogo (médico del corazón).

Médicamente necesario – Servicios, suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Panel de proveedores – Una lista completa de todos los proveedores de atención médica que participan activamente con CareSource, a partir de la cual se crea el Directorio de proveedores.

Persona dependiente con necesidades médicas especiales – Persona con una afección física o de salud conductual compleja y, si el afiliado proporciona evidencia, que puede ser elegible para un paquete de beneficios que se llama “State Plan” (Plan estatal) que resulta más adecuado para sus afecciones de salud.

Proveedor de atención principal (PMP) – Un proveedor participante que usted ha elegido. Su PMP trabaja con usted para coordinar su atención médica, como los controles y las vacunas, proporcionarle tratamiento para la mayoría de sus necesidades de atención médica, enviarle a los especialistas si fuera necesario o admitirlo en el hospital.

Proveedor no participante – Un médico, hospital, farmacia u otro profesional de atención médica con licencia que no ha firmado un contrato en el que acepta brindar servicios a los afiliados a CareSource. Consulte “Cuándo puede visitar a un proveedor no participante” en la página 6 de este manual.

Proveedor participante – Un médico, hospital, farmacia u otro profesional de atención médica con licencia que ha firmado un contrato en el que acepta brindar servicios a los afiliados a CareSource. Estos figuran en nuestro Directorio de proveedores.

Queja – Un reclamo sobre CareSource o sus proveedores de atención médica.

Receta – Una indicación de un proveedor de salud para que una farmacia le surta y le entregue medicamentos a su paciente.

Notas

Notas

CareSource cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales y no discrimina basándose en la edad, sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública. CareSource no excluye a las personas, ni las trata de forma distinta debido a la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública.

CareSource ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, como: (1) intérpretes de lengua de señas calificados e (2) información escrita en otros formatos (impresión con letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Además, CareSource ofrece servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados e (2) información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al número de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de ID de afiliado.

Si considera que CareSource no ha cumplido en brindarle los servicios antes mencionados o se sintió discriminado de alguna otra forma debido a la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401
1-844-539-1732, TTY: 711
Fax: 1-844-417-6254

CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Puede presentar una queja por correspondencia, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles se encuentra disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correspondencia o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F
HHB Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para reclamos se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



CareSource.com

**Si necesita ayuda para leer este manual, llame al 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 o 711).
If you need help reading this handbook, please call 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).**

Para obtener este manual en otros formatos, como Braille, impresión con letras grandes o CD de audio,
llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).