



Guía para Basic Health *Plus* y el Programa de Beneficios de Maternidad 2012

¿Preguntas?

Visite <http://hrsa.dshs.wa.gov/contact/default.aspx> o llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022. El número TTY/TDD es 1-800-848-5429 (para las personas con dificultades de audición o del habla).

Números telefónicos y sitios web del plan de salud

Nombre del plan de salud	Horario de atención al cliente	Números de teléfono de atención al cliente	Dirección del sitio web
Columbia United Providers, Inc.	Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.	1-800-315-7862 ó 360-891-1520 TDD: 1-866-287-9962	www.cuphealth.com
Community Health Plan of Washington	Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.	1-800-440-1561 TTY: 7-1-1	www.chpw.org
Group Health Cooperative	Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.	1-888-901-4636 TTY: 1-800-833-6388	www.ghc.org
Molina Healthcare of Washington, Inc.	Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.	1-800-869-7165 TTY: 1-877-665-4629	www.molinahealthcare.com

A fin de obtener este documento en otro formato (como Braille o audio), llame al Coordinador de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) al 360-923-2714. Los usuarios de TTY pueden llamar a este número mediante el Servicio de Retransmisión de Washington marcando el 711.

If this information is not in English, please call 1-800-660-9840. The TTY/TDD line is 1-888-923-5622 (only for people who have difficulties with hearing or speech; your phone must be equipped to use this line).

ENGLISH

ይህ መረጃ በእግርኛ ካልተጻፈ፣ 1-800-660-9840 ይደውሉ። የ TTY/TDD መስመር 1-888-923-5622 ነው (የመስማት ወይም የመናገር ችግር ላላቸው ሰዎች ብቻ። ይህንን መስመር ለመጠቀም፣ ቱሌፎንዎ አስፈላጊውን መሳሪያ እንዲኖረው ያስፈልጋል)።

AMHARIC

បើព័ត៌មាននេះមិនមែនជាភាសាខ្មែរទេ សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-660-9840 ។ ទូរស័ព្ទ TTY/TDD លេខ 1-888-923-5622 (សំរាប់គ្រូជនដែលមានបញ្ហាខាងស្តាប់ឬខាងនិយាយគ្រប់ប្រភេទ ទូរស័ព្ទ របស់អ្នកត្រូវតែមានសម្ភារៈដែលអាចប្រើលេខទូរស័ព្ទនេះបាន) ។

CAMBODIAN

若此資訊不是中文，請電 1-800-660-9840。聾啞人士 TTY/TDD 專線，號碼是 1-888-923-5622（僅供有聽力和語言障礙的人士使用；要使用這一專線，您的電話機必須有專門的設備）。

CHINESE

اگر این اطلاعات به زبان فارسی نیست، لطفاً با شماره 1-800-660-9840 تماس بگیرید. شماره تلفن 1-888-923-5622 برای استفاده خط TTY/TDD میباشد (تنها برای افرادی که مشکل شنوایی یا تکلم دارند، تلفن شما باید با دستگاه مخصوص مجهز باشد)

FARSI

Yog cov ntaub ntauv no tsis muaj ntauv Hmoob, thov hu xovtooj rau 1-800-660-9840. Tus xovtooj rau TTY/TDD yog 1-888-923-5622 (tus xovtooj no yog rau cov uas nws muaj teeb meem tsis hnov lus lossis muaj teeb meem txog ntawm kev hais lus; koj yuav tsum siv lub xovtooj uas ntaus tau rau yam no).

HMONG

No daytoy nga Impormasyon wenno pakaammo ket saan a naisurat ti llokano, pangngaasim ta awagam ti numero 1-800-660-9840. Ti makunkuna a TTY/TDD a linya ti telepono ket 1-888-923-5622 (para kadagiti tattao nga marigatan wenno nakapsut ti pinagdengnggeg da wenno pinagsao da; dayta teleponom ket masapul nga maaddaan ti aparato nga kasta tapno mausar dayta a linya.)

ILOCANO

해당 정보가 한국어로 제공되지 않았으면 1-800-660-9840 로 전화주십시오. TTY/TDD라인은 1-888-923-5622입니다(이 라인은 청각 및 언어장애자 전용임으로 그에 필요한 설비가 갖추어 있어야지만 사용할 수 있습니다).

KOREAN

ຖ້າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ແມ່ນພາສາລາວ, ໃຫ້ໂທ 1-800-660-9840. ສາຍໂທເສັ້ນສຽງຄະຫຼາດາແມ່ນ 1-888-923-5622 (ສະເພາະ ແຕ່ຜູ້ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫລື ປາກເວົ້າ; ໂທສະສັບຂອງທ່ານຈະຕ້ອງປະກອບເຄື່ອງສໍາຮັບໂທສາຍມີໄດຍສະເພາະ).

LAOTIAN

Yoo Odeeffannoon kun Afaan Oromootin miti ta'e lakkofsa 1-800-660-9840 bilbila. Lakkofsi bilbila [TTY/TDD] 1-888-923-5622 dha (kun kan fayyadu warra dhibee dhagahuf dubbachu qaban qofa; itti bilbilufis bilbilli keessan meesha addaa isa barbaachisa).

ROMO

ਜੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-660-9840 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। TTY/TDD ਲਾਈਨ ਦਾ ਨੰਬਰ 1-888-923-5622 ਹੈ (ਇਹ ਲਾਈਨ ਕੇਵਲ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿਚ ਕਠਨਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਇਸ ਲਾਈਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਫੋਨ ਵਿਚ ਖਾਸ ਸਾਜ-ਸਮਾਨ ਲੱਗਿਆ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ)।

PUNJABI

Dacă aceste informații nu sunt în limba română, vă rugăm să telefonați la 1-800-660-9840. Numărul de telefon pentru persoanele cu deficiențe de vorbire sau de auz este 1-888-923-5622 (pentru a folosi această linie telefonică, telefonul dvs. trebuie să fie dotat cu un dispozitiv special).

ROMANIAN

Если данная информация не представлена на русском языке, пожалуйста, позвоните по телефону 1-800-660-9840. Телефонная линия службы TTY/TDD: 1-888-923-5622 (только для лиц с нарушениями слуха или речи; чтобы работать с этой линией, ваш телефон должен быть оснащен специальным оборудованием).

RUSSIAN

Afai e le fa'aSamoaina ia upu fa'ailoa, fa'amolemole vala'au ile 1-800-660-9840. Ole TTY/TDD laini e 1-888-923-5622 (mo tagata e leaga latou fa'alogo po'o le tautala, o lau telefoni e tatau ona aoga mo lea ituaiga laini).

SAMOAN

Ako ove informacije nisu na srpskohrvatskom, nazovite 1-800-660-9840. TTY/TDD linija je 1-888-923-5622 (samo za ljude koji imaju poteškoće sa sluhom ili govorom; vaš telefon mora biti opremljen za korištenje ove linije).

SERBO-CROATIAN

Haddii warkanu uusan ku qorneyn af Soomaali, fadlan wac 1-800-660-9840. Khadka TTY/TDD waa 1-888-923-5622 (waxaana loogu talagalay oo keliya dadka xagga maqalka iyo hadalka dhibaataada ka qaba; telefoonkaagu waa inuu u qalabaysan yahay si aad u isticmaasho khadkan).

SOMALI

Si esta información no está en español, llame al 1-800-660-9840. La línea TTY/TDD es 1-888-923-5622 (solamente para personas con dificultades auditivas o del habla; su teléfono debe estar equipado para el uso de esta línea).

SPANISH

Kung ang impormasyon na ito ay hindi nasa Tagalog, mangyaring tumawag sa 1-800-660-9840. Ang linya ng TTY/TDD ay 1-888-923-5622 (para lamang sa mga taong may kahirapan sa pandinig o pagsasalita; ang inyong telepono ay kailangang naangkop upang magamit itong linyang ito).

TAGALOG

እዚ መረጃታ ብትግርኛ ተጻሒፉ እንተዘይረኹብኩዮ፣ 1-800-660-9840 ደውል። ናይ TTY/TDD መስመር 1-888-923-5622 እዩ (ናይ ምስማዕ ወይ ምዝራብ ጸገም ንዘለዎም ሰባት ጥራሕ እዩ። በዚ መስመር ንክትጥቀም፣ ቴሌፎንካ ፍሉይ ዝኾነ መሳርሒ ክህልዎ ይግባእ)።

TIGRIGNA

Якщо ця інформація не на українській мові, будь ласка телефонуйте за номером 1-800-660-9840. Телефон лінії TTY/TDD: 1-888-923-5622 (тільки для тих людей, які мають послаблений слух чи дефекти мовлення). Для того, щоб ви могли користуватися цією лінією, до вашого телефона мусить бути підключене спеціальне обладнання).

UKRAINIAN

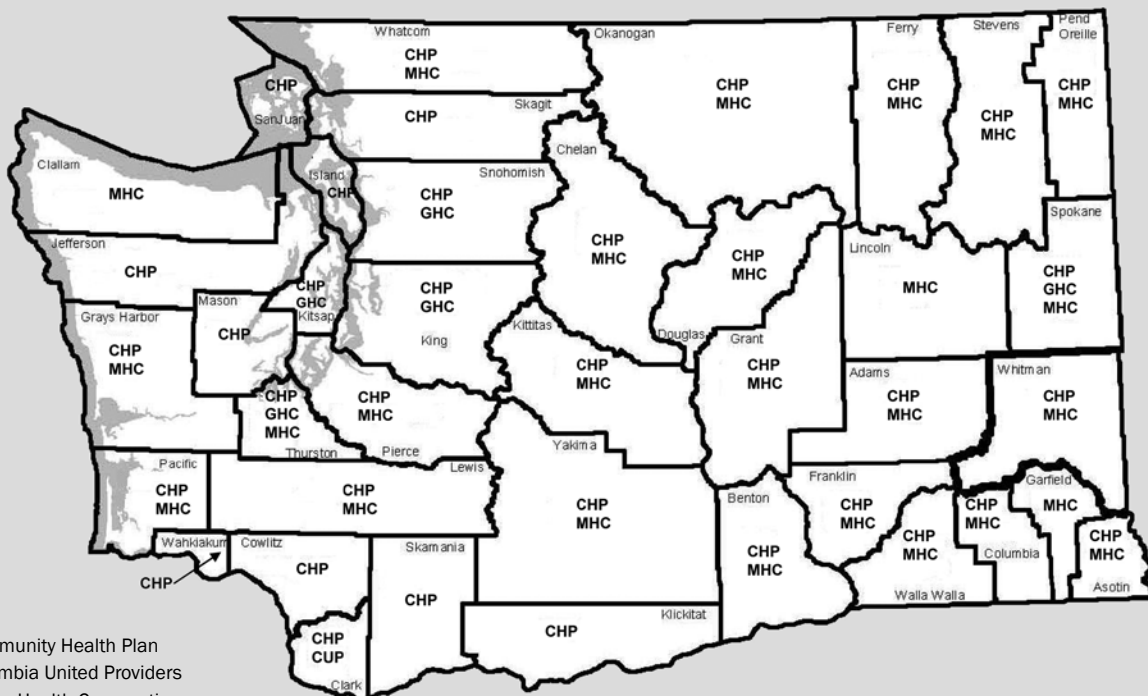
Nếu những tin tức này không phải bằng tiếng Việt, xin gọi số 1-800-660-9840. Đường dây dành cho TTY/TDD là 1-888-923-5622 (chỉ dành cho người bị lảng tai hoặc bị trở ngại về nói; điện thoại của quý vị phải được trang bị để có thể dùng đường dây này).

VIETNAMESE

Tabla de contenidos

Áreas de servicio de Basic Health <i>Plus</i> 2012	5	Beneficios y servicios cubiertos por el pago por prestación de HCA	12
¿Qué es Basic Health <i>Plus</i> ?	6	Algunos servicios están excluidos y NO están pagados	13
¿Qué es el Programa de Beneficios de Maternidad?	6	Emergencias y atención médica lejos de casa	14
¿Cómo consigue su atención médica?	6	Directivas anticipadas	14
¿Es obligatorio estar dentro de un plan de salud?	6	Ley de Atención Médica para Mujeres	14
Información sobre los planes de salud de atención administrada	7	¿Qué es EPSDT?	15
¿Tiene que pagar por sus servicios de atención médica?	8	Sus derechos y responsabilidades	16
¿Qué es la tarjeta de servicios?	8	¿Qué sucede si <i>no</i> está conforme con su cobertura de atención médica?	17
¿Qué es la tarjeta de identificación de plan de salud?	8	Cómo cambiar la forma de recibir su atención médica	18
¿Cuáles son sus beneficios médicos?	9	Opciones de atención médica para indios americanos y nativos de Alaska	19
Beneficios y servicios cubiertos por su plan de salud o PCCM	9		

Áreas de servicio de Basic Health *Plus* 2011



CHP – Community Health Plan
 CUP – Columbia United Providers
 GHC – Group Health Cooperative
 MHC – Molina Healthcare of Washington

En vigencia del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

¿Qué es Basic Health *Plus*?

Basic Health *Plus* es un programa de Medicaid para hijos menores de 19 años que viven en hogares que cumplen con las pautas de elegibilidad para Medicaid. Este programa permite servicios adicionales para hijos, p. ej., odontológicos y de anteojos, no cubiertos por Basic Health, sin copagos, sin primas y sin espera en el caso de las enfermedades preexistentes. La Autoridad de Atención Médica (HCA) determina la elegibilidad para Basic Health *Plus*. Los niños inscritos en el programa Basic Health *Plus* recibirán cartas y una tarjeta de servicios de HCA para cubrir los servicios adicionales. Basic Health le enviará información sobre el plan de salud de atención administrada de su hijo.

¿Qué es el Programa de Beneficios de Maternidad?

El Programa de Beneficios de Maternidad es un programa de Medicaid para las mujeres embarazadas que son miembros de Basic Health y que cumplen con los requisitos de ingresos de Medicaid. Este programa permite que las mujeres embarazadas reciban servicios adicionales que no están cubiertos por Basic Health sin copagos, sin primas y sin espera en el caso de las enfermedades preexistentes. Si está embarazada, llame a Basic Health al 1-800-660-9840 para solicitar el Programa de Beneficios de Maternidad. La HCA determina la elegibilidad para este programa. Si es elegible para el Programa de Beneficios de Maternidad, recibirá cartas y una tarjeta de servicios de la HCA. Si no solicita el Programa de Beneficios de Maternidad, es posible que no sea elegible para recibir la cobertura de sus servicios de maternidad.

¿Cómo consigue su atención médica?

En la mayoría de los casos, recibirá atención de un plan de salud de atención administrada Basic Health. Esto puede tardar un poco. Hasta que esté inscrito en un plan de salud de atención administrada, recibirá atención médica usando su tarjeta de servicios. Una vez inscrito en un plan de salud de atención administrada, oficialmente será miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de Beneficios de Maternidad y recibirá la atención médica a través de su plan de salud.

¿Es obligatorio estar dentro de un plan de salud?

Sí. Como miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de Beneficios de Maternidad, debe inscribirse en un plan de salud de atención administrada Basic Health.

Entre al sitio web de Medicaid para obtener más información sobre nuestros programas y servicios médicos en: <http://hrsa.dshs.wa.gov/> o al sitio web de Basic Health en: <http://www.basichealth.hca.wa.gov/>.

Información sobre los planes de salud de atención administrada

¿Es necesario que todos los integrantes de mi familia estén bajo el mismo plan de salud?

Sí. Si está inscrito en Basic Health, Basic Health *Plus* o en el Programa de Beneficios de Maternidad, todos sus familiares deben estar en el mismo plan de salud. Pero hay algunas excepciones. Estas excepciones incluyen niños con necesidades de atención de salud especiales y familias con miembros que sean indios americanos o nativos de Alaska. Llame a HCA al 1-800-562-3022 para obtener información específica sobre estas excepciones.

Quando estoy en un plan de salud, ¿puedo ir a cualquier médico u hospital que desee?

No. Cada plan de salud tiene ciertos médicos y otros proveedores médicos que debe usar. La mayoría de los planes tiene ciertos hospitales y farmacias a las que debe acudir. Cuando está en un plan de salud, los hospitales que puede visitar también dependen de los hospitales que usa su médico. Llame a la línea de atención al cliente del plan de salud (indicada en la página 2) para obtener más información sobre sus médicos, hospitales y farmacias. Ellos le pueden brindar una lista de proveedores que incluye:

- Nombre, lugar y número de teléfono.
- Idiomas que se habla.
- Especialidad y título médico.
- Límites del proveedor y si aceptan nuevos pacientes.

¿Un proveedor de atención médica se ocupará de la mayoría de mis necesidades médicas?

Sí. Para gran parte de su atención, usted acudirá a un médico, enfermero practicante o auxiliar de médico (bajo la supervisión de un médico), denominado proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita atención de un especialista, su PCP le ayudará a encontrar al especialista correcto y lo derivará.

¿Yo y otros miembros de mi familia podemos tener diferentes PCP?

Sí. Si bien usted y su familia deben estar en el mismo plan de salud, pueden tener diferentes PCP. Naturalmente, todos los PCP deben trabajar con su plan de salud.

¿Yo y otros miembros de mi familia podemos cambiar de PCP?

Sí. Usted y otros familiares pueden cambiar de PCP llamando al número de atención al cliente de su plan de salud. La mayoría de los cambios de PCP tomarían lugar el primer día del siguiente mes.

¿Qué es pago por prestación?

El pago por prestación implica que puede consultar a cualquier médico o proveedor médico y que él le cobrará a la HCA por su atención. La HCA también paga algunos servicios adicionales como atención odontológica y anteojos, que su plan de salud no cubre. Puede encontrar una lista de servicios cubiertos en este libro. Recuerde que no siempre es fácil encontrar proveedores que facturen a la HCA por su atención. Es una buena idea llamar al médico o a otros proveedores médicos a quienes desee acudir para asegurarse de que lo atenderán como paciente con pago por prestación y que facturarán a la HCA por su atención.

¿Qué sucede si no habla inglés?

Si necesita un intérprete, llame con anticipación al consultorio de su PCP. Allí le conseguirán un intérprete para su consulta médica sin cargo.

¿Tiene que pagar por sus servicios de atención médica?

Por lo general, no. Es posible que no haya copagos, pero si recibe un servicio que no es un beneficio cubierto, tal vez deba pagar.

Para asegurarse que no le envíen la cuenta:

- Siempre lleve consigo tanto su tarjeta de servicios como su tarjeta de identificación del plan de salud.
- Sepa cuál es el nombre de su plan de salud, del proveedor de atención primaria (PCP) y/o del proveedor de administración de casos de atención primaria (PCCM).
- Conozca las reglas de su plan de salud y de PCCM para obtener atención. En ocasiones, se le puede facturar si no sigue las pautas de su plan de salud o de su PCCM, p. ej., ver al especialista sin obtener primero una derivación.

Es posible que deba pagar si:

- Un servicio que reciba no es un beneficio cubierto.
- Un servicio que reciba no es médicamente necesario.
- Puede recibir atención de un proveedor que no trabaja con su plan de salud (a menos que sea una emergencia o esté aprobado previamente por su plan de salud).
- Usted firma un acuerdo para pagar y
 - recibe atención o equipo especializado sin la derivación de su PCP
 - recibe atención que requiere autorización previa antes de aprobarse.

Si no está inscrito en un plan de salud pero recibe atención cubierta por un pago por prestación de Medicare, llame al proveedor con anticipación para asegurarse de que le facturen a la HCA por el servicio.

Si recibe una factura por un servicio que cree que está cubierto, primero llame a su plan de salud. Si aún necesita ayuda, llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022.

¿Qué es la tarjeta de servicios?

Cada familiar con asistencia médica recibe una tarjeta de servicios. Su tarjeta de servicios es una tarjeta permanente que se activa mientras usted es elegible para recibir asistencia médica. Esta tarjeta sólo incluye su nombre y su número de identificación. Además, puede ser necesario mostrar una identificación con foto para evitar el uso no autorizado de su tarjeta. Sus proveedores verificarán su elegibilidad para recibir servicios médicos. Si pierde su tarjeta de servicios, llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica al 1-800-562-3022 y siga las indicaciones de respuesta de voz para solicitar una nueva tarjeta de servicios.

¿Qué es la tarjeta de identificación de plan de salud?

Cuando se inscriba en un plan de salud, recibirá una tarjeta de identificación de su plan de salud. Debe tener una tarjeta de servicios y su tarjeta de identificación del plan para:

- Recibir servicios médicos
- Programar, cancelar o verificar citas
- Pedir o recoger recetas

Llame al número de atención al cliente de su plan (indicado en la página 2) si una parte de la información es incorrecta o si se pierde la tarjeta, si se la roban o si necesita reemplazarla.

¿Cuáles son sus beneficios médicos?

Medicaid cubre muchos beneficios y servicios cuando sea médicamente necesarios, ya sea que reciba atención médica a través de un plan de salud de atención administrada, una clínica PCCM o un proveedor con pago por prestación. Algunos de los beneficios cubiertos por los planes de salud se enumeran a continuación. Para algunos servicios, necesita la aprobación de su plan de salud. Consulte a su proveedor o a su plan de salud si un servicio que necesita no figura como beneficio.

Para algunos servicios, es posible que necesite una derivación de su PCP y/o la aprobación de su plan de salud antes de recibir el servicio. De lo contrario, es posible que el plan de salud no pague por el servicio. Algunos servicios están limitados por la cantidad de consultas o elementos de suministros/equipos. Cada plan de salud tiene un proceso para revisar el pedido de su proveedor para una *Extensión de limitaciones*.

Llame al número de atención al cliente de su plan de salud (indicado en la página 2) antes de recibir servicios médicos o bien pida ayuda a su PCP para recibir la atención que necesita.

Beneficios y servicios cubiertos por su plan de salud o PCCM:

Nota: Se brinda esta lista solamente como información general y no garantiza que el servicio realmente estará cubierto.

Beneficio/servicio	Comentarios
Servicio de ambulancia	Para emergencias solamente o para transportar entre establecimientos.
Antígeno (suero para la alergia)	Vacunas contra la alergia
Pruebas de audiología	Pruebas de audición
Terapia de retroalimentación biológica	Limitado a los requisitos del plan
Control de la natalidad	Consulte los servicios de planificación familiar
Defectos congénitos	Consulte cirugía plástica
Productos sanguíneos	Incluye sangre, componentes de la sangre, productos de la sangre humana y su administración
Extractor de leche	
Quimioterapia	
Cuidado quiropráctico para niños	El beneficio es solamente para niños (20 años y menores) con derivación del PCP después de realizarse un estudio de Revisión, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico (EPSDT) (cuidado del niño sano). Consulte Manipulaciones de la columna vertebral.
Anticonceptivos	Consulte los servicios de planificación familiar
Cirugía plástica	SÓLO CUANDO se brinda la cirugía y los servicios y suministros relacionados para corregir defectos fisiológicos de nacimiento, enfermedad, traumatismo físico o para la reconstrucción de mastectomía para el tratamiento posterior al cáncer.
Suministros para la diabetes	
Diálisis	
Servicios de emergencia	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte de los Estados Unidos. Una emergencia es un problema de salud repentino o grave que necesita tratamiento inmediato. Si cree que tiene una emergencia, no importa dónde esté, llame al 911 ó vaya a la sala de emergencia más cercana.

(continuación)

Beneficio/servicio	Comentarios
EPSDT (Revisión, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico)	EPSDT incluye chequeos regulares para asegurar que personas de 20 años y menores reciban la atención preventiva que necesitan para diagnosticar y tratar problemas de salud en una etapa temprana. Estas pruebas de EPSDT (cuidado del niño sano) incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen físico completo con exámenes de salud, salud mental y antecedentes del desarrollo. • Vacunas y análisis de laboratorio. • Pruebas de la vista, audición, cuidados odontológicos, salud mental y abuso de sustancias.
Exámenes oculares	Debe usar la red de proveedores del plan de salud. Limitado a un examen cada 12 meses para niños menores de 20 años y cada 24 meses para adultos mayores de 21 años. Puede ser más frecuente si el plan de salud determina que es médicamente necesario. Nota: Para los niños, los anteojos, los lentes de contacto y los accesorios de hardware están cubiertos por la HCA en forma separada.
Servicios de planificación familiar	Usted tiene la opción de ir a una clínica de planificación familiar o de usar la red de proveedores del plan de salud.
Receta del tratamiento con flúor (líquido o comprimidos)	Cuando está recetado por un médico (PCP) después de un examen del niño sano o de EPSDT.
Servicios de atención médica (consultas, atención preventiva, atención especializada)	Se deben usar los proveedores que participan en el plan de salud. Es posible que los planes de salud soliciten derivaciones aprobadas. Llame a su plan de salud si tiene preguntas específicas.
Educación y asesoramiento sobre salud	Ejemplos: Educación sobre enfermedades como diabetes o enfermedades cardíacas
Exámenes de la audición	Los exámenes de la audición están cubiertos por la red de proveedores del plan de salud. Nota: Para los niños, los audífonos están cubiertos por la HCA en forma separada.
Detección de VIH/SIDA	Usted tiene la opción de acudir a una clínica de planificación familiar, al departamento de salud local o a su PCP para los exámenes de detección.
Atención médica en el domicilio	Debe estar aprobada por el plan de salud
Servicios de internación, ambulatorios y hospitalarios	Deben estar aprobados por el plan de salud para toda la atención que no sea de emergencia.
Inmunizaciones/Vacunas	Las vacunas sólo para viajes internacionales no están cubiertas.
Servicios de laboratorio y radiografías	
Mamografías	Consulte la Atención médica para mujeres
Maternidad y atención prenatal	Consulte la Atención médica para mujeres
Equipos médicos	Llame al plan de salud para conocer detalles específicos
Suministros médicos	Llame al plan de salud para conocer detalles específicos
Salud mental, tratamiento ambulatorio	Beneficio limitado basado en la necesidad médica. El beneficio mediante el plan de salud cubre: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 12 horas de tratamiento por año calendario para adultos. • Hasta 20 horas de tratamiento por año calendario para niños. • Control de la medicación para salud mental por parte de su PCP o del proveedor de atención de salud mental. • Los niños menores de 5 años a quienes se les receta medicamentos para salud mental deben recibir una segunda opinión de un psiquiatra que apruebe el medicamento. • Prueba y evaluación psicológica una vez cada 12 meses para adultos de 21 años o mayores o según sea necesario si se identifica en la prueba de EPSDT (cuidado del niño sano) para hijos de 20 años o menores.

(continuación)

Beneficio/servicio	Comentarios
Asesoramiento nutricional	Consulte Educación y asesoramiento para la salud
Trasplantes de órganos	Llame a su plan de salud para conocer detalles específicos.
Rehabilitación ambulatoria	Terapia física, del habla y ocupacional
Servicios de oxígeno y respiración	
Servicios de farmacia	Debe acudir a las farmacias participantes. Los planes de salud tienen su propio vademécum (lista). Llame a su plan de salud para obtener información específica y una lista de farmacias.
Interrupción del embarazo y aborto espontáneo	
Enfermería privada	
Servicios de radiología y diagnóstico por imágenes	
Cirugía reconstructiva después de la mastectomía	
Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Usted tiene la opción de acudir a su PCP, al departamento de salud local o a la clínica de planificación familiar.
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	
Dejar de fumar	El tratamiento para dejar de fumar está cubierto para todos los clientes según las políticas del plan de salud.
Manipulaciones de la columna vertebral	Beneficio limitado: El plan de salud cubre diez (10) sesiones de manipulación de la columna por año calendario sólo cuando las realiza un Doctor en osteopatía (D.O.) del plan.
Esterilizaciones (21 años y mayores)	Debe completar el formulario de esterilización 30 días antes del procedimiento o cumplir con los requisitos del descargo de responsabilidad. No están cubiertos los tratamientos para revertir la esterilización.
Examen de detección de la tuberculosis (TB) y tratamiento de seguimiento	Usted tiene la opción de acudir a su PCP o al departamento de salud local.
Atención médica para mujeres	Se deben recibir servicios de la red de proveedores del plan de salud e incluye el tratamiento de seguimiento para cualquier problema descubierto.

Tiene la opción de recibir algunos servicios de la clínica de su PCP/PCCM o de ir directamente a un departamento de salud local o clínica de planificación familiar. No necesita una derivación (permiso) de un plan de salud para:

- Servicios de planificación familiar y control de natalidad
- Análisis de HIV y SIDA
- Inmunizaciones
- Tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas y cuidados de seguimiento
- Análisis de TB y cuidados de seguimiento

Beneficios y servicios cubiertos por el pago por prestación de la HCA:

Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos con un pago por prestación. Su plan de salud y su PCP pueden ayudar a coordinar su atención con otros servicios y programas basados en la comunidad. Si tiene alguna pregunta sobre un beneficio o servicio que no esté enumerado aquí, llame a la línea de atención al cliente de su plan de salud (indicada en la página 2) o a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022.

Beneficio/servicio	Comentarios
Servicios para el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, con internación, ambulatorios y desintoxicación	Las agencias certificadas por el DSHS deben brindar servicios. Llame al 1-877-301-4557 para obtener información específica
Servicios comunitarios y en el hogar para personas mayores y con discapacidades físicas, p. ej., el Sistema de Ingreso al Programa de Opciones Comunitarias (COPES) y los servicios de cuidado personal.	Estos servicios deben estar aprobados por la Administración de Servicios para la Tercera Edad y la Discapacidad (ADSA) del DSHS. Llame al 1-800-422-3263
Servicios odontológicos	Debe encontrar un proveedor de servicios dentales que le facture a la HCA.
Anteojos y servicios de adaptación*	Debe encontrar a un proveedor que le facture a la HCA.
Audífonos*	Debe encontrar a un proveedor que le facture a la HCA.
Apoyo temprano para lactantes y niños pequeños (ESIT) desde el nacimiento hasta los 3 años.	Llame al 1-800-322-2588 para obtener información
Servicios de apoyo a la maternidad	Parte del Programa First Steps (Primeros Pasos): Llame al 1-800-322-2588
Salud mental, atención psiquiátrica con internación y servicios en caso de crisis	La atención con internación debe estar autorizada por un profesional de salud mental de la agencia de salud mental comunitaria local. Para obtener información específica, llame al 1-800-446-0259.
Asesoramiento de genética prenatal	
Interrupción voluntaria del embarazo	Incluye la interrupción y el cuidado de seguimiento para cualquier complicación
Esterilizaciones (menores de 21 años)	Debe completar el formulario de esterilización 30 días antes del procedimiento o cumplir con los requisitos del descargo de responsabilidad. No está cubierta la reversión de esterilizaciones.
Transporte para citas médicas	La HCA paga los servicios de transporte necesarios para llevarlo y traerlo de las citas de atención médica que no sean de emergencia. Si tiene una tarjeta de servicios actual, puede ser elegible para el transporte. Llame al proveedor de servicios de transporte (agente) de su área. Puede ver una lista de agentes en http://maa.dshs.wa.gov/transportation/phone.htm . Su agente regional programará el transporte más apropiado y menos costoso para usted.

*Nota: Los anteojos, la adaptación y los audífonos ya no están cubiertos para adultos de 21 años y mayores.

Algunos servicios están excluidos y NO están pagados:

Los ejemplos de la siguiente lista se llaman exclusiones, lo que significa que estos servicios no están cubiertos incluso si son *médicamente necesarios*. Estos servicios no están cubiertos por su plan de salud, PCCM o pago por prestación. Si usted recibe cualquiera de estos servicios, es posible que deba pagarlos.

Cuando un servicio no es un beneficio cubierto, cada plan de salud tiene un proceso para revisar su solicitud o la de su proveedor como una *Excepción a la regla*. Si tiene alguna pregunta sobre un beneficio o servicio, llame al número de atención al cliente de su plan de salud (indicado en la página 2).

Servicios excluidos	Comentarios
Medicina alternativa	Acupuntura, prácticas de la Ciencia Cristiana, curaciones con la fe, terapia de hierbas, homeopatía, masajes, terapia de masajes o naturismo
Atención quiropráctica para adultos	
Cirugía plástica o estética	Eliminación de tatuajes, estiramiento facial, perforación corporal o de orejas o trasplante de cabello
Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, impotencia y disfunción sexual	
Cirugía de cambio de sexo	
Consejero matrimonial y terapia sexual	
Objetos para el confort personal	
Exámenes físicos que se necesiten para un trabajo, seguro o licenciatura	
Equipo no médico	
Servicios no autorizados por las leyes federales o estatales	
Servicios de control y reducción de peso	Esto incluye medicamentos para bajar de peso, productos, membresías en gimnasios o equipos para bajar de peso

Emergencias y atención médica lejos de casa

Cuidados de emergencia: una emergencia es un problema de salud repentino o severo que necesita tratamiento inmediato. Si cree que tiene una emergencia, no importa dónde está, llame al 911 ó vaya a la sala de emergencia más cercana.

Cuidados médicos lejos de su casa: si necesita visitar a un médico mientras está lejos de su casa, llame a su PCP o a su plan de salud. Ellos le ayudarán a conseguir la atención que necesita.

Directivas anticipadas

Una Directiva anticipada pone por escrito sus elecciones de atención médica. Puede también nombrar a alguien para que hable por usted si no le es posible hablar por usted mismo. Una Directiva anticipada implica que sus seres queridos o su médico no tengan que hacer elecciones médicas por usted sin su orientación.

La ley estatal de Washington tiene dos tipos de directivas anticipadas:

- (1) **Poder durable para atención médica.** Éste nombra a otra persona para tomar decisiones médicas por usted si no le es posible hacerlas usted mismo.
- (2) **Directivas de atención médica (testamento vital).** Esta es una declaración escrita en la que se indica si desea o no recibir tratamientos para prolongar su vida. Si desea que se le deje morir de forma natural, puede dejarlo por escrito con este documento.

Puede revocar una directiva anticipada en cualquier momento. Hable con su médico, familia, amigos y personas cercanas a usted. Ponga por escrito sus decisiones sobre su atención médica. Su plan de salud o su médico pueden darle más información sobre las directivas anticipadas.

Ley de Atención Médica para Mujeres

Según la ley del estado de Washington, no necesita una derivación de su proveedor de atención primaria si el proveedor de atención médica para mujeres que la atiende trabaja con su plan de salud. Siga la regla de su plan de salud sobre la atención médica para mujeres. Llame al número de atención al cliente de su plan de salud (indicado en la página 2) para averiguar más sobre cómo recibir atención médica para mujeres.

¿Qué es EPSDT?

El programa Revisión, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico (EPSDT) es un beneficio de atención médica preventiva para niños y jóvenes. Este programa ofrece exámenes de salud completos y periódicos a clientes de 20 años o menores. Los exámenes pueden servir para identificar posibles afecciones físicas y/o de la conducta. Las pruebas de diagnóstico y el tratamiento médicamente necesario para curar o mejorar las enfermedades o las afecciones físicas y mentales también están disponibles a través del programa EPSDT. EPSDT fomenta el acceso continuo y temprano de niños y adolescentes a la atención médica.

Detección: Cuando se solicitan exámenes de detección, se realizan según un cronograma recomendado para evaluar totalmente el estado de salud de cada niño y encontrar posibles problemas de salud.

Un examen de detección incluye:

- Antecedentes completos de salud y del desarrollo
- Examen físico completo
- Examen de detección apropiado para salud conductual y abuso de sustancias
- Educación de la salud y asesoramiento basados en la edad y en antecedentes médicos
- Pruebas apropiadas de la vista
- Pruebas apropiadas de la audición
- Análisis de laboratorio apropiados
- Servicios de detección odontológica
- Inmunizaciones (vacunas)

Se deben llevar a cabo o se deben pedir todos los elementos del examen EPSDT para que la consulta sea considerada una de EPSDT.

Diagnóstico: Cuando se identifica un riesgo de atención médica en una detección de EPSDT, se pueden realizar pruebas adicionales para determinar si se necesita evaluación o tratamiento adicional.

Tratamiento: Cuando se diagnostica una afección médica como resultado de un examen EPSDT, el proveedor hará lo siguiente:

- Tratará al cliente si está dentro del alcance del ejercicio de la medicina del proveedor
- Derivará al cliente al proveedor adecuado para el tratamiento, lo que puede incluir:
 - Pruebas adicionales o evaluaciones especiales, p. ej., evaluación del desarrollo, salud mental integral, evaluación de abuso de sustancias o asesoramiento nutricional.

El proveedor que trata al paciente compartirá los resultados con el proveedor que derivó el paciente para el examen EPSDT. Si es necesaria una evaluación más completa de la salud o de la afección del cliente, se brindará al cliente esta evaluación, diagnóstico y tratamiento médicamente necesario.

Los niños podrán recibir servicios de atención médica médicamente necesarios con o sin un examen EPSDT. Ciertos servicios de atención médica cubiertos pueden requerir autorización previa. Se requiere un examen EPSDT antes de solicitar y autorizar servicios médicamente necesarios pero no cubiertos. Todos los servicios no cubiertos requieren autorización previa.

Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a:

- Ayudar en la toma de decisiones sobre su atención médica, inclusive rechazar tratamientos.
- Ser informado de todas las opciones de tratamiento disponibles independientemente del costo.
- Recibir servicios sin tener que esperar mucho tiempo.
- Ser tratado con respeto. La discriminación no está permitida. Nadie puede ser discriminado o tratado injustamente por su raza, color, nacionalidad, género, orientación sexual, edad, religión, credo o discapacidad.
- Hablar libremente sobre la atención médica y sus dudas sin ningún tipo de represalias.
- Solicitar que sus registros e información sobre la atención recibida se mantengan bajo estricta confidencialidad (privacidad).
- Solicitar y obtener copias de sus registros médicos.
- Solicitar y conseguir que se hagan correcciones a sus registros médicos cuando sea necesario.
- Preguntar y obtener información sobre:
 - Su atención médica.
 - Su médico y cómo se hacen las derivaciones a especialistas y otros proveedores.
 - Cómo paga el plan de salud por la atención: Llame a su plan de salud para solicitar esta información.
 - Todas las opciones de atención y por qué recibe ciertos tipos de atención.
 - Su plan de salud.
 - Sus servicios cubiertos.
- Una segunda opinión de otro proveedor. Llame a su plan de salud para saber cómo obtener una segunda opinión.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ayudar en la toma de decisiones sobre su atención médica, inclusive rechazar tratamientos.
- Cumplir con las citas y estar a tiempo (llamar al consultorio si va a llegar tarde o si tiene que cancelar la cita).
- Entregar a sus médicos la información que necesitan para recibir pagos por los servicios que le brindan.
- Traer su tarjeta de servicios y su identificación médica del plan de salud a todas sus citas.
- Aprender sobre su plan de salud y cómo se cubren los servicios.
- Usar los servicios de salud cuando los necesita.
- Mostrar el mismo respeto a los doctores que usted espera de ellos.
- Dar a sus médicos información completa sobre su salud para que pueda recibir la atención que necesita.
- Seguir las instrucciones de los médicos.
- Usar los servicios de salud apropiadamente o usted puede ser inscrito en el Programa de revisión y coordinación del paciente.
 - En este programa, se le asigna un proveedor de atención primaria, una farmacia, una persona que le prescriba sustancias controladas y un hospital para atención de casos que no sean de emergencia.
 - Además, usted permanece en su plan durante por lo menos 12 meses.

¿Qué puede hacer si *no* está conforme con su cobertura de atención médica?

Si no está conforme con la atención que recibe, tiene derecho a hablar con su médico sobre su inquietud. Si sigue disconforme, llame a su plan de salud para presentar un reclamo o queja (su plan de salud lo ayudará con esto).

Las quejas son reclamos sobre servicios como:

- Un problema con su consultorio médico
- La recepción de una factura de parte de su médico
- Cualquier otro problema que usted pueda tener en obtener atención médica.

El plan de salud tiene hasta 45 días para responder a su queja.

Cosas para saber si un servicio médico es negado... hay límites de tiempo.

Una **negación** es cuando su plan de salud no autoriza o no paga por un servicio que usted o su médico solicitaron. Cuando un plan niega un servicio, se denomina **acción**.

Una **acción** es cuando su plan de salud le envía una carta sobre el servicio negado o finaliza un servicio médico que usted o su doctor solicitaron. También le hará saber sobre sus derechos si usted o sus médicos no están de acuerdo con la decisión del plan. Una vez que reciba la carta de negación, tiene **90 días** para solicitar una apelación.

¿Es urgente? Por condiciones médicas urgentes, usted o su médico pueden solicitar una revisión o audiencia expedita (rápida). Si se aprueba, se tomará una decisión sobre su atención médica en un plazo de 72 horas.

Una **apelación** es cuando usted o su médico le piden al plan de salud que revise su caso porque usted no está de acuerdo con la acción. Sólo tiene **10 días** para solicitar una apelación si quiere seguir recibiendo un servicio que ya recibe mientras el plan revisa su rechazo. Su plan de salud debe enviarle una carta con su decisión final dentro de los **45 días**.

Si aún no está de acuerdo con la decisión de la apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal dentro de los **90 días**. Una **audiencia** es cuando le solicita al estado que revise su caso después de que su plan ha rechazado su apelación. Para solicitar una audiencia:

- Llame a la Oficina de Audiencias Administrativas (www.oah.wa.gov) al 1-800-583-8271 o bien escriba a: PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2489.
- Informe a la Oficina de Audiencias Administrativas sobre la razón para la audiencia, qué servicio fue rechazado; la fecha en la que fue rechazado; y la fecha en la que la apelación fue negada. Además, asegúrese de brindar su nombre, dirección y números de teléfono.
- Puede hablar con un abogado o conseguir otra persona que lo represente en la audiencia. Si necesita ayuda para buscar un abogado, llame a la línea NW Justice CLEAR al 1-888-201-1014, los días de semana, de 9:15 a.m. a 12:15 p.m., y los martes de 3:30 p.m. a 6:15 p.m., o bien entre al sitio web www.nwjustice.org.

Después de la audiencia, el estado le enviará una carta con su decisión dentro de los **45 días**. Si está en desacuerdo con la decisión de la audiencia, tiene derecho a solicitar una revisión a su plan de salud hecha por una Organización de Revisión Independiente (IRO). Una IRO es un grupo de médicos que no trabajan para su plan y que revisarán su caso. Tiene **180 días** para llamar a su plan y solicitar una revisión de parte de una IRO.

Si no está conforme con la decisión de la IRO, puede pedir que un juez de revisión analice su caso. Solo tiene **21 días** para solicitar esta revisión después de recibir la carta de la decisión de la IRO. La decisión del juez de revisión es inapelable. Puede solicitar una revisión:

- Llamando al 1-877-351-0002 o
- Escribiendo al juez de revisión a P.O. Box 45803 Olympia, WA 98504-5803.

Nota: Si sigue recibiendo un servicio durante cualquiera de los pasos de revisión y el servicio aún es negado, podría ser responsable de los cargos por los servicios que recibió.

Cómo cambiar la forma de recibir su atención médica

Como miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de Beneficios de Maternidad, usted recibe la atención a través de un plan de atención administrada Basic Health en el condado donde vive. Sin embargo, para algunos miembros, es posible que recibir atención médica a través de un plan de salud de atención administrada Basic Health no sea la mejor opción.

Si usted es miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de Beneficios de Maternidad, también es cliente de Medicaid.

Como cliente de Medicaid, es posible que desee recibir atención médica a través de otro programa estatal de Medicaid. Dependiendo de la disponibilidad de los planes de salud en su condado, puede optar por un plan de salud Healthy Options o bien por un programa de prestación por servicio.

Puede optar por no pertenecer a un plan de salud de atención administrada Basic Health o Healthy Options si un familiar o usted:

- **Son indios americanos o nativos de Alaska:** *no* están obligados a pertenecer a un plan de salud.
- **Tienen otra cobertura de seguro de salud:** es posible que no necesiten pertenecer a un plan de salud. Llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022, ext. 16134 con la información de otro seguro privado que tenga.
- **Tienen/son niños con necesidades de atención médica especiales:** y reciben servicios a través del *Programa para niños con necesidades de atención médica especiales* de su condado.
- **No tienen vivienda** y creen que vivirán en un refugio o en una dirección temporal durante poco tiempo (menos de cuatro meses), tal vez no deban pertenecer a un plan de salud.
- **Visitan a un médico u otro proveedor médico que no pertenece a su plan de salud** y este médico informa a HCA sobre las razones médicas por las que ustedes necesitan seguir recibiendo atención de este médico.
- **Tienen problemas de audición** y desean ver a un médico o a otro proveedor médico que sepa el lenguaje de señas; este médico *no* está dentro de su plan de salud y el plan de salud no cuenta con un proveedor que hable el lenguaje de señas y no se dispone de un intérprete.
- **No hablan bien inglés** y desean ver a un médico o a otro proveedor médico que hable su idioma y este médico *no* está dentro de su plan de salud y el plan de salud no tiene un proveedor disponible que se pueda comunicar en su idioma y no se dispone de un intérprete.
- **Son niños ubicados en hogares adoptivos:** llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022.

Recuerde que debe llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-562-3022, ext. 16136 si necesita cambiar la forma en que recibe su cobertura de atención médica.

Opciones de atención para nativos americanos y nativos de Alaska

Si usted o un familiar son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, pueden elegir:

- 1. Plan de salud de atención administrada Basic Health o Healthy Options.** Usted recibirá su atención médica de los médicos y de los demás proveedores que formen parte de ese plan de salud.
- 2. Clínica tribal o clínica de indígenas urbana que forme parte del programa de Administración de casos de atención primaria (PCCM).** El programa PCCM puede estar dirigido por un programa tribal, una clínica de Servicios de salud indígena o una organización indígena. (Consulte la tabla más adelante).
 - Si elige PCCM como la forma de recibir cuidados médicos, la clínica tribal (o clínica indígena urbana en Seattle y Spokane) le ayudarán a coordinar su atención médica y a obtener derivaciones para servicios que no se brindan en la clínica. Los servicios son provistos por personas que conocen su cultura. La clínica puede ayudarle a conseguir transporte a citas médicas y servicios de intérprete si lo precisa.
- 3. Pago por prestación:** Implica que puede acudir a cualquier médico o a otro proveedor que facturará a la HCA por la atención que brinda. Es una buena idea llamar al médico o a otros proveedores médicos que desee usar para asegurarse de que lo atenderán como paciente con pago por prestación y que facturarán a la HCA.

Tribu	Nombre de la clínica	Número de teléfono
Cualquier tribu	Seattle Indian Health Board – Seattle	206-324-9360
Cualquier tribu	NATIVE Health Clinic – Spokane	509-483-7535
Colville	Inchelium & Sanpoil Valley Health Center – Inchelium y Keller	509-722-7006
Colville	Colville Indian Health Center* - Nespelem y Omak	509-634-2900
Lower Elwha Klallam	Lower Elwha Health Center – Port Angeles	360-452-6252
Lummi	Lummi Tribal Health Center - Bellingham	360-384-0464
Nooksack	Nooksack Community Clinic - Everson	360-966-2106
Puyallup	Takopid Health Center – Tacoma	253-593-0232
Quileute	Quileute Health Center – LaPush	360-374-9035
Quinault	Roger Saux Health Center – Taholah	360-276-4405
Shoalwater Bay	Shoalwater Bay Wellness Center – Tokeland	360-267-0119
Spokane	David C. Wynecoop Memorial Clinic* - Wellpinit	509-258-4517
Tulalip	Tulalip Tribes Health Center – Tulalip	360-651-4511
Yakama	Yakama Indian Health Center* - Toppenish & White Swan	509-865-2102

*Se debe verificar el estado tribal federalmente reconocido para recibir servicios en esta localidad.



Basic Health™

Washington State Health Care Authority

PO Box 42683

Olympia, WA 98504

HCA 22-407 SP (1/12)



Basic Health se vuelve “ecológica”

Para ahorrar papel, Basic Health no enviará por correo los Manuales para miembros 2012.

Puede acceder a este manual en

www.basichhealth.hca.wa.gov ahora o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-660-9840.