

2024

MANUAL PARA MIEMBROS

Blue Plus Families and Children

Esto también se conoce como Programa de Asistencia Médica Prepagada (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP).

1 de enero de 2024

Este folleto contiene información importante sobre sus servicios de atención médica.

Blue Plus, 3400 Yankee Drive, Eagan, MN 55121

El horario de atención para visitar las instalaciones es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a jueves

Sitio web: bluecrossmn.com/publicprograms

Servicios para Miembros de Blue Plus: llame al **1-800-711-9862**, TTY **711**, esta llamada es gratuita.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro

DHS_121423_O01 DHS Approved 12/15/2023
M08199 (1/24)

**Blue AdvantageSM and MinnesotaCare
Toll Free 1-800-711-9862, TTY 711**

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶክመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သ့ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဖဲနမ့ၢ်လိာ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်, ကိးဘဉ်လီၤတဲာ်နီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣຄຊາບ. ຖ້າທ່ານ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງໂທໂປຣໂປຣໂຮມາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la' aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Civil Rights Notice

Discrimination is against the law. Blue Plus does not discriminate on the basis of any of the following:

- Race
- Color
- National origin
- Creed
- Religion
- Sexual orientation
- Public assistance status
- Age
- Disability (including physical or mental impairment)
- Sex (including sex Stereotypes and gender identity)
- Marital status
- Political beliefs
- Medical condition
- Health status
- Receipt of health care services
- Claims experience
- Medical history
- Genetic information

You have the right to file a discrimination complaint if you believe you were treated in a discriminatory way by Blue Plus. You can file a complaint and ask for help filing a complaint in person or by mail, phone, fax, or email at:

Blue Plus

1800 Yankee Doodle Road, Eagan, MN 55122

Toll Free: **1-800-711-9862** TTY: **711**

Fax: **651-662-9478** Email: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com

Auxiliary Aids and Services: Blue Plus provides auxiliary aids and services, like qualified interpreters or information in accessible formats, free of charge and in a timely manner to ensure an equal opportunity to participate in our health care programs. **Contact** Blue Plus at Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com, or call Blue AdvantageSM and MinnesotaCare Member Services at **1-800-711-9862** (this call is free), or your preferred relay services.

Language Assistance Services: Blue Plus provides translated documents and spoken language interpreting, free of charge and in a timely manner, when language assistance services are necessary to ensure limited English speakers have meaningful access to our information and services. **Contact** Blue Plus at Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com, or call Blue AdvantageSM and MinnesotaCare Member Services at **1-800-711-9862** (this call is free), or your preferred relay services.

Civil Rights Complaints

You have the right to file a discrimination complaint if you believe you were treated in a discriminatory way by Blue Plus. You may also contact any of the following agencies directly to file a discrimination complaint

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

You have the right to file a complaint with the OCR, a federal agency, if you believe you have been discriminated against because of any of the following:

- Race
- Color
- National origin
- Age
- Disability
- Sex
- Religion (in some cases)

Contact the **OCR** directly to file a complaint:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services

Midwest Region

233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601

Customer Response Center: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697

Email: ocrmail@hhs.gov

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

In Minnesota, you have the right to file a complaint with the MDHR if you have been discriminated against because of any of the following:

- Race
- Color
- National origin
- Religion
- Creed
- Sex
- Sexual orientation
- Marital status
- Public assistance status
- Disability

Contact the **MDHR** directly to file a complaint:

Minnesota Department of Human Rights

540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104

651-539-1100 (voice), 800-657-3704 (toll-free), 711 or 800-627-3529 (MN Relay), 651-296-9042 (fax)

Info.MDHR@state.mn.us (email)

Minnesota Department of Human Services (DHS)

You have the right to file a complaint with DHS if you believe you have been discriminated against in our health care programs because of any of the following:

- Race
- Color
- National origin
- Religion (in some cases)
- Age
- Disability (including physical or mental impairment)
- Sex (including sex stereotypes and gender identity)

Complaints must be in writing and filed within 180 days of the date you discovered the alleged discrimination. The complaint must contain your name and address and describe the discrimination you are complaining about. We will review it and notify you in writing about whether we have authority to investigate. If we do, we will investigate the complaint.

DHS will notify you in writing of the investigation's outcome. You have the right to appeal if you disagree with the decision. To appeal, you must send a written request to have DHS review the investigation outcome. Be brief and state why you disagree with the decision. Include additional information you think is important.

If you file a complaint in this way, the people who work for the agency named in the complaint cannot retaliate against you. This means they cannot punish you in any way for filing a complaint. Filing a complaint in this way does not stop you from seeking out other legal or administrative actions.

Contact **DHS** directly to file a discrimination complaint:

Civil Rights Coordinator

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (voice) or use your preferred relay service

American Indians can continue or begin to use tribal and Indian Health Services (IHS) clinics. We will not require prior approval or impose any conditions for you to get services at these clinics. For elders age 65 years and older this includes Elderly Waiver (EW) services accessed through the tribe. If a doctor or other provider in a tribal or IHS clinic refers you to a provider in our network, we will not require you to see your primary care provider prior to the referral.

Tabla de contenido

Bienvenido a Blue Plus	6
Sección 1: Información de contacto y números de teléfono	8
Le brinda información de contacto de nuestro plan y otras organizaciones que pueden ayudarle.	
Sección 2: Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita ...	11
Le explica cosas importantes que usted debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan.	
Transición de la atención	12
Gestión de la utilización	12
Autorizaciones previas	12
Servicios cubiertos y no cubiertos	15
Pagos a proveedores	15
Conciencia cultural	16
Servicios de interpretación	16
Otro seguro de salud	17
Información privada	17
Programa de beneficiario restringido	17
Cancelación	18
Sección 3: Declaración de derechos del miembro	19
Le da información sobre sus derechos como miembro de nuestro plan.	
Sección 4: Responsabilidades del miembro	21
Le da información sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.	
Sección 5: La tarjeta de identificación de miembro del plan de salud	22
Le da información sobre su tarjeta de identificación miembro del plan de salud, que debe mostrar siempre que reciba servicios de atención médica.	
Sección 6: Costos compartidos	23
Le da información sobre los montos (copagos) que puede pagar por algunos servicios.	
Sección 7: Servicios cubiertos	24
Le explica qué servicios de atención médica están cubiertos y cuáles no para usted como miembro del nuestro plan. Además, le da información sobre restricciones o limitaciones sobre los servicios cubiertos.	

Sección 8: Servicios que no cubrimos 66

Le explica que algunos servicios de atención médica adicionales **no** están cubiertos para usted como miembro del nuestro plan.

Sección 9: Servicios que no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos mediante otra fuente 67

Le da información sobre algunos servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos de algún otro modo.

Sección 10: Cuándo llamar a su trabajador del condado 69

Le informa qué tipo de información necesita compartir con su trabajador del condado.

Sección 11: Uso de la cobertura del plan con otro seguro 70

Le explica cómo obtener servicios de atención médica si tiene otro tipo de seguro además del plan.

Sección 12: Subrogación u otro reclamo..... 71

Le informa sobre nuestro derecho de obtener el pago de un tercero si este es responsable de pagar sus servicios de atención médica.

Sección 13: Proceso de queja formal, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) 72

Le da información sobre su derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención o los servicios que recibe, cómo apelar una decisión que tomamos y cómo solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado).

Sección 14: Definiciones 80

Le ofrece algunas definiciones de palabras que le ayudarán a comprender mejor su atención y cobertura médica.

Sección 15: Información adicional 88

Le informa sobre las directivas de atención médica, la administración de casos, los métodos de pago a proveedores, los derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer, cómo protegemos su privacidad y a dónde ir si se enferma o lesiona.

Bienvenido a Blue Plus

Tenemos el agrado de darle la bienvenida como miembro del programa Blue Plus Blue AdvantageSM (llamado “plan” o “el plan”).

Blue Plus (denominado “nosotros”, “nos” o “nuestro”) forma parte del Programa para familias y niños. Nosotros coordinamos y cubrimos sus servicios médicos. Usted recibirá la mayoría de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del plan. Cuando necesite atención médica o tenga preguntas sobre sus servicios de salud, puede llamarnos. Le ayudaremos a decidir qué hacer y qué médico visitar.

Si es nuevo en Blue Plus, recibirá una encuesta de afiliado nuevo para completar por correo. Esta es una encuesta voluntaria. Completarla le llevará solo unos minutos. Le recomendamos que complete esta encuesta. La encuesta nos ayudará a conectarle con servicios de atención médica u otros servicios disponibles para usted como miembro. Según sus respuestas, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llame a Servicios para Miembros.

Este Manual para Miembros es parte de nuestro contrato con usted. Es un documento legal importante.

Este Manual para Miembros incluye:

- Información de contacto
- Información sobre cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan
- Información sobre los costos compartidos
- Una lista de los servicios de atención médica cubiertos y no cubiertos
- Cuándo llamar a su trabajador del condado
- Cómo utilizar la cobertura del plan con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información sobre qué hacer si tiene una queja formal (queja) o quiere apelar una acción del plan, según se define en la Sección 13
- Definiciones

Los condados en el área de servicio del plan son los siguientes: Aitkin, Anoka, Becker, Beltrami, Benton, Big Stone, Blue Earth, Brown, Carlton, Carver, Cass, Chippewa, Chisago, Clay, Clearwater, Cook, Cottonwood, Crow Wing, Dakota, Dodge, Douglas, Faribault, Fillmore, Freeborn, Goodhue, Grant, Hennepin, Houston, Hubbard, Isanti, Jackson, Kanabec, Kandiyohi, Kittson, Koochiching, Lac Qui Parle, Lake, Lake of the Woods, Le Sueur, Lincoln, Lyon, Mahnomen, Marshall, Martin, McLeod, Meeker, Mille Lacs, Morrison, Mower, Murray, Nicollet, Nobles, Norman, Olmsted, Otter Tail, Pennington, Pine, Pipestone, Polk, Pope, Red Lake, Redwood, Renville, Rice, Rock, Roseau, Sherburne, Sibley, St. Louis, Stearns, Steele, Stevens, Swift, Todd, Traverse, Wabasha, Wadena, Waseca, Washington, Watonwan, Wilkin, Winona, Wright y Yellow Medicine.

Díganos su opinión sobre nuestra compañía. Puede llamarnos o escribirnos en cualquier momento. (La Sección 1 de este Manual para Miembros explica cómo comunicarse con nosotros). Sus comentarios son siempre bienvenidos, ya sean positivos o negativos. De vez en cuando, realizamos encuestas para pedirles a los miembros que nos cuenten sobre sus experiencias con nosotros. Si le contactan, esperamos que participe en la encuesta de satisfacción del miembro. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber qué estamos haciendo bien y dónde necesitamos mejorar.

Sección 1. Información de contacto y números de teléfono

Cómo comunicarse con nuestros Servicios para Miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame o escriba a Servicios para Miembros. Nos complacerá ayudarle. Los horarios de atención de Servicios para Miembros son de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.

TELÉFONO: **(651) 662-5545** o número gratuito **1-800-711-9862**. Esta llamada es gratuita.
TTY: **711**

CORREO POSTAL: Blue Plus, P.O. Box 982817, El Paso, TX 79998-2817

DIRECCIÓN: Blue Plus, 3400 Yankee Drive, Eagan, MN 55121

SITIO WEB: bluecrossmn.com/shop-plans/minnesota-health-careprograms/blue-advantage-families-and-children

Información de contacto de nuestro plan para determinados servicios

Apelaciones y quejas formales Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**, TTY **711**, (esta llamada es gratuita) o escríbanos a Blue Plus, P.O. Box 982816, El Paso, TX 79998-2816. Consulte la Sección 13 para obtener más información.

Servicios quiroprácticos Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Servicios dentales Llame al Servicio al Cliente de Minnesota Select Dental al **(651) 406-5907** o al número gratuito **1-800-774-9049**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita. Delta Dental of Minnesota es una entidad independiente de Blue Cross. Delta Dental ofrece servicios administrativos para beneficios dentales.

Criterios de cobertura de equipo médico duradero Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Línea telefónica para preguntas sobre salud Los miembros pueden llamar a la Línea de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana (de forma gratuita) al **1-888-275-3974** en cualquier momento en que tengan síntomas o necesiten información sobre atención médica. El servicio cuenta con enfermeros diplomados que lo asesoran sobre sus síntomas y le indican la mejor atención posible. Este servicio está disponible para usted las 24 horas del día, los siete días de la semana, para hablar con personal de enfermería titulado. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Lenguaje de señas estadounidense (American Sign Language, ASL) **711** (TTY)
Lenguaje hablado **1-800-711-9862**. Esta llamada es gratuita.

Servicios de salud mental Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Recetas Llame a Servicios para Miembros de Prime al **1-844-765-5939** por los servicios de farmacia. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Transporte Llame a BlueRide al **(651) 662-8648** o a la línea gratuita **1-866-340-8648**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Otra información de contacto importante

Las personas con pérdida de audición o discapacidad en el habla pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos enumerados en este Manual para Miembros: **711**, Servicio de retransmisión de Minnesota al **800-627-3529** (TTY, Voz, ASCII, relevo de audio) o al **877-627-3848** (servicio de retransmisión voz a voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para obtener más información sobre las directivas de atención médica y cómo ejercer una directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita. Puede encontrar más información sobre las directivas de atención médica en [bluecrossmn.com/publicprograms](https://www.bluecrossmn.com/publicprograms). También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de Minnesota (Minnesota Department of Health, MDH) en

<https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html>

Para denunciar fraudes y abusos, llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**. TTY **711**. Esta llamada es gratuita. Para denunciar fraude o abuso directamente al Estado, comuníquese con la Sección de Revisión de Vigilancia e Integridad (Surveillance and Integrity Review Section, SIRS) del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Minnesota por teléfono al **651-431-2650** o **800-657-3750** o **711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos (esta llamada es gratuita); por fax al 651-431-7569; o por correo electrónico a DHS.SIRS@state.mn.us.

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota es una agencia estatal que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades básicas. Brinda o administra atención médica, asistencia financiera y otros servicios. El DHS administra el programa de Asistencia médica (Medicaid) en todos los condados. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para la Asistencia médica (Medicaid), comuníquese con su trabajador del condado.

Defensoría para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

La Defensoría para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada, en el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver problemas de facturación, servicios y acceso. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja formal o una apelación con nosotros. La Defensoría también puede ayudarle a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado). Llame al **651-431-2660** o al **800-657-3729** o al **711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Cada vez que reciba servicios de salud, asegúrese de que el proveedor sea un proveedor de la red del plan. En la mayoría de los casos, usted debe usar proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Los miembros tienen acceso a un Directorio de proveedores que enumera los proveedores de la red del plan. El Directorio de proveedores puede brindarle información sobre los proveedores, como nombre, dirección, número de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad e idiomas que hablan. Llame a Servicios para Miembros si desea obtener información sobre la certificación de la junta, la asistencia a la escuela de medicina, el programa de residencia y el estado de la certificación de la junta. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores en cualquier momento. Para verificar la información actual, usted puede llamar al proveedor, llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 o visitar nuestro sitio web que se indica en la Sección 1.

Cuando es miembro o se convierte en miembro de Blue Plus, elige o se le asigna un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/una clínica de atención primaria (Primary Care Clinic, PCC). Su médico de atención primaria (PCP)/clínica de atención primaria (PCC) puede brindarle la mayor parte de los servicios de atención médica que necesita y le ayudará a coordinar la atención. Además, este proveedor lo asesorará si necesita acudir a especialistas. Puede cambiar su médico de atención primaria (PCP)/clínica de atención primaria (PCC). Podemos ayudarle a encontrar un nuevo médico de atención primaria o una nueva clínica de atención primaria. Puede cambiar de médico de atención primaria o clínica de atención primaria en cualquier momento.

Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus al **1-800-711-9862**, TTY **711** para seleccionar y cambiar de médico de atención primaria/clínica de atención primaria. Esta llamada es gratuita.

No necesita una referencia para visitar a un especialista dentro de la red. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayor parte de los servicios de atención médica que necesita y le ayudará a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para obtener información sobre los horarios de la clínica, las autorizaciones previas y cómo programar una cita. Si no puede ir a su cita, llame a la clínica de inmediato.

Puede cambiar su clínica o médico de atención primaria. Para averiguar cómo hacer esto, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Transición de la atención:

Si es un miembro recientemente inscrito que actualmente recibe atención de un proveedor que no es un proveedor de la red del plan, le ayudaremos en la transición a un proveedor de la red.

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Gestión de la utilización:

Blue Plus desea que reciba la cantidad adecuada de atención de calidad. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención médica proporcionados sean médicamente necesarios, adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. También debemos asegurarnos de que la atención que reciba sea un beneficio cubierto. El proceso para lograrlo se llama de Gestión de la utilización (Utilization Management, UM). Seguimos políticas y pasos para tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. No recompensamos a los proveedores ni al personal por denegar cobertura. No damos incentivos por las decisiones de UM. No recompensamos a nadie por decir que no a la atención necesaria.

Autorizaciones previas:

Se requiere nuestra aprobación para cubrir algunos servicios. Esto se denomina autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes de recibir los servicios o antes de abonarlos. Muchos de estos servicios se indican en la Sección 7. Trabaje con su médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. En situaciones urgentes, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas después de recibir la solicitud de su médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Casi todos los servicios de salud deben ser aprobados por su clínica de atención primaria. Las excepciones a esta regla son las siguientes:

- Atención dental de rutina, atención de la vista de rutina, atención quiropráctica, y servicios de obstetricia y ginecología. Usted debe obtener la mayoría de sus servicios de proveedores de nuestra red.

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y análisis de enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otros virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede dirigirse a cualquier médico, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso si no se encuentra en nuestra red, para obtener estos servicios.
- Para servicios para trastornos por consumo de sustancias, llame al número de teléfono que aparece en la Sección 1.
- Para servicios de salud mental, llame al número de teléfono que aparece en la Sección 1.
- Atención de emergencia y posteriores a la estabilización: Si recibe cuidado de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red del plan, debe seguir algunas reglas. Consulte la Sección 7. Le informa qué cuidado de emergencia está cubierto. También le informa las reglas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

En la mayoría de los casos, usted debe usar proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de un proveedor de la red del plan, debe obtener nuestra autorización previa de para acudir a un proveedor fuera de la red. Las excepciones a esta regla son las siguientes:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y análisis de enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otros virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede acudir a cualquier médico, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso si no se encuentra en nuestra red, para obtener estos servicios.
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

El plan permite el acceso directo a los proveedores de nuestra red, pero conserva el derecho de administrar su atención en determinadas circunstancias, como trasplantes. Podemos hacer esto eligiendo el proveedor que utiliza o los servicios que recibe.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del plan para usted, nosotros debemos brindarle una autorización previa permanente para que visite a un especialista calificado por cualquiera de las siguientes afecciones:

- Una afección crónica (constante)
- Una enfermedad física o mental con riesgo para la vida
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre)
- Una discapacidad o enfermedad degenerativa
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo bastante grave o compleja como para requerir tratamiento de un especialista

Si no obtiene una autorización previa nuestra cuando la necesite, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Si un proveedor que usted elige ya no pertenece a nuestra red del plan, debe elegir otro proveedor de la red del plan. Es posible que pueda seguir utilizando los servicios de un proveedor que ya no sea parte de la red de nuestro plan por un máximo de 120 días por los siguientes motivos:

- Una afección aguda
- Una enfermedad física o mental con riesgo para la vida
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre)
- Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto se aplica a una discapacidad que ha durado o se espera que dure al menos un año, o probablemente provoque la muerte
- Una afección crónica o incapacitante que se encuentra en una etapa aguda

Si su médico certifica que usted tiene una expectativa de vida de 180 días o menos, es posible que usted pueda continuar usando los servicios de un proveedor que ya no pertenece a nuestra red durante el resto de su vida.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

En Blue Plus, contamos con personal que puede ayudarle a determinar la mejor manera de usar los servicios de atención médica. Si tiene preguntas sobre cosas como dónde obtener los servicios, cómo obtener una autorización para los servicios o restricciones sobre medicamentos recetados, podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-711-9862**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Esta llamada es gratuita. Si necesita asistencia con el idioma para hablar sobre estos temas, Blue Plus puede proporcionarle información en su idioma mediante un intérprete. Para servicios de lenguaje de señas, llame a **TTY 711**. Para obtener asistencia en otros idiomas, llame al **1-800-711-9862**. Esta llamada es gratuita.

Servicios cubiertos y no cubiertos:

La inscripción en el plan no garantiza que determinados elementos están cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados o equipo médico no estén cubiertos. Esto es verdad aun si antes estaban cubiertos.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que sea servicios cubiertos. Lea atentamente este manual para miembros. Enumera muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las Secciones 7 y 8.

Algunos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos mediante otra fuente. Consulte la Sección 9 para obtener más información. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a nuestros Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Es posible que cubramos servicios sustitutos o adicionales en las mismas condiciones.

Las solicitudes para cubrir nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos son revisadas por médicos o especialistas. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención médica. Utilizan pautas nacionales, y evidencia médica y científica para decidir si Blue Plus debe aprobar nuevos equipos, procedimientos o medicamentos.

Pagos a proveedores:

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que usted paga. Las leyes federales y estatales nos impiden realizarle un pago directamente a usted. Si usted pagó por un servicio que cree que nosotros deberíamos cubrir, llame a Servicios para Miembros.

Qué hacer si recibe una factura de un proveedor:

En la mayoría de los casos, no debería recibir una factura por parte de un proveedor. Pero, puede que deba pagar los cargos en los siguientes casos:

Usted aceptó por escrito con anticipación pagar la atención que no ofrecemos después de que usted nos solicitó una autorización.

Usted aceptó con anticipación por escrito pagar la atención de un proveedor que no trabaja con nosotros y no recibió nuestra autorización con anticipación.

Si recibe una factura y no cree que deba pagar los cargos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862**, TTY **711**; esta llamada es gratuita. Tenga la factura con usted cuando nos llame y díganos:

- La fecha del servicio
- El monto que se cobra
- Por qué se le factura

A veces, es posible que reciba un estado de cuenta de un proveedor que no es una factura. Llámenos si tiene alguna pregunta y le ayudaremos a saber si tiene que pagar la factura.

Es posible que pueda recibir servicios de salud y suministros que no estén cubiertos por el plan si acuerda pagar por ellos. Los proveedores deben hacerle firmar un formulario en el que usted reconozca que será responsable de la factura. Los proveedores deben hacerle firmar el formulario antes de brindar los suministros o servicios que no están cubiertos por el plan.

Conciencia cultural:

Entendemos que sus creencias, cultura y valores desempeñan un papel en su salud. Queremos ayudarle a mantener una buena salud y buenas relaciones con su médico. Queremos asegurarnos de que reciba atención de una manera culturalmente sensible.

Servicios de interpretación:

Nosotros brindaremos servicios de intérprete para ayudarle a acceder a los servicios. Esto incluye intérpretes de idioma hablado y de lenguaje de señas estadounidense (ASL). Los servicios de interpretación de idioma hablado en persona solamente están cubiertos si el intérprete figura en la lista de los intérpretes de idioma hablado de atención médica del Departamento de Salud de Minnesota. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 para saber qué intérpretes puede usar.

Otro seguro de salud:

Si usted tiene otro seguro de salud o dental, infórmenos **antes** de recibir atención. Le informaremos si debe utilizar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos con su otro plan de seguro. Si su otro seguro de salud o dental cambia, infórmele al trabajador de su condado.

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de los medicamentos recetados a través del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir esos servicios. El plan no paga por recetas que están cubiertas por el Programa de medicamentos recetados de Medicare.

Información privada:

Nosotros, y los proveedores de salud que cuidan de usted, tenemos el derecho de obtener información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de atención médica de Minnesota (Minnesota Health Care Program), usted nos dio su consentimiento para hacer esto. Mantendremos esta información de forma privada según la ley.

Programa de beneficiario restringido:

El Programa de beneficiario restringido (Restricted Recipient Program, RRP) es para miembros que han abusado de los servicios de salud. Esto incluye recibir servicios de salud que los miembros no necesitaban, usarlos de manera que costaran más de lo que deberían o usarlos de una manera que podría ser peligrosa para la salud del miembro. Blue Plus notificará a los miembros si son incluidos en el Programa de beneficiario restringido.

Si está en el Programa de beneficiario restringido, debe obtener servicios de salud de un médico de atención primaria designado en su área comercial local, una clínica, un hospital utilizado por el médico de atención primaria y una farmacia. Blue Plus puede designar a otros proveedores de servicios de salud. También es posible que sea asignado a una agencia atención médica domiciliaria. Es posible que no se le permita usar los servicios dirigidos al consumidor o las opciones de uso flexible o la opción de asistencia de atención personal.

Usted estará limitado a acudir a estos proveedores de atención médica designados durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los programas Minnesota Health Care Programs (MHCP). Todas las referencias a especialistas deben ser de su médico de atención primaria y deben ser recibidas por el Programa de beneficiario restringido. Es posible que los beneficiarios restringidos no paguen un desembolso directo para visitar a un proveedor no designado que es el mismo tipo de proveedor que uno de sus proveedores designados.

La asignación en el programa permanecerá con usted si cambia de plan de salud. La asignación en el programa también permanecerá con usted si cambia a la tarifa por servicio del MHCP. Usted no perderá la elegibilidad para MHCP debido a la asignación en el programa.

Al finalizar los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si aún abusó de los servicios de salud, será colocado en el programa durante 36 meses de elegibilidad adicionales. Tiene derecho a apelar la asignación en el Programa de Beneficiario Restringido. Debe presentar una apelación en el plazo de 60 días después de la fecha que figura en nuestra notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) después de recibir nuestra decisión de que hemos decidido hacer cumplir la restricción. Consulte la Sección 13.

Cancelación:

Su cobertura con nosotros se cancelará si no es elegible para recibir Asistencia médica (Medicaid) o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para recibir Asistencia médica (Medicaid), es posible que sea elegible para adquirir una cobertura de salud a través de MNsure. Para obtener información sobre MNsure, llame al **855-3MNSURE** o al **855-366-7873 TTY**, use sus servicios de retransmisión preferidos; o visite www.MNsure.org. Esta llamada es gratuita.

Sección 3. Declaración de derechos del miembro

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Ser tratado con respeto, dignidad y consideración en cuanto a la privacidad.

Obtener los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye las emergencias.

Ser informado sobre sus problemas de salud.

Tener una conversación abierta para obtener información sobre las opciones de tratamiento adecuadas o medicamento necesarias para sus afecciones, incluida la forma en que los tratamientos le ayudarán o perjudicarán, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.

Recibir información sobre nuestras organizaciones, nuestros servicios, nuestros profesionales médicos y proveedores, y sus derechos y responsabilidades como miembro.

Participar con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.

Rechazar un tratamiento y obtener información sobre lo que podría ocurrir si se niega a recibir tratamiento.

Rechazar la atención de proveedores específicos.

Saber que mantendremos la privacidad de sus registros según lo dispuesto por la ley.

Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos. También tiene el derecho de pedir que se corrijan sus registros.

Obtener notificación de nuestras decisiones si denegamos, reducimos o suspendemos un servicio, o denegamos el pago por un servicio.

Presentar una queja formal o apelación con nosotros. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también denominado “el estado”). Debe apelar ante nosotros antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación al plan y no hemos solicitado una extensión, no es necesario que espere nuestra decisión para solicitar una apelación estatal.

Recibir una explicación clara de los servicios de atención domiciliar cubiertos.

Dar instrucciones por escrito que informen a otros sobre sus deseos sobre su atención médica. Esto se denomina “directiva sobre la atención médica”. Le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si usted no puede decidir o si desea que alguien más decida por usted.

Elegir dónde obtendrá servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y análisis de SIDA y enfermedades relacionadas con el VIH.

Obtener una segunda opinión sobre los servicios médicos, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias.

Estar libre de restricciones o aislamiento como una forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

Solicitar una copia escrita de este Manual para Miembros al menos una vez al año.

Obtener la siguiente información de nuestra parte, si usted la solicita. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono en la Sección 1.

- Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecte el uso de los servicios con referencia y detalles sobre el plan en caso de que usemos uno.
- Los resultados de un estudio de revisión de calidad externa del estado.
- Las calificaciones profesionales de los proveedores de atención médica.

Hacer recomendaciones sobre nuestra política de responsabilidad y derechos.

Ejercer los derechos enumerados aquí.

Sección 4. Responsabilidades del miembro

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

Leer este Manual para Miembros, y saber qué servicios están cubiertos por el plan y cómo obtenerlos.

Mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan de salud y su tarjeta del Programa de atención médica de Minnesota cada vez que obtiene atención médica. También mostrar las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Establecer una relación con un médico de atención primaria de la red del plan antes de enfermarse. Esto los ayuda a usted y a su médico de atención primaria a comprender su afección de la salud de forma integral.

Dar la información que su médico de atención primaria o plan de salud solicitan de manera que puedan proporcionarle los servicios y la atención adecuada. Compartir información sobre su historial médico.

Trabajar con su médico de atención primaria para comprender su afección de la salud de forma integral. Desarrollar objetivos de tratamientos acordados mutuamente, cuando sea posible. Seguir los planes y las instrucciones para su atención que ha acordado con su médico. Si tiene preguntas sobre su atención, consulte con su médico.

Saber qué hacer cuando ocurre un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda y cómo evitar problemas de salud.

Practicar la atención médica preventiva. Realizarse pruebas, exámenes, y colocarse las vacunas recomendadas para usted según su edad y sexo.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono en la Sección 1.

Sección 5. La tarjeta de identificación de miembro del plan de salud

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación de miembro del plan.

Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro del plan.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan siempre que reciba atención médica.

Debe usar su tarjeta de identificación de miembro del plan junto con su tarjeta del Programa de atención médica de Minnesota. También mostrar las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 de inmediato si perdió o le robaron su tarjeta de identificación de miembro. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Llame a su trabajador del condado si pierde o le roban su tarjeta de identificación del Programa de atención médica de Minnesota.

Este es un ejemplo de una tarjeta de identificación de miembro del plan para que vea cómo es:

Group Number	MNCAID01
Plan ID	MSCP0001
Member ID	000000000
Svc Types	MN HLTH Care Program
Office Visit Copay	\$25
ER Copay	\$100
Non-ER Copay	\$10
Eyeglasses Copay	\$25
Brand Name Copay	\$10
Generic Copay	\$10
Rx Network	C

Members: Authorization not required for emergency care. For appeals or grievances, call the applicable number or write to an address below.

Delta Dental of Minnesota
Professional Services Appeals & Grievances
P.O. Box 30416, Lansing, MI 48909

Blue Plus Appeals and Grievances
P.O. Box 952816
El Paso, TX 79999-2816

OHS Appeals Unit
P.O. Box 64341
St. Paul, MN 55164-0341

Provider: Submit claims to the local Blue Cross and/or Blue Shield plan.
Blue Plus
P.O. Box 952816
El Paso, TX 79999-2816

Member Services: 1-800-711-5862
Behavioral Health: 1-888-275-3374
Prescription Questions: 1-844-765-5339
Nurse Line: 1-888-275-3374
Dental Copayers: 1-651-431-2660
Dental Offices: 1-855-518-8448
Dentist: 1-844-765-5340
Delta Dental of MN: 1-800-774-3043
Smoking Tobacco Program: 1-888-662-2583
Blue Ride: 1-855-340-8648
TTY: 711

Blue Cross® and Blue Shield® of Minnesota and Blue Plus® are nonprofit independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Sección 6. Costos compartidos

El costo compartido es un monto que los miembros del plan de salud pueden ser responsables de pagar a sus proveedores por sus servicios médicos o de farmacia. Incluye deducibles y copagos. A partir del 1 de enero de 2024, **usted no tiene costos compartidos para los servicios médicos o de farmacia cubiertos por la Asistencia médica.**

Copagos

Los copagos se enumeran en el siguiente cuadro:

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (como visitas por dolor de garganta, control de la diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) proporcionadas por un médico, asistente médico, personal de enfermería de práctica avanzada, partera profesional certificada, quiropráctico, acupunturista, podólogo, audiólogo u oftalmólogo. No hay copagos para los servicios de salud mental.	\$0.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo: endoscopia, artroscopia)	\$0.00
Visita a la sala de emergencia cuando no es una emergencia	\$0.00
Recetas de medicamentos de marca	\$0.00
Recetas de medicamentos genéricos	\$0.00

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de los medicamentos recetados a través de un programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que tenga diferentes copagos sin límite mensual para algunos de estos servicios. Si tiene un copago, debe pagárselo directamente a su proveedor.

Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono en la Sección 1 si tiene preguntas.

Sección 7. Servicios cubiertos

Esta sección describe los principales servicios que están cubiertos en virtud del plan para los miembros de la Asistencia médica (Medicaid). Esta no es una lista exhaustiva de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para entender qué servicios están incluidos, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1. Algunos servicios poseen limitaciones. Algunos servicios requieren una autorización previa. El servicio marcado con un asterisco (*) significa que requiere autorización previa. Asegúrese de que haya una autorización previa antes de obtenerlo. Todos los servicios de atención médica deben ser médicamente necesarios para que estén cubiertos. Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre autorizaciones previas. También puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 para más obtener información.

Servicios de acupuntura

Servicios cubiertos:

- Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando son proporcionados por un acupunturista autorizado o por otro profesional autorizado de Minnesota con capacitación y acreditación en acupuntura*.
- Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite autorización previa si se necesitan unidades adicionales.
- Los servicios de acupuntura están cubiertos para lo siguiente:
 - Dolor agudo y crónico
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Esquizofrenia
 - Síndrome de estrés postraumático
 - Insomnio
 - Sesiones para dejar de fumar
 - Síndrome de piernas inquietas
 - Trastornos menstruales
 - Xerostomía (boca seca) asociada con lo siguiente:
 - Síndrome de Sjorgen
 - Radioterapia

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - Procedimientos posoperatorios
 - Embarazo
 - Atención para el cáncer

Controles para niños y adolescentes (C&TC)

Servicios cubiertos:

- Visitas de salud preventiva de controles para niños y adolescentes (Child and Teen Checkups, C&TC).

Estas visitas brindan a niños, adolescentes y adultos jóvenes servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y, cuando es necesario, especializados adecuados para su edad.

Según la edad, estas visitas pueden incluir:

- Mediciones del crecimiento
- Educación sobre salud
- Antecedentes médicos, incluida la nutrición
- Examen del desarrollo
- Examen de salud social-emocional o mental
- Examen físico de pies a cabeza
- Vacunas
- Pruebas de laboratorio
- Controles de la vista
- Controles de la audición
- Salud bucal, incluida la aplicación de barniz de flúor

Notas:

C&TC es un programa de atención médica de visitas de salud para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años de edad.

A partir de los 11 años de edad, cada visita puede incluir a pacientes y proveedores en forma individual. Esto les da la oportunidad a adolescentes y adultos jóvenes para que hagan preguntas en privado y aprendan a manejar su propia salud.

La frecuencia con la que se necesita C&TC depende de la edad; los niños en cuidado tutelar deben recibir visitas con más frecuencia:

- Desde el nacimiento hasta los 2 años y medio: 0-1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- 3 a 21 años: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 años

Una visita de C&TC sirve para completar formularios para ingresar a Head Start, WIC, escuela, guardería, campamento y exámenes físicos deportivos. Asegúrese de llevar el formulario a la visita para que el proveedor lo complete.

Consulte con su clínica de atención primaria para programar sus visitas de salud preventiva de C&TC.

Atención quiropráctica

Servicios cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario.
- Manipulación manual (ajustes) de la columna para el tratamiento de la subluxación: hasta 24 visitas por año calendario, con un límite de seis por mes. Los tratamientos que superen los 24 por año calendario o los seis por mes requieren autorización previa*.
- Radiografías en caso de ser necesarias para justificar el diagnóstico de la subluxación de la columna.

Servicios no cubiertos:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros, terapias y equipos médicos de un quiropráctico.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios dentales

Servicios cubiertos:

- Servicios de diagnóstico:
 - Examen integral (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada)
 - Examen periódico (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación limitada o integral)
 - Examen limitado (centrado en el problema) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación bucal periódica o integral, o limpieza dental)
 - Evaluación oral para pacientes menores de tres (3) años (una vez de por vida) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucciones para la higiene oral)
 - Evaluación bucal detallada (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de la boca completa)
 - Evaluación periodontal (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de la boca completa)
 - Teleodontología para servicios de diagnóstico
 - Servicios de diagnóstico por imágenes, limitados a:
 - Aleta de mordida (una vez por año calendario) (las miembros embarazadas tienen un límite de una vez cada cinco años)
 - Radiografías simples para diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio) (las miembros embarazadas tienen un límite de una vez cada cinco años)
 - Panorámica (una vez en un período de cinco años, excepto cuando sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un procedimiento en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios programado o un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) independiente)
 - Radiografías de boca completa (una vez en un período de cinco años)

- Servicios preventivos:
 - Limpiezas dentales (se limitan a dos veces por año calendario; hasta cuatro por año con autorización previa) (se limitan a dos veces por año calendario para niños; hasta cuatro por año según sea médicamente necesario)
 - Barniz de flúor (una vez cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio dental para el dolor)
 - Selladores (uno cada cinco años por molar permanente)
 - Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses)
 - Instrucción sobre la higiene oral (no se puede realizar en la misma fecha que la evaluación bucal para niños menores de tres años) (se requiere autorización previa para servicios adicionales)
- Servicios de restauración:
 - Empastes (limitados a una vez cada 90 días por diente)
 - Empastes sedantes para aliviar el dolor (no pueden realizarse en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio dental para el dolor)
 - Coronas individuales (debe ser prefabricadas de acero inoxidable o resina) (con autorización previa)
- Endodoncia (conductos radiculares) (una vez por diente de por vida)
- Cirugía bucal* (con autorización previa)
- Ortodoncia solamente en caso de ser médicamente necesaria para afecciones muy limitadas (con autorización previa)
- Periodoncia:
 - Extirpación macroscópica de placa y sarro (desbridamiento de toda la boca) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, el examen integral, la evaluación bucal o el servicio de evaluación periodontal)
 - Raspado y alisado radicular (con autorización previa) (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento de la boca completa) (una vez cada dos años para cada cuadrante)
 - Procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (con autorización previa) (hasta cuatro por año calendario después de realizar el raspado y alisado radicular)
- Prostodoncia:

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Aparatos extraíbles (dentaduras postizas, parciales, sobredentaduras postizas) (un aparato cada seis años por arco dental; los aparatos parciales siempre requieren autorización previa)
- Ajustes, modificaciones, revestimientos, reparaciones y rebasados de aparatos extraíbles (dentaduras postizas y piezas parciales) (las reparaciones de dientes faltantes o rotos se limitan a cinco dientes durante 180 días)
- Reemplazo de aparatos que han sido extraviados, robados o dañados que no pueden repararse en determinadas circunstancias (con autorización previa)
- Reemplazo de aparatos parciales si las piezas parciales existentes no se pueden alterar para cumplir las necesidades dentales (con autorización previa)
- Revestimientos acondicionadores de tejidos
- Accesorios y reparaciones de precisión
- Servicios dentales generales adicionales:
 - Tratamiento de emergencia del dolor dental (una vez al día)
 - Anestesia general, sedación profunda (cuando se proporciona en un hospital para pacientes ambulatorios o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) independiente como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)
 - La anestesia general puede estar cubierta en un entorno clínico en determinadas circunstancias:
 - Cobertura para un hijo menor de cinco años.
 - Una persona que está gravemente discapacitada.
 - Una persona que tiene una afección médica y requiere hospitalización o anestesia general para tratamiento de atención dental.
 - Llamada de centro de atención extendida/hogar en determinados ámbitos institucionales, como hogares de atención interna, instituciones para enfermedades mentales (Institutions for Mental Diseases, IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facilities for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (Extended Treatment Options, METO), centros de enfermería, escuelas o programa Head Start, centros de enfermería especializada y camas plegables (una cama de centro de enfermería en un hospital) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción para la higiene oral)
 - Administración de atención de la salud del comportamiento en caso de ser necesario para garantizar que el servicio dental cubierto se realice de forma correcta y segura

- Ortodoncia (solamente en caso de ser médicamente necesaria para afecciones muy limitadas)
- Óxido nitroso (solamente si el servicio dental cubierto no se puede realizar de forma segura sin esto, o que de otro modo requiera que el servicio se realice con anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)
- Ajustes de mordida oral (ajustes completos con autorización previa) (limitados a una vez al día)
- Sedación oral o i.v. (solamente si el servicio dental cubierto no se puede realizar de forma segura sin esta, o que de otro modo requiera que el servicio se realice con anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)

Notas:

Si elige obtener beneficios dentales de un Centro de salud aprobado por el gobierno federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica dental operada por el estado, tendrá los mismos beneficios a los que tiene derecho en virtud de la Asistencia Médica (Medicaid).

Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no necesitaremos completar el plan de tratamiento a fin de pagarle al proveedor por los servicios recibidos.

Si es nuevo en nuestro plan de salud y ya ha comenzado un plan de tratamiento de servicio dental (p. ej., atención de ortodoncia), comuníquese con nosotros para coordinar la atención.

Consulte la Sección 1 para obtener la información de contacto de los Servicios dentales.

Servicios de diagnóstico**Servicios cubiertos:**

- Análisis de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico médicas solicitadas por su médico*

Notas:

Las pruebas de diagnóstico están cubiertas si cumplen con Medicare o nuestros criterios de cobertura y la prueba es médicamente necesaria. No todas las pruebas estarán cubiertas.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Los servicios pueden proporcionarse en un consultorio médico, un entorno clínico, un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, un laboratorio independiente o un entorno radiológico.

Servicios médicos y otros servicios de salud

Servicios cubiertos:

- Las consultas médicas incluyen:
 - Inmunoterapia para alergias y pruebas de alergias
 - Atención para mujeres embarazadas
 - Planificación familiar: **servicios de acceso abierto**
 - Análisis de laboratorio y radiografías
 - Exámenes físicos
 - Exámenes preventivos
 - Visitas al consultorio preventivas
 - Especialistas
 - Consulta de telemedicina
 - Vacunas y medicamentos administrados en el consultorio del médico
 - Visitas por enfermedad o lesiones
 - Visitas en un hospital o una residencia con servicios de enfermería
- Servicios de enfermeros de práctica avanzada: servicios proporcionados por un enfermero con práctica médica, enfermero anestesista, enfermero partero o especialistas en enfermería clínica.
- Centro para el tratamiento residencial de la salud conductual: coordinación de atención primaria, servicios de salud mental y servicios sociales
- Sangre y productos sanguíneos.
- Cobertura de ensayos clínicos: Atención de rutina que es: 1) proporcionada como parte del protocolo de tratamiento de un ensayo clínico sobre el cáncer; 2) usual, habitual y adecuada para su afección; y 3) que sería proporcionada generalmente fuera del ensayo clínico. Esto incluye los servicios y los artículos necesarios para el tratamiento de los efectos y complicaciones del protocolo de tratamiento*.
- Exámenes de detección de cáncer (incluidas las mamografías, prueba de Papanicolaou, prueba de detección de cáncer de próstata, prueba de detección de cáncer colorrectal).

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Servicios clínicos*
- Coordinación de la atención de la salud por un trabajador de la comunidad y servicios de educación del paciente.
- Servicios de técnicos de emergencia médica comunitaria (Community Medical Emergency Technician, CMET)
 - Visitas posteriores al alta hospitalaria/al asilo solicitadas por su médico de atención primaria
 - Visitas de evaluación de seguridad solicitadas por el médico de atención primaria (PCP)
- Servicios paramédicos comunitarios: determinados servicios proporcionados por un paramédico comunitario. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su médico de atención primaria. Los servicios pueden incluir:
 - Evaluaciones de la salud
 - Supervisión y educación de enfermedades crónicas
 - Asistencia con la medicación
 - Inmunizaciones y vacunas
 - Recolección de muestras de laboratorio
 - Atención de seguimiento luego de ser atendido en un hospital
 - Otros procedimientos médicos menores
- Asesoramiento y pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**.
- Servicios mejorados de atención para el asma (para miembros elegibles menores de 21 años a quienes se les diagnostica asma mal controlada, cuando se cumplen criterios específicos).
 - Visitas domiciliarias para determinar si hay desencadenantes del asma en el hogar del miembro.
 - Debe ser proporcionado por un especialista en salud ambiental registrado, un especialista en hogares saludables y un asesor de riesgos de plomo. Su agencia de salud pública local puede ayudarlo a encontrar uno de estos profesionales de atención médica o puede comunicarse con Servicios para Miembros.
- Servicios de atención de la salud en el hogar: coordinación de la atención para los miembros que poseen necesidades de atención médica complejas o crónicas.
- Asesoramiento y educación de la salud (por ejemplo, dejar de fumar, asesoramiento nutricional, educación para la diabetes).

- Coordinación de servicio comunitario al alcance de un hospital (Hospital In-Reach Community-Based Service, IRSC): coordinación de servicios orientados a reducir el uso de la sala de emergencias de un hospital (Emergency Room, ER) en determinadas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales, económicas y otras necesidades de los miembros para ayudar a reducir el uso de la ER y otros servicios de atención médica.
- Vacunas
- Servicios de podología (desbridamiento de uñas de los pies, durezas y callos infectados y demás servicios del cuidado de los pies que no son de rutina).
- Terapia respiratoria.
- Servicios de un enfermero de salud pública certificado o un enfermero diplomado que ejerce en una clínica de enfermería de salud pública en una unidad gubernamental.
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor en la red del plan.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto.**
- Administración de la atención médica sobre tuberculosis y observación directa de la ingesta de los medicamentos.

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y otros servicios relacionados)

Servicios de intervención conductual y del desarrollo intensivo temprano (Early Intensive Developmental and Behavioral Intervention, EIDBI) *(para miembros menores de 21 años)*

El propósito del beneficio de EIDBI es proporcionar intervención médicamente necesaria, temprana e intensiva para personas con trastorno del espectro autista (TEA) y afecciones relacionadas. Las familias pueden aprender más sobre EIDBI realizando la capacitación en línea [EIDBI 101](#). La [Carta de bienvenida de EIDBI para cuidadores](#) proporciona más información sobre el programa una vez que una familia comienza con los servicios.

Las familias pueden aprender más sobre el autismo, así como sobre los recursos y el apoyo, visitando el [Portal de recursos para el autismo de Minnesota](#).

El beneficio también tiene como objetivo:

- Educar, capacitar y apoyar a los padres y las familias
- Promover la independencia y participación de las personas en la vida familiar, escolar y comunitaria
- Mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de las personas y sus familias.

Los servicios de EIDBI son proporcionados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas que incluyen:

- [Análisis conductual aplicado \(Applied Behavior Analysis, ABA\)](#)
- [Modelo basado en los conceptos de desarrollo, diferencias individuales y relaciones \(Developmental Individual-Difference Relationship-based model, DIR\)/Floortime](#)
- [Modelo de inicio temprano de Denver \(Early Start Denver Model, ESDM\)](#)
- [Proyecto PLAY](#)
- [Intervención para el desarrollo de relaciones \(Relationship Development Intervention, RDI\)](#)
- [Interacción social temprana \(Early Social Interaction, ESI\)](#)

Servicios cubiertos:

- [Evaluación multidisciplinaria integral \(Comprehensive Multi-Disciplinary Evaluation, CMDE\)](#) necesaria para determinar la elegibilidad y la necesidad médica de los servicios de EIDBI
- [Desarrollo del Plan de tratamiento individual \(Individual Treatment Plan, ITP\) \(Inicial\)](#)
 - Supervisión y desarrollo del progreso del Plan de tratamiento individual (ITP)
- [Intervención directa:](#) individual, grupal o de mayor intensidad
- [Observación y dirección](#)
- [Capacitación y asesoramiento para la familia/el cuidador:](#) individual o grupal
- [Conferencia de atención coordinada](#)
- Duración del viaje*

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Atención posterior a la estabilización y servicios médicos de emergencia

Servicios cubiertos:

- Servicios de sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización*
- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte en agua)

Servicios no cubiertos:

Servicios de atención médica de urgencia, emergencia o de otro tipo prestados o elementos suministrados por parte de proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos el pago por la atención médica de un proveedor o cualquier entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Muéstreles su tarjeta de identificación de miembro y pida que se comuniquen con su médico de atención primaria.

En todos los demás casos, comuníquese con su médico de atención primaria, de ser posible. Puede llamar al número las 24 horas del día, los siete días de la semana y obtener las instrucciones sobre lo que debe hacer.

Si está fuera de la ciudad, diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al **911**. Muéstreles su tarjeta de identificación de miembro y pida que se comuniquen con su médico de atención primaria.

Debe llamar a su clínica de atención primaria o a Servicios para Miembros en el plazo de 48 horas o tan pronto como sea posible, luego de haber obtenido cuidado de emergencia en un hospital que no forma parte de la red del plan.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Tratamientos médicos y exámenes para la planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
- Pruebas de diagnóstico y laboratorio para planificación familiar: **servicio de acceso abierto**

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Métodos de planificación familiar (por ejemplo, pastillas anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes): **servicio de acceso abierto**
- Suministros con receta para planificación familiar (por ejemplo, preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón): **servicio de acceso abierto**
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, incluidos los servicios relacionados: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para las afecciones médicas de la infertilidad: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor en la red del plan. Nota: Este servicio no incluye las formas artificiales de quedar embarazada.
- Asesoramiento y pruebas de enfermedad de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto**
- Esterilización voluntaria: **servicio de acceso abierto**
Nota: Debe tener 21 años de edad o más y debe firmar el formulario de consentimiento de esterilización federal. Deben transcurrir por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firmó el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético: **servicio de acceso abierto**
- Pruebas genéticas: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor en la red del plan.
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor en la red del plan.

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y otros servicios relacionados)
- Reversión de esterilización voluntaria
- Esterilización de alguien bajo tutela

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para obtener los servicios de acceso abierto, aunque no estén dentro de la red del plan.

Audífonos

Servicios cubiertos:

- Baterías para audífonos
- Audífonos
- Reparación y reemplazo de audífonos debido al deterioro por el uso, con ciertos límites

Servicios de atención domiciliaria

Servicios cubiertos:

- Visita de enfermería especializada*
- Terapias de rehabilitación para restablecer la función (por ejemplo, del lenguaje, física, ocupacional, respiratoria)*
- Visita de asistencia de salud en el hogar*

Centro de cuidados paliativos*

Servicios cubiertos:

Los beneficios del centro de cuidados paliativos incluye la cobertura para los siguientes servicios, cuando son proporcionados directamente en respuesta a una enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios médicos sociales
- Asesoramiento
- Equipo y suministros médicos
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para el control de los síntomas y del dolor
- Orientación sobre dietas y otros tipos de asesoramiento
- Atención de pacientes hospitalizados de corto plazo
- Atención médica de relevo
- Auxiliar de atención a domicilio y servicios domésticos
- Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Voluntarios
- Se incluyen otros artículos y servicios en el plan de atención que, de otro modo, serían servicios médicos cubiertos.

Notas:**Elección de Medicare**

Debe elegir los beneficios del centro de cuidados paliativos para poder recibir los servicios de dicho centro.

Si es elegible para Medicare y Medicaid, y elige cuidados paliativos, debe elegir la atención de un centro de cuidados paliativos de Medicare además de la atención de un centro de cuidados paliativos de Medicaid. Las pautas federales le prohíben elegir atención de un centro de cuidados paliativos a través de un programa y no el otro cuando es elegibles para ambos.

Los miembros menores de 21 años aún pueden recibir tratamiento para su afección terminal además de los servicios del centro de cuidados paliativos.

Si le interesa utilizar los servicios del centro de cuidados paliativos, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1.

Hospital: paciente hospitalizado**Servicios cubiertos:**

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye:

- Hospitalización
- Sus comidas y su habitación semiprivada
- Habitación privada cuando sea médicamente necesario
- Análisis y radiografías
- Cirugía
- Medicamentos
- Suministros médicos
- Servicios profesionales
- Servicios de terapia (por ejemplo: fisioterapia, terapia ocupacional, del habla o respiratoria)

Servicios no cubiertos:

- Artículos de confort personal, como por ejemplo, televisión, teléfono, servicios de belleza y barbería, servicios para los acompañantes
- Los cargos relacionados con la atención hospitalaria por servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía cosmética no están cubiertos, a menos que se determine que son médicamente necesarios a través del proceso de revisión médica

Notas:

Para obtener más información sobre los diferentes tipos de admisiones de pacientes hospitalizados, incluida la salud mental/conductual o el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) de pacientes hospitalizados, consulte las secciones específicas de este Manual para Miembros.

La atención que no sea de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 para más obtener información.

Hospital: paciente ambulatorio**Servicios cubiertos:**

- Atención de urgencia para afecciones que no son tan graves como una emergencia
- Centro de cirugía para pacientes ambulatorios*
- Análisis y radiografías*
- Diálisis
- Servicios de sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización*
- Servicios de observación: si no es admitido como paciente internado en el hospital, puede ingresar al estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión como paciente internado en el hospital o un alta hospitalaria. Los servicios de observación están cubiertos hasta 48 horas. Blue Plus considerará los servicios de observación hasta 72 horas para circunstancias inusuales cuando se presenten con documentación adicional.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Notas:

La atención que no sea de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 para más obtener información.

Servicios de estabilización de vivienda (para miembros mayores de 18 años)**Servicios cubiertos:**

El plan pagará los siguientes servicios para los miembros elegibles para los servicios de estabilización de la vivienda:

- Servicios de consulta de vivienda para desarrollar un plan centrado en la persona para personas sin servicios de administración de casos de Asistencia médica
- Servicios de transición de vivienda para ayudarle a planificar, encontrar y mudarse a una vivienda
 - Transición de vivienda: gastos de mudanza (limitados a \$3000 por año)
 - Solo para personas que dejan una institución financiada por la Asistencia médica o un entorno controlado por un proveedor y que se mudan a su propio hogar
 - Solicitudes, depósitos de seguridad y el costo de asegurar la documentación que se requiere para obtener un arrendamiento de un apartamento o una vivienda
 - Muebles esenciales para el hogar necesarios para vivir y usar en el hogar, incluidos muebles, cortinas, artículos de preparación de alimentos y ropa de cama o de baño
 - Configurar tarifas o depósitos para el acceso a servicios públicos u otros servicios, incluidos teléfono, electricidad, calefacción y agua
 - Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, como eliminación de plagas y limpieza por única vez antes de mudarse
 - Adaptaciones necesarias de accesibilidad en el hogar
- Servicios de mantenimiento de vivienda para ayudarle a mantener la vivienda
- Transporte para recibir servicios de estabilización de vivienda (dentro de un radio de 60 millas)

Servicios no cubiertos:

- Pagos de alquiler o hipoteca
- Alimentos
- Vestimenta
- Artículos recreativos, incluidos dispositivos de transmisión, computadoras, televisores, acceso a televisión por cable, altavoces, etc.
- Cualquier artículo, gasto o apoyo que duplique cualquier otro servicio, o que sea propiedad o sea arrendado por un proveedor

Notas:

Debe realizarse una evaluación de elegibilidad para los servicios de estabilización de vivienda y ser elegible para estos servicios. Si necesita servicios de estabilización de vivienda, puede solicitar una evaluación, o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos. Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención, ese administrador de casos puede ayudarle a acceder a los servicios, o puede comunicarse directamente con un proveedor de servicios de estabilización de la vivienda para que le ayude.

El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) utilizará los resultados de la evaluación para determinar si cumple con los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El DHS le enviará una carta de aprobación o denegación para los servicios de estabilización de vivienda.

Si se le aprueban los gastos de mudanza, su proveedor debe enviarnos el recibo de cada gasto de mudanza. Trabaje con su proveedor sobre cómo acceder a este beneficio.

Servicios de interpretación**Servicios cubiertos:**

- Servicios de intérprete de idioma hablado
- Servicios de intérprete de lenguaje de señas

Notas:

Se encuentran disponibles servicios de intérpretes para ayudarle a obtener los servicios cubiertos.

Consulte los Servicios de intérpretes que aparecen en la Sección 1 para obtener la información de contacto y para saber cuáles son los intérpretes que puede usar.

Equipo y suministros médicos

Servicios cubiertos:

- Prótesis u ortopedia*
- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, muletas, soportes, equipos de baño e inodoro y pelucas para personas con pérdida de cabello debido a cualquier afección médica). Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información acerca de la cobertura y los límites de los beneficios para las pelucas*
- Reparación del equipo médico*
- Pilas para el equipo médico
- Algunos zapatos, incluidos los zapatos terapéuticos estándar cuando se cumplen criterios específicos y cuando se moldean a medida o forman parte de un soporte para la pierna*
- Oxígeno y equipos de oxígeno*
- Dispositivos de desconexión de las vías respiratorias
- Dispositivos de estimulación eléctrica
- Suministros médicos que necesite para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad*
- Suministros y equipos para la diabetes
- Productos nutricionales/entéricos cuando se cumplan los criterios específicos
- Productos para la incontinencia
- Suministros para planificación familiar: servicios de acceso abierto. (Consulte Servicios de planificación familiar en esta sección).
- Dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas las tabletas electrónicas*
- Productos reductores de alérgenos (para miembros elegibles menores de 21 años a quienes se les diagnostica asma mal controlada)
- Dispositivos de detección de convulsiones

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios no cubiertos:

- Modificaciones constructivas a su hogar, vehículo o lugar de trabajo, incluyendo las barras de agarre en su baño
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores) a menos que estén cubiertos como productos reductores de alérgenos para miembros elegibles.
- Equipo de ejercicios

Notas:

Deberá visitar a su médico y pedirle una receta para que el equipo médico y los suministros estén cubiertos.

Llame al número de teléfono de los criterios de cobertura de equipo médico duradero que aparece en la Sección 1 si necesita obtener más información sobre nuestros criterios de cobertura de equipo médico duradero.

Servicios de salud mental/conductual***Servicios cubiertos:**

- Clínica de salud conductual comunitaria certificada (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)
- Servicios de salud conductual intensivos para niños (Children's Intensive Behavioral Health Services, CIBHS) (para miembros menores de 21 años)
- Consultas sobre la atención clínica
- Los servicios de respuesta frente a las crisis incluyen:
 - Examen de detección
 - Evaluación
 - Intervención
 - Estabilización, incluida la estabilización residencial
 - Intervención comunitaria (para los miembros mayores de 18 años)
- Evaluaciones de diagnóstico incluidas las evaluaciones para la presencia de una enfermedad mental concurrente y trastornos por consumo de sustancias.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) de terapia conductual dialéctica (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) (para miembros adultos de 18 años o más o miembros adolescentes de 12 a 17 años que cumplan con determinados criterios)
- Tratamiento asertivo comunitario forense (Forensic Assertive Community Treatment, FACT) (para miembros mayores de 18 años)
- Hospitalización psiquiátrica, incluida la hospitalización psiquiátrica extendida*
- Duración del traslado del proveedor de salud mental.
- Administración de casos orientados a la salud mental (Mental Health Targeted Case Management, MH-TCM)
- Los Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios incluyen:
 - Explicaciones de los hallazgos
 - Servicios de psicoeducación de la familia (para miembros menores de 21 años)
 - Administración de medicamentos para la salud mental
 - Servicios neuropsicológicos
 - Psicoterapia (paciente o su familia, familia, de crisis y grupal)
 - Pruebas psicológicas
- Los servicios de salud mental del médico incluyen:
 - Evaluación/intervención del comportamiento y de la salud
 - Consultas como paciente hospitalizado
 - Consultas psiquiátricas a los proveedores de atención primaria
 - Consultas, evaluación y administración del médico
- Los servicios de rehabilitación de la salud mental incluyen:
 - Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) (para miembros mayores de 18 años)
 - Tratamiento diario para adultos (para miembros mayores de 18 años)
 - Los servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (Adult Rehabilitative Mental Health Services, ARMHS) están disponibles para miembros de 18 años o más
 - Especialistas en familias certificados (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de apoyo de especialistas pares certificados (Certified Peer Specialist, CPS) en situaciones limitadas

- Servicios residenciales de tratamiento de salud mental para niños (para miembros menores de 21 años)
- Servicios y apoyos terapéuticos para niños (Children's Therapeutic Services and Supports, CTSS) incluido el tratamiento de día para niños (para miembros menores de 21 años)
- Servicios de psicoeducación de la familia (para miembros menores de 21 años)
- Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS) (para miembros mayores de 18 años)
- Servicios de cuidado tutelar terapéutico intensivo (para miembros menores de 21 años)
- Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)
- Servicios de rehabilitación intensiva para la salud mental (Intensive Rehabilitative Mental Health Services, IRMHS)/Tratamiento asertivo comunitario juvenil (Youth Assertive Community Treatment, Youth ACT): servicios de rehabilitación de salud mental no residencial intensiva (para miembros entre 8 y 20 años)
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) para miembros menores de 21 años
- Telesalud

Servicios no cubiertos:

- Terapia de conversión

Los servicios que aparecen a continuación no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles en su condado. Llame a su condado para obtener información. Consulte la Sección 9.

- El tratamiento en los centros de la Regla 36 no tiene licencia de Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS)
- El alojamiento y la alimentación están asociados con los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Servicios de tratamiento, y habitación y comida en ciertos centros de tratamiento de salud mental residencial para niños en estados contiguos

Notas:

Consulte Servicios de salud mental, que aparece en la Sección 1, para obtener información acerca del lugar al que debería llamar o escribir.

Use los servicios de salud mental de un proveedor de la red del plan.

Si decidimos que no es necesario proporcionar tratamiento de salud mental estructurado, puede obtener una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debemos permitirle acudir a un profesional de la salud calificado que no pertenezca a la red del plan. Pagaremos por esto. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos el derecho de no estar de acuerdo con esta. Tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos como necesidad médica los servicios de salud mental ordenados por un tribunal. Use un proveedor de la red del plan para la evaluación de salud mental que haya ordenado un tribunal.

Servicios de obstetricia y ginecología (Obstetrics and Gynecology, OB/GYN)

Servicios cubiertos:

- Atención prenatal, del parto y posparto
- Cursos de preparación para el parto
- Servicios de hospital para los recién nacidos
- Asesoramiento sobre VIH y análisis para mujeres embarazadas: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para mujeres embarazadas con VIH positivo
- Tratamiento para recién nacidos de madres con VIH positivo
- Evaluación y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto**
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un *aborto* (*no incluye servicios relacionados con el aborto*)
- Servicios de doula por parte de una doula certificada
- Servicios proporcionados por un profesional de la salud con licencia en centros de maternidad con licencia incluidos los servicios de enfermeras parteras certificadas y parteras tradicionales con licencia

Servicios no cubiertos:

- Aborto: Este servicio no está cubierto en virtud del plan. Puede estar cubierto por su estado. Llame a Apoyo al Consumidor de Atención Médica del DHS al **(651) 297-3862** o al **800-657-3672** o al **711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos para obtener información sobre la cobertura. Consulte la Sección 9. Esta llamada es gratuita.
- Nacimiento en el hogar programado

Notas:

Usted tiene “acceso directo” a los proveedores de obstetricia y ginecología para los siguientes servicios: examen preventivo anual de la salud, incluidos los exámenes de seguimiento que su médico considera que son necesarios; atención por maternidad; evaluación y tratamiento para afecciones o emergencias ginecológicas. Para obtener los servicios de acceso directo debe acudir a un proveedor que se encuentre dentro de la red del plan. Para obtener los servicios etiquetados como **con acceso abierto**, puede acudir a cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.

Servicios ópticos**Servicios cubiertos:**

- Exámenes oculares
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios (la selección de marcos de anteojos puede ser limitada)
- Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos debido a pérdida, robo o daño que no pueda repararse
- Reparación de marcos y lentes para anteojos cubiertos en virtud del plan
- Lentes polarizados, fotocromáticos (por ejemplo, lentes Transition®) o polarizados, cuando sea médicamente necesario
- Lentes de contacto, cuando sea médicamente necesario

Servicios no cubiertos:

- Par adicional de anteojos
- Lentes bifocales/trifocales progresivos (sin líneas divisorias)
- Recubrimiento de protección contra rayas para lentes de plástico
- Suministros para los lentes de contacto

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que usted necesita cuando está fuera del área de servicio del plan temporalmente. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 lo antes posible cuando reciba atención fuera del área de servicio del plan.
- Un servicio que necesita luego de mudarse de nuestra área de servicio mientras sigue siendo un miembro del plan.
- Servicios de emergencia para alguna emergencia que requiera de un tratamiento urgente.
- Atención posterior a la estabilización*
- Atención de urgencia médicamente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 tan pronto como sea posible).
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del plan*

Servicios no cubiertos:

- Emergencias, urgencias y otros servicios de atención médica o artículos proporcionados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos el pago por la atención médica de un proveedor o cualquier entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Si necesita usar una farmacia cuando está fuera del área de servicio del plan, llame primero a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 antes de pagar un medicamento recetado o de venta libre, incluso si el medicamento está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (List Of Covered Drugs, LOCD) (formulario). No podemos otorgarle un reembolso si paga el medicamento.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios fuera de la red

Servicios cubiertos:

- Determinados servicios que necesita, los cuales no puede obtener a través del proveedor de la red de su plan*
- Servicios de emergencia para alguna emergencia que requiera de un tratamiento urgente.
- Atención posterior a la estabilización*
- Una segunda opinión para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias
- Servicios de acceso abierto
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Un servicio médico que no es de emergencia que necesita cuando se encuentra temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan que es o fue recetado, recomendado o proporcionado actualmente por un proveedor de la red
- Servicios relacionados con el diagnóstico, el monitoreo y el tratamiento de una enfermedad o afección rara

Notas:

A veces, los miembros necesitan ver a un tipo de médico muy especializado. Trabajaremos con su médico para asegurarnos de que visite al especialista u obtenga el servicio cuando lo necesite, durante el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es actualmente un proveedor de la red. No hay ningún costo para usted cuando autorizamos la atención o el servicio antes de que vea al proveedor.

Medicamentos recetados (para miembros que NO tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Medicamentos recetados
- Servicios de administración de terapia con medicamentos (Medication therapy management, MTM)
- Determinados medicamentos de venta sin receta (cuando fueron recetados anteriormente por un proveedor de atención médica calificado con la autoridad para prescribir recetas)

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para aumentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados para fines estéticos incluidos los medicamentos para tratar la pérdida de cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Fármacos experimentales, fármacos en investigación o fármacos no aprobados ni autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) incluye los medicamentos recetados cubiertos por Blue Plus. Los medicamentos que figuran en la lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe ser similar a la lista cubierta por la Asistencia médica de pago por servicio (Medicaid). La lista también debe incluir los medicamentos enumerados en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

Además de los medicamentos recetados cubiertos por Blue Plus, algunos medicamentos de venta sin receta están cubiertos para usted en virtud de los beneficios de la Asistencia médica (Medicaid). En el sitio web también figura una lista de medicamentos cubiertos (formulario). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una copia de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) por escrito.

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Algunos medicamentos con cobertura pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa (Prior Authorization, PA):** Blue Plus exige que usted o su médico obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Blue Plus antes de poder surtir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Plus no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (Quantity Limits, QL):** para ciertos medicamentos, Blue Cross limita la cantidad de medicamentos que Blue Cross va a cubrir.

- **Preferido/No preferido (Preferred/Non-Preferred, P/NP):** para algunos grupos de medicamentos, Blue Plus requiere que usted pruebe los medicamentos preferidos antes de pagar los medicamentos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica deberá obtener autorización previa.
- **Requisitos de edad:** en algunos casos, existen requisitos de edad para que pruebe ciertos medicamentos. Se necesita una autorización previa según su edad y el medicamento específico recetado.
- **Medicamentos de marca:** Blue Plus cubrirá la versión de marca del medicamento solo cuando:
 1. el médico que emite la receta le informa a Blue Plus por escrito que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; O
 2. Blue Plus prefiere entregar la versión de marca en lugar de la versión genérica del medicamento; O
 3. la ley de Minnesota exige la entrega de la versión de marca del medicamento.

Puede averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, tiene estado Preferido/No Preferido o tiene un requisito de edad comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio web en

<https://www.bluecrossmn.com/members/shop-plans/minnesota-health-care-programs/blue-advantage-families-and-children>. Se puede eliminar una restricción o límite de medicamento si su médico presenta una declaración o documentación que respalde la solicitud. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos comunicándose con el Servicio para Miembros o visitando nuestro sitio web en <https://www.bluecrossmn.com/members/shop-plans/minnesota-health-care-programs/blue-advantage-families-and-children>.

Si Blue Plus cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad u otras restricciones sobre un medicamento que usted toma actualmente, Blue Plus les notificará a usted y al médico que emite la receta sobre el cambio al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cubriremos un medicamento que no pertenezca al formulario si su médico de atención primaria nos demuestra que: 1) el medicamento que habitualmente está cubierto le ha causado una reacción adversa; 2) existe un motivo por el cual se puede considerar que el medicamento que habitualmente está cubierto podría causar una reacción adversa; o 3) el medicamento recetado por su médico es más eficaz para usted que el medicamento que habitualmente está cubierto. El medicamento debe encontrarse en una clase de medicamentos que esté cubierta.

Cubriremos un medicamento antipsicótico, incluso si no se encuentra en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que es lo mejor para usted. No se aplica copago para medicamentos antipsicóticos. En determinados casos, también cubriremos otros medicamentos utilizados para tratar enfermedades mentales o trastornos emocionales incluso si el medicamento no figura en nuestra lista de medicamentos aprobados. Haremos esto en un plazo de hasta un año si su proveedor certifica que el medicamento es el mejor para usted y usted ha sido tratado con el medicamento durante 90 días antes 1) de que eliminemos el medicamento de nuestra lista de medicamentos; o 2) usted se inscriba en el plan.

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros están disponibles en un suministro de hasta 34 días. Ciertos medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o a largo plazo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y están incluidos en el Programa de suministro de 90 días.

Si Blue Plus no cubre su medicamento o existen restricciones o límites a su medicamento que usted cree que no funcionarán para usted, puede hacer alguno de los siguientes:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si existe otro medicamento cubierto que funcione para usted.
- Usted o su proveedor de atención médica puede pedir que Blue Plus haga una “excepción” y cubra el medicamento para usted o elimine las restricciones o los límites. Si su solicitud de excepción se aprueba, el medicamento estará cubierto al nivel de copago de nombre de marca o genérico correspondiente.

El medicamento debe encontrarse en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Proceso de excepción del formulario

Como miembro nuevo de nuestro plan, es posible que esté usando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, quizá usted esté recibiendo un medicamento que está en nuestro formulario pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda comprar su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que recibe. Mientras habla con su médico para determinar la medida correcta a tomar, es posible que cubramos su medicamento durante los primeros 90 días que usted esté asegurado por nuestra cobertura. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura.

Si el médico considera que usted necesita cobertura para un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos, usted puede solicitar una excepción. El médico debe enviar una solicitud de excepción de la lista de medicamentos aprobados por escrito. La solicitud debe certificar que el medicamento cubierto no funciona para usted, y que el medicamento no cubierto debe “dispensarse como se recetó” (Dispense as written, DAW) para su beneficio. Para la mayoría de los medicamentos, puede obtener solo un suministro de 34 días por única vez. Llame a Servicios para Miembros de Blue Plus para obtener más información.

Si el personal de farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le solicita que lo pague, pídale que llamen a su médico. No podemos otorgarle un reembolso si paga el medicamento. Es posible que haya otro medicamento que funcione y que esté cubierto por nuestro plan. Si la farmacia no llama a su médico, usted puede hacerlo. También puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la Sección 1 para pedir ayuda.

Si el personal de farmacia le informa que la farmacia está fuera de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.

Los medicamentos especializados son utilizados por personas con enfermedades complejas o crónicas. Estos medicamentos a menudo requieren un manejo, suministro o monitoreo especial por parte de un farmacéutico especialmente capacitado.

Si le recetan un medicamento que está en la Lista de medicamentos especializados de Blue Plus, el médico que emite la receta deberá enviar la receta de ese medicamento especializado a una de las farmacias especializadas de Blue Plus.

Accredo Health Group, Inc.

Línea gratuita: **1-866-470-2245**, TTY **1-800-716-3231** Esta llamada es gratuita.

Fax: **1-888-302-1028**

La línea de servicio al cliente está abierta las 24 horas del día, los siete días de la semana

Children's Home Care (solo para medicamentos para la hemofilia)
Línea gratuita **1-866-656-1020**, **TTY 711** Esta llamada es gratuita.
Fax: **(877) 828-3939**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro

Fairview Specialty Pharmacy Service
1-800-595-7140, **TTY 711** Esta llamada es gratuita.
Fax: **(877) 828-3939**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., los sábados de 8 a. m. a 4 p. m., hora del centro

North Memorial Health Pharmacy – Specialty Center
3435 W. Broadway Ave.
Robbinsdale, MN 55422

Farmacéuticos disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana
al **1-877-520-5307** (línea gratuita)

TTY 711 o **(763) 581-6333** Esta llamada es gratuita.

Fax: **763-581-2814**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro

Thrifty White Specialty Pharmacy

Farmacéuticos disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana al
(855) 611-3399, **TTY 711** Esta llamada es gratuita.

Fax: **855-423-8300**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., los sábados de 9 a. m. a 5 p. m., hora del centro;
los domingos: cerrado

También deberá llamar a la farmacia especializada que recibe su receta para configurar una cuenta. Deberá tener su tarjeta de identificación de miembro de Blue Plus cuando llame a la farmacia especializada.

Medicamentos recetados (para miembros que tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Algunos productos de venta libre, algunos productos recetados para los resfríos y la tos y algunas vitaminas que no están cubiertos según el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos recetados que son elegibles para estar cubiertos según el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare)
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para aumentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados para fines estéticos incluidos los medicamentos para tratar la pérdida de cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Fármacos experimentales, fármacos en investigación o fármacos no aprobados ni autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

Medicare paga por la mayoría de sus medicamentos recetados a través del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). **Debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare** para recibir la mayoría de sus servicios de medicamentos recetados. Recibirá sus servicios de medicamentos recetados a través de su plan de medicamentos recetados de Medicare, no a través de nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las recetas cubiertas por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

Rehabilitación**Servicios cubiertos:**

- Terapias de rehabilitación para recuperar una función: terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla
- Dispositivos de comunicación aumentativa*
- Servicios de audiología que incluyen evaluaciones de audición

Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional
- Gimnasios y spas

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios comunitarios escolares (para miembros menores de 21 años)

Los servicios comunitarios escolares (School-Based Community Services, SBCS) son ciertos servicios médicamente necesarios que MHCP reembolsará cuando sean proporcionados a niños en la escuela por un proveedor de atención médica calificado empleado o contratado por la escuela. Las escuelas públicas de Minnesota podrán facturar estos servicios.

Los SBCS son opcionales. No son servicios nuevos ni ampliados, pero son parte del paquete de beneficios de Asistencia médica (Medical Assistance, MA). Las escuelas tienen la opción de proporcionar estos servicios para ayudar a los estudiantes que no reciben servicios relacionados con la salud a través de un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP), o cuando los servicios no están identificados en el IEP.

Servicios cubiertos:

- Servicios de rehabilitación
 - Audiología
 - Terapia ocupacional
 - Fisioterapia
 - Patología del habla y lenguaje
- Servicios de salud mental
- Servicios y apoyo terapéuticos para niños
- Evaluaciones de diagnóstico
- Explicaciones de los hallazgos
- Psicoeducación familiar
- Evaluación/Intervención del comportamiento y de la salud
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Pruebas psicológicas
- Psicoterapia
- Psicoterapia para crisis

Servicios no cubiertos:

- Asistente de atención personal
- Tecnología de asistencia
- Atención de enfermería domiciliaria
- Transporte social
- Servicios de IEP que deben estar cubiertos a través de la escuela

Servicios de trastorno por consumo de sustancias (SUD)**Servicios cubiertos:**

- Servicios autorizados de selección/evaluación/diagnóstico, incluida la derivación al tratamiento de intervención breve de selección (Screening Brief Intervention Referral to Treatment, SBIRT)
- Evaluaciones integrales
- Tratamiento para pacientes ambulatorios*
- Pacientes hospitalizados
- Tratamiento residencial que no sea en un hospital*
- Tratamiento asistido con medicamentos para pacientes ambulatorios
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización sea médicamente necesaria debido a las afecciones que resulten de una lesión, un accidente o complicaciones médicas durante la desintoxicación)
- Coordinación del tratamiento del SUD
- Soporte de recuperación de pares
- Control de la abstinencia

Servicios no cubiertos:

El pago por alojamiento y alimentación determinados como necesarios por la evaluación de trastorno por consumo de sustancias es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Notas:

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto sobre los Servicios para trastornos por consumo de sustancias.

Un profesional calificado que forme parte de la red del plan le hará recomendaciones para los servicios de trastornos por consumo de sustancias. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendado por el profesional calificado. Puede recibir una evaluación adicional en cualquier momento durante su atención, si no está de acuerdo con los servicios recomendados. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con los estándares de trastornos por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Usted tiene derecho a apelar. Consulte la Sección 13 de este Manual para Miembros.

Cirugía***Servicios cubiertos:**

- Visitas a la clínica/el consultorio y cirugía*
- Eliminación de marcas de nacimiento por hemangiomas
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, tras una mastectomía, tras una cirugía por lesión, enfermedad u otras afecciones; por defectos de nacimiento)*
- Servicios de anestesia
- Circuncisión cuando es médicamente necesaria*
- Cirugía de afirmación de género*

Servicios no cubiertos:

- Cirugía cosmética

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Servicios de telesalud

Servicios cubiertos:

- Los servicios de telesalud cubren servicios y consultas médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de atención médica autorizado por teléfono o videollamada con el miembro. La ubicación del miembro puede ser su hogar. La telesalud se define como la prestación de servicios de atención médica o consultas mediante el uso de comunicaciones visuales y de audio interactivas bidireccionales en tiempo real. El propósito de la telesalud es proporcionar o apoyar la prestación de atención médica y facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, la educación sobre el tratamiento y la administración de la atención médica de un paciente mientras el paciente se encuentra en un centro de origen y el proveedor de atención médica autorizado se encuentra en un centro distante.

Monitoreo por teléfono

El telemonitoreo es el uso de tecnología para proporcionar atención y apoyo a las necesidades de salud complejas de un miembro desde una ubicación remota, como en el hogar de un miembro. El telemonitoreo puede rastrear los signos vitales de un miembro usando un dispositivo o equipo que envía los datos electrónicamente a su proveedor para su revisión. Algunos ejemplos de signos vitales que pueden monitorearse de forma remota incluyen frecuencia cardíaca, presión arterial y niveles de glucosa en sangre.

Servicios cubiertos:

- Servicios de telemonitoreo para miembros con afecciones médicamente complejas de alto riesgo, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes (cuando se cumplen ciertos criterios)

Sesiones para dejar de fumar y de consumir nicotina

Servicios cubiertos:

- Una llamada inicial para hablar sobre sus antecedentes de consumo de nicotina y sus esfuerzos por dejar de fumar
- Cuatro llamadas adicionales con un asesor de bienestar en momentos que le convengan
- Un plan personal para dejar de fumar
- Un libro de trabajo enviado a su hogar con consejos para ayudarlo a cumplir con el plan, y lidiar con el estrés y los antojos
- Dos llamadas adicionales para brindarle apoyo después de completar el programa (seguimientos a los 30 y 90 días)
- Herramientas y recursos en línea para obtener apoyo y hacer un seguimiento de su progreso entre llamadas
- Si desea usar una ayuda para dejar de fumar (parche, goma de mascar o pastillas), su asesor de bienestar le ayudará a decidir cuál es el mejor producto para usted. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para obtener información sobre la cobertura del plan de salud para cualquier ayuda para dejar de fumar.

Servicios de curación tradicionales

Las prácticas culturales son fundamentales para restaurar y mejorar la salud de los pueblos indígenas. El beneficio de servicios de curación tradicionales reembolsa a los proveedores dedicados a servir a las comunidades indígenas. Estos servicios mejoran el acceso a formas tradicionales de sanación, atención basada en la cultura y actividades culturales. La curación tradicional abarca diversas prácticas que se basan en el conocimiento y la sabiduría indígena.

Servicios cubiertos

Los servicios de curación tradicionales están cubiertos para los miembros que acceden a atención holística e indígena basada en la cultura de un proveedor contratado para proporcionar estos servicios. Algunos ejemplos son:

- Trabajar con ancianos indígenas en una residencia.
- Participar en actividades culturales que mejoren la salud y el bienestar.
- Participar en una ceremonia.
- Prestar servicios de medicina tradicional a personas, familias y grupos en función de las necesidades adecuadas.
- Hacer consultas con expertos en salud tradicionales.
- Blue Plus paga hasta \$500 por año por miembro.

Trasplantes*

Servicios cubiertos:

- Los trasplantes de tejido y órganos incluyen médula ósea, córnea, corazón, corazón y pulmón, intestino, intestino e hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas y riñón, células de islote pancreático, células madre y otros trasplantes
- Dispositivo de asistencia ventricular: se inserta como un puente para un trasplante de corazón o como un tratamiento de terapia de destino

Notas:

El tipo de trasplante debe: 1) ser mencionado en el Manual del proveedor del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) ser un tipo cubierto por Medicare; o 3) estar aprobado por el agente de revisión médica del estado.

Los trasplantes deben realizarse en un centro de trasplantes que sea un centro de trasplantes aprobado por Medicare.

Los centros de trasplante de médula ósea o células madre deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT).

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Los miembros que participen en el proceso de trasplantes de Blue Plus deben usar los centros de excelencia de Blue Distinction Centers® para los siguientes trasplantes. Los procedimientos médicamente necesarios que están cubiertos incluyen:

- Inmunoterapia celular (Car-T)
- Trasplantes para:
 - Corazón de adulto
 - Donante adulto fallecido de riñón
 - Donante adulto vivo de riñón
 - Pulmón de adulto
 - Donante adulto fallecido de hígado
 - Donante adulto vivo de hígado
 - Médula ósea/Células madre de adulto
 - Corazón de niño
 - Riñón de niño
 - Hígado de niño
 - Médula ósea/Células madre de niño

Los miembros deben usar los centros de excelencia de Blue Distinction Centers® para las siguientes cirugías:

- Cirugía bariátrica
- Atención para el cáncer
- Atención cardíaca
- Cirugía de columna
- Reemplazo de rodilla y cadera

Proveedores elegibles:

- Todos los trasplantes deben realizarse en centros de trasplantes que cumplen con los criterios de la Red unida de órganos compartidos (United Network for Organ Sharing, UNOS) o centros de trasplantes de corazón, corazón y pulmón, pulmón, hígado, hígado o intestino (intestino delgado) aprobados por Medicare.

- Los trasplantes de médula ósea y células madre deben realizarse en un centro de trasplante de tejido certificado que cumpla con los estándares establecidos por la Fundación para la acreditación de terapia celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT), o aprobados por el Comité asesor en trasplantes de tejido y órganos (Advisory Committee on Organ and Tissue Transplants).
- Para todos los trasplantes, el proveedor debe tener un contrato de trasplante de Blue Plus actual para el tipo de trasplante específico que se va a realizar.
- A medida que la tecnología cambia, los trasplantes cubiertos mencionados anteriormente estarán sujetos a modificaciones en forma de adiciones o anulaciones según corresponda.
- Los trasplantes autólogos de células de islote pancreático, córnea y riñón son procedimientos elegibles cubiertos de la misma forma que otro servicio elegible y no están sujetos al requisito especial que se aplica a los trasplantes mencionados anteriormente. Consulte “Servicios médicos y otros servicios de salud” y “Pacientes hospitalizados”.
- La autorización previa es necesaria para todos los procedimientos de trasplante. Todas las solicitudes de autorización previa deben enviarse por escrito a Blue Plus’ Transplant Coordinator, P.O. Box 64179, St. Paul, MN 55164, o por fax al **(651) 662-1624, TTY 711**.

Si tiene preguntas específicas sobre trasplantes, llame al Coordinador de trasplantes, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro, al **(651) 662-9936** o al número gratuito **1-866-309-6564**, (esta llamada es gratuita) TTY 711.

Sin cobertura:

- Reembolso de gastos de alojamiento y comida
- Servicios, suministros, medicamentos y atención posterior para implantes de órganos artificiales o no humanos, o relacionados con estos
- Servicios, suministros, medicamentos y atención posterior para implantes de órganos humanos no específicamente enumerados anteriormente como cubiertos, o relacionada con estos
- Servicios, quimioterapia, terapia de radiación (o toda terapia que provoque una supresión marcada o completa de los órganos que producen sangre), suministros, medicamentos y atención posterior para los procedimientos de apoyo de células madre periféricas y médula ósea que se consideren en investigación o no médicamente necesarios, o relacionada con estos
- Trasplantes de órganos o tejidos de donante vivo, a menos que se especifique de otro modo en este plan

- Servicios para la obtención y el almacenamiento de sangre de cordón umbilical de bebés
- Trasplante de órganos o tejidos de animales

Transporte hacia y desde los servicios médicos

Servicios cubiertos:

- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte en agua)
- Transporte con conductor voluntario
- Transporte sin asistencia (taxi o transporte público)
- Transporte con asistencia*
- Transporte equipado con elevador/rampa*
- Transporte protegido*
- Transporte para camilla

Servicios no cubiertos:

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento; también se incluyen los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles en la agencia local tribal o del condado. Llame a su agencia local tribal o del condado para obtener más información.

Notas:

Si necesita transporte hacia y desde los servicios de salud que cubrimos, llame al número de teléfono de transporte que aparece en la Sección 1. Le proporcionaremos el medio de transporte más adecuado y rentable.

Al plan no se le exige que proporcione transporte a su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Comuníquese con el número de teléfono de transporte que aparece en la Sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible en una distancia de 30 millas de su hogar o si usted no tiene un proveedor de especialidad que esté disponible a una distancia 60 millas de su hogar.

El programa de transporte de Blue Plus, BlueRide, está disponible para aquellos que no tienen otros medios de transporte para sus citas médicas y dentales. Para un traslado, llame al menos dos días hábiles antes de su cita. Si su cita cambia, llame, al menos,

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

cuatro horas antes de la hora programada para que lo recojan para modificar o cancelar su traslado. BlueRide es para citas médicas o dentales. No le pida al conductor que lo deje en otro lugar. Llame a BlueRide al **1-866-340-8648, TTY 711** para obtener más información (esta llamada es gratuita). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.

Atención de urgencia

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del plan*
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del plan*

Servicios no cubiertos:

- Servicios de atención médica de urgencia, emergencia o de otro tipo prestados o elementos suministrados por parte de proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos el pago por la atención médica de un proveedor o cualquier entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Una afección urgente no es tan grave como una emergencia. Esta es la atención de una afección que necesita tratamiento inmediato para evitar que la afección empeore.

La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

También puede llamar a la Línea de enfermería al **1-888-275-3974, TTY 711**; esta llamada es gratuita. La Línea de enfermería proporciona apoyo clínico las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia dentro de la red es la más cercana a usted. Puede encontrar una clínica de atención de urgencia aquí:

bluecrossmn.com/FamiliesAndChildrenFAD. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros.

Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

*Requiere o puede requerir una autorización previa.

Sección 8. Servicios que no cubrimos

Si usted recibe servicios o suministros que no están cubiertos, deberá pagarlos usted mismo. Algunos servicios y suministros “no cubiertos” se enumeran en cada categoría de la Sección 7. La siguiente es una lista de otros servicios y suministros que no están cubiertos en virtud del plan. Esta no es una lista completa. Para obtener más información, llame al Servicios para Miembros.

- Autopsias (exámenes que se realizan en el cuerpo de una persona fallecida para determinar la causa de muerte).
- Tratamientos o procedimientos estéticos.
- Servicios de atención médica de urgencia, emergencia o de otro tipo prestados o elementos suministrados por parte de proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos el pago por la atención médica de un proveedor o cualquier entidad fuera de los EE. UU.
- Servicios en fase de investigación o de experimentación
- Servicios o suministros de atención médica que no sean médicamente necesarios.
- Productos a base de hierbas y homeopáticos.
- Servicios de enfermería domiciliaria incidental y para pacientes hospitalizados como televisión, teléfono, servicios de belleza y barbería, y servicios para invitados.
- Suministros que no se usan para tratar una afección médica.

Sección 9. Servicios que no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos mediante otra fuente

Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos mediante otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal, la tribu o un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Apoyo al Consumidor de Atención Médica del DHS al **651-297-3862** o al **800-657-3672** o al **711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Servicios de aborto
- Administración de casos para miembros con discapacidades en el desarrollo
- Administración de casos orientada al bienestar infantil
- Servicios de habilitación y entrenamiento diario
- Control de casos de VIH
- Atención en un hogar de ancianos (Home Care Nursing, HCN): para aprender más sobre los servicios de HCN, comuníquese con una agencia de atención domiciliaria para una evaluación. Para encontrar una agencia de atención domiciliaria en su área, llame al número de HCCS que aparece anteriormente.
- Centro de atención médica intermedia para miembros con discapacidades en el desarrollo (Intermediate care facility/developmental disabilities, ICF/DD)
- Servicios educativos y de capacitación laboral
- Los servicios médicamente necesarios especificados en un Plan de educación individual (IEP) o Plan de servicios familiares individuales (IFSP) que sean proporcionados por un distrito escolar y estén cubiertos por Asistencia médica (Medicaid)
- Reembolso de millas (p. ej., cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Comuníquese con su condado para obtener más información.
- Estadías de enfermería domiciliaria
- Asistencia de atención personal (PCA) Los primeros servicios y apoyos comunitarios (Community First Services and Supports, CFSS) reemplazan a los servicios de asistencia de atención personal (Personal Care Assistant, PCA) tras la aprobación federal. Comuníquese con la admisión de su condado de residencia para recibir apoyo y servicios de atención a largo plazo para conocer más sobre los servicios de PCA y para coordinar una evaluación.

- Coordinación de servicios basados en la comunidad después de una detención
- Las recetas cubiertas según el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir esos servicios.
- El alojamiento y la alimentación están asociados con los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Habitación y comida relacionadas con los servicios de tratamiento en centros de tratamiento de salud mental residencial para niños. Es posible que su condado cubra el alojamiento y la alimentación. Llame a su condado para obtener información.
- Servicios provistos en instituciones federales
- Servicios proporcionados por un centro de tratamiento regional estatal o un centro de atención de largo plazo de propiedad del estado, a menos que nosotros los aprobemos o que el servicio sea indicado por un tribunal de conformidad con las condiciones especificadas por ley
- El tratamiento en los centros de la Regla 36 no tiene licencia de Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS)
- Exenciones de servicios comunitarios y domiciliarios

Sección 10. Cuándo llamar a su trabajador del condado

Comuníquese con su trabajador del condado para informar estos cambios:

- Cambios de nombre
- Cambios en la dirección incluido el traslado fuera de Minnesota
- Fechas de inicio y fin del embarazo
- Si se agrega o pierde un familiar
- Si se pierde o le roban la tarjeta de identificación del Programa de atención médica de Minnesota
- Fechas de inicio y fin del nuevo seguro o Medicare
- Cambio en los ingresos, incluidos los cambios en el trabajo

Sección 11. Uso de la cobertura del plan con otro seguro

Si tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención. Le informaremos si debe utilizar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos nuestros pagos con ellos. A esto se lo denomina “coordinación de beneficios”. Los ejemplos de otro seguro incluyen:

- Seguro de automóvil a todo riesgo
- Indemnización laboral
- Medicare
- Tricare
- Cobertura a través una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Otra cobertura comercial

Cuando comienza a ser miembro del plan, acepta lo siguiente:

- Permitirnos enviarle facturas a su otro seguro.
- Permitirnos obtener información de su otro seguro.
- Permitirnos recibir pagos de su otro seguro en lugar de que se le envíen los pagos a usted.
- Ayudarnos a recibir pagos de su otro seguro.

Si cambia su otro seguro, comuníquese con su trabajador del condado.

Sección 12. Subrogación u otro reclamo

Este primer párrafo se aplica a ciertos no ciudadanos del Programa para familias y niños:

Es posible que tenga otros recursos de pago para su atención médica. Pueden provenir de otra persona, grupo, compañía de seguro u otra organización. Si tiene un reclamo contra otro recurso por lesiones, presentaremos un reclamo por la atención médica que cubrimos para usted. Las leyes estatales requieren que nos ayude a hacer esto. El reclamo debe recuperarse de un acuerdo o juicio recibido por su otro recurso. Esto es así incluso si usted no recibe el pago total de su reclamo. El monto del reclamo no excederá el monto permitido por la ley estatal.

Este primer párrafo se aplica a miembros del Programa para familias y niños, a excepción de ciertos no ciudadanos:

Es posible que tenga otros recursos de pago para su atención médica. Pueden provenir de otra persona, grupo, compañía de seguro u otra organización. Las leyes estatales y federales establecen que los beneficios de Asistencia médica (Medicaid) pagan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene un reclamo contra otro recurso por lesiones, presentaremos un reclamo por separado por la atención médica que cubrimos para usted. Las leyes requieren que nos ayude a hacer esto. El reclamo puede recuperarse de otro recurso que pueda ser responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto del reclamo no será superior a lo permitido por las leyes estatales y federales.

Sección 13. Proceso de queja formal, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado)

Esta sección le explica el sistema de quejas formales y apelaciones que incluye notificaciones, quejas (quejas), apelaciones al plan de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales ante el estado). Le informa cómo y cuándo usar el sistema de quejas formales y apelaciones si no está satisfecho con su atención médica o servicios, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Le informa sobre sus derechos cuando usa el sistema de quejas formales y apelaciones.

Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 si tiene preguntas, o desea recibir ayuda para presentar una queja formal o apelación.

Términos del sistema de quejas formales y apelaciones que debe conocer:

Una queja formal se presenta cuando usted no está satisfecho con los servicios que ha recibido y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- la calidad de la atención o los servicios provistos
- la falta de respeto a sus derechos
- la descortesía por parte de un proveedor o empleado del plan de salud
- retraso en una referencia o tratamiento correspondiente
- No actuar en los marcos de tiempo requeridos para quejas formales y apelaciones.

Una denegación, finalización o reducción (Denial, Termination or Reduction, DTR) (notificación de acción) es un formulario o carta que nosotros le enviamos a usted acerca de una decisión que hemos tomado sobre una solicitud de servicio, pago de un reclamo o cualquier otra solicitud. La notificación le informará cómo presentar una apelación ante el plan de salud o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Una apelación al plan de salud es su solicitud para que revisemos una decisión que hemos tomado. Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre cualquiera de las siguientes **medidas** (decisiones):

- Rechazar o autorizar de manera limitada el tipo o nivel del servicio solicitado por su proveedor.
- Reducir, suspender o cancelar un servicio que se aprobó con anterioridad.
- Rechazar el pago parcial o total de un servicio.

- No proporcionar servicios (incluido el transporte) en una cantidad de tiempo razonable.
- Rechazar la solicitud de un miembro de obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en una zona rural con solo un plan de salud.
- No proporcionar una respuesta a su queja formal o apelación en los plazos requeridos.
- Denegar su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos.

Su proveedor puede apelar en su nombre con su consentimiento escrito. El proveedor que le trata puede apelar una decisión sobre la autorización previa sin su consentimiento.

Una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) es su solicitud para que el Estado revise una decisión que tomamos. Debe apelar ante Blue Plus antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación y no hemos solicitado ni hemos agregado una extensión, no es necesario que espere nuestra decisión para solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- Rechazar o autorizar de manera limitada el tipo o nivel del servicio.
- Reducir, suspender o cancelar un servicio que se aprobó con anterioridad.
- Rechazo del pago parcial o total de un servicio.
- No proporcionar servicios en una cantidad de tiempo razonable.
- Nuestro incumplimiento para actuar en los plazos requeridos para las apelaciones y autorizaciones previas.
- Responsabilidad financiera, incluidos copagos u otros costos compartidos.
- Cualquier otra acción.

Plazos importantes para las apelaciones

Debe seguir los plazos para presentar apelaciones al plan de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales ante el estado). Si supera los plazos designados, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de una apelación.

Debe apelar ante nosotros **en el plazo de 60 días** después de la fecha que figura en la DTR (notificación de acción). Tal vez le otorguemos más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir con la fecha límite. Debe presentar una apelación ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación y no hemos solicitado ni hemos agregado una extensión, puede solicitar una apelación estatal sin esperar por nosotros.

Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** después de nuestra decisión de apelación.

Si suspendemos o reducimos un servicio, puede seguir recibiendo el servicio si presenta una apelación al plan de salud **en el plazo de 10 días** de la fecha de la notificación, o antes de que se suspenda o reduzca el servicio, lo que ocurra más tarde. **Debe pedir seguir recibiendo el servicio cuando presente una apelación.** El servicio puede continuar hasta que se decida la apelación. Si pierde la apelación, es posible que se le facture por el servicio, pero solo si la política del estado lo permite.

Si pierde la apelación, puede seguir recibiendo el servicio durante una apelación estatal si solicita una apelación estatal dentro de los 10 días a partir de la fecha de la decisión sobre su apelación al plan.

En el caso del Programa de beneficiario restringido, un miembro que recibe una notificación de restricción puede presentarnos una apelación. Debe presentar una apelación **en el plazo de 60 días** después de la fecha de la notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal después de recibir nuestra decisión.

Para presentarnos una apelación oral o por escrito:

Puede apelar por teléfono, por escrito, por fax o en persona. La información de contacto y la dirección se encuentran en la Sección 1 en “Apelaciones y quejas formales”.

Puede presentar cualquier documento y proporcionar información en persona, por teléfono o por escrito. Se mantendrá la privacidad de sus registros de acuerdo con la ley. Recibirá una carta de nuestra parte confirmando que hemos recibido su solicitud de apelación.

Su solicitud de apelación debe incluir:

- Su nombre
- Fecha de nacimiento

- Dirección
- Número de identificación de miembro
- Número de teléfono
- Razón de la apelación

También puede incluir cualquier información que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Comuníquese con su médico si necesita obtener esta información.

Le recomendamos que guarde una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Las apelaciones rápidas son para servicios necesarios con urgencia. Si coincidimos en que es urgente, le informaremos una decisión en el plazo de 72 horas. Trataremos de llamarle para informarle la decisión antes de enviarle la decisión por escrito.

Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y será en su propio beneficio, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional.

Le informaremos por qué nos tomaremos tiempo adicional.

Si su apelación no es urgente, le informaremos la decisión en el plazo de 10 días desde su recepción. Le daremos una decisión por escrito en el plazo de 30 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y será en su propio beneficio, o si usted solicita tiempo adicional. Le informaremos que nos tomaremos tiempo adicional y le diremos los motivos.

La persona que toma la decisión no será la misma que la persona que participó en la revisión anterior o en la toma de decisiones.

Si decidimos una apelación sobre un servicio rechazado porque no era médicamente necesario, la decisión la determinará un profesional de atención médica con la experiencia clínica correspondiente en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar su información en persona, por teléfono o por escrito.

Si apenas, le enviaremos a usted o a su representante el archivo del caso a solicitud, que incluye los registros médicos y cualquier otro documento y registro que nosotros consideremos durante el proceso de apelación.

Para presentar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

Debe presentar una apelación del plan de salud ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** a partir de la fecha de nuestra decisión de apelación (resolución).

Debe realizar su apelación al estado por escrito. Puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una apelación estatal.

Escriba a la siguiente dirección: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Presentación en línea en: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

O envíe un fax a: **(651) 431-7523**

Infórmele al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Podrá solicitar a un amigo, familiar, defensor, prestador de servicios médicos o abogado que lo ayude. Su proveedor debe tener su permiso por escrito para solicitar una apelación estatal por usted.

Un juez de servicios humanos de la Oficina de apelaciones del estado celebrará una audiencia. Puede pedir asistir a la audiencia por teléfono, por video o en persona. Puede pedirles a sus proveedores u otras personas que den testimonio. Puede proporcionar documentos para que el juez los considere.

Este proceso puede tomar de 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio necesario con urgencia, dígaselo al juez o al defensor cuando llame o escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio rechazado porque no era médicamente necesario, puede pedir una revisión por parte de un experto médico. El experto médico es independiente del estado y de Blue Plus. El estado paga esta revisión. Este servicio no tiene costo alguno para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedirle al estado que reconsidere su decisión. Envíe una solicitud de reconsideración por escrito a la Oficina de apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota en el plazo de 30 días después de la fecha de la decisión. La información de contacto se menciona anteriormente en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar a la corte del distrito de su condado.

Quejas formales (quejas)

Puede presentar una queja formal ante nosotros **en cualquier momento**. No hay un plazo para presentar una queja formal ante nosotros. **Para presentarnos una queja formal oral:**

Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la Sección 1 e infórmenos el problema.

Le notificaremos una decisión en el plazo de 10 días. Es posible que demoremos hasta 14 días más para tomar una decisión si necesitamos más información y será en su propio beneficio, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le informaremos en el plazo de 10 días si nos tomamos tiempo adicional y le diremos los motivos.

Si su queja formal es sobre nuestro rechazo de una apelación rápida o una queja formal por problemas de atención médica urgente, le daremos una decisión en el plazo de 72 horas.

Para presentarnos una queja formal por escrito:

Envíenos una carta sobre su queja formal. Escriba a la dirección que figura en la Sección 1 debajo de “Apelaciones y quejas formales”. O puede enviarnos la carta al número de fax que aparece en la Sección 1.

Podemos ayudarle a redactar su queja formal. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la Sección 1 si necesita ayuda.

Le avisaremos cuando recibamos su queja formal por escrito en el plazo de 10 días.

Le daremos una decisión por escrito en el plazo de 30 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y será en su propio beneficio, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le informaremos que nos tomaremos tiempo adicional y le diremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar su queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Escriba a la siguiente dirección:

Minnesota Department of Health
Health Policy and Systems Compliance Monitoring Division
Managed Care Systems
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

Llame al: **1-800-657-3916** (esta llamada es gratuita) o al **(651) 201-5100 711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos.

Visite: health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html

También puede llamar a la Defensoría para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada para solicitar ayuda. La información de contacto se menciona después de esta sección.

Información importante sobre sus derechos al presentar una queja formal o apelación, o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado):

Si decide presentar una queja formal o apelación, o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado), no afectará su elegibilidad para recibir servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Puede pedir ayuda con su queja formal, apelación o apelación estatal a un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado.

No hay ningún costo para usted por presentar una apelación al plan de salud, una queja formal o una apelación estatal. Es posible que paguemos algunos gastos como el transporte, el cuidado infantil, las fotocopias, etc.

Si solicita sus registros médicos u otros documentos que utilizamos para tomar nuestra decisión, o desea obtener una copia, nosotros o su proveedor debemos proporcionárselos sin costo. Si lo solicita, debemos proporcionarle una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted. Es posible que deba presentar su solicitud por escrito.

Si necesita ayuda con su queja formal, apelación o apelación estatal, puede llamar o escribir al Defensor para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. Es posible que puedan ayudarle con problemas de facturación, servicio y acceso. También pueden ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nosotros, o a solicitar una apelación estatal.

Llame al: **(651) 431-2660**,
800-657-3729 o **711** (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos.
Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes,
de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro.

Escriba a la siguiente dirección:

Defensor para Programas Públicos de Atención Médica Administrada
P.O. Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249
Envíe un fax a: **(651) 431-7472**

Sección 14. Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras de este Manual para Miembros.

Medida: Esto incluye:

- Rechazar o autorizar de manera limitada el tipo o nivel del servicio.
- Reducir, suspender o cancelar un servicio que se aprobó con anterioridad.
- Rechazar el pago parcial o total de un servicio.
- No proporcionar servicios en una cantidad de tiempo razonable.
- No actuar en los marcos de tiempo requeridos para quejas formales y apelaciones.
- Rechazar la solicitud de un miembro de obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en una zona rural con solo un plan de salud.

Anestesia: los medicamentos que hacen que usted se duerma antes de la operación.

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción si usted piensa que hemos cometido un error. Puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura por medio de una apelación oral o por escrito.

Hijo: un miembro menor de 21 años.

Controles para niños y adolescentes (C&TC): un programa de atención médica especial de visitas de control de niños sanos para miembros menores de 21 años. Esto incluye una prueba de detección para verificar la existencia de problemas de salud. También incluye referencias para diagnóstico y tratamiento, según sea necesario.

Ensayo clínico: un estudio médico calificado que está sujeto a una examinación definida de pares; patrocinado por un programa de investigación clínica que cumpla con las reglas federales y estatales y las normas aprobadas y cuyos resultados se informan.

Copago: un monto fijo que podría pagar como la parte del costo que le corresponde cada vez que recibe ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos generalmente se pagan en el momento en que se proporcionan los servicios, suministros o medicamentos recetados.

Costo compartido: los montos que es posible que deba pagar para obtener sus servicios médicos. Consulte la Sección 6 para obtener más información acerca de los costos compartidos.

Servicios cubiertos: los servicios de atención médica que son elegibles para el pago.

Entendimiento cultural: el entendimiento cultural y lingüístico es la capacidad de las organizaciones de atención administrada y de los proveedores dentro de su red de proporcionar atención a los miembros con diversos valores, creencias y comportamientos, y de adaptar la prestación de atención para satisfacer las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los miembros. El objetivo es un sistema de prestación de atención médica y una fuerza laboral que pueda brindar la más alta calidad de atención a cada paciente, independientemente de su raza, origen étnico, antecedentes culturales, dominio del idioma, alfabetización, edad, sexo, orientación sexual, discapacidad, religión o estado socioeconómico.

Denegación, terminación o reducción (DTR) (Notificación de acción): un formulario o carta que le enviamos para informarle acerca de una decisión de un reclamo, servicio o cualquier otra medida que hayamos tomado.

Servicios de acceso directo: usted puede acudir a cualquier proveedor de la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una referencia o autorización previa de su médico de atención primaria o clínica de atención primaria antes de obtener los servicios.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos que su médico solicita para uso en el hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, equipos y suministros de oxígeno.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona con conocimiento medio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo, o que podrían provocar daños físicos o mentales graves. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo. Esto también se denomina Afección médica de emergencia.

Servicios/Atención de emergencia: los servicios con cobertura brindados por un profesional médico capacitado para brindar servicios de emergencia necesarios para tratar una emergencia médica. Esto también se denomina Atención en sala de emergencias.

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

Servicios excluidos: servicios que el plan no paga. La Asistencia médica (Medicaid) no pagará por ellos tampoco.

Servicio de experimentación: un servicio del cual no se ha probado su seguridad ni efectividad.

Estudio externo de revisión de calidad: un estudio acerca de cómo Blue Plus proporciona la calidad, los plazos y el acceso a la atención. Este estudio es externo e independiente.

Familias y niños: el nombre del programa de asistencia médica prepagada (PMAP) en el que se encuentra.

Planificación familiar: información, servicios y suministros que ayudan a una persona a decidir acerca de tener hijos. Estas decisiones incluyen tener un hijo, cuándo tenerlo o no tenerlo.

Cargo por servicio (Fee-for-Service, FFS): un método de pago para los servicios de salud. El proveedor médico le factura directamente al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota. El DHS le paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se usa cuando usted es elegible para MHCP pero no está inscrito en un plan de salud.

Formulario: la lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Queja formal: una queja que presenta sobre nosotros, o uno de nuestros profesionales o nuestras farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica para una enfermedad o lesión que se proporcionan en el hogar o en la comunidad donde las actividades normales de la vida llevan al miembro.

Centro de cuidados paliativos: un programa especial para miembros con enfermedades terminales y que tienen una expectativa de vida inferior a seis meses para brindarles comodidad durante el resto del tiempo que les queda. Ofrece servicios especiales para el miembro y su familia. Esto también se conoce como Servicios del centro de cuidados paliativos.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere que el paciente quede internado y, por lo general, requiere que permanezca durante la noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere que el paciente permanezca durante la noche.

Servicios de estabilización de la vivienda: servicios para ayudar a las personas con discapacidades, incluidas las enfermedades mentales y el trastorno por consumo de sustancias, y a las personas mayores a encontrar y mantener una vivienda. El propósito de estos servicios es apoyar la transición de una persona a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo en una vivienda de la comunidad y evitar períodos futuros de falta de vivienda o institucionalización.

Estadía en el hospital para pacientes hospitalizados: una internación en un hospital o centro de tratamiento que habitualmente dura 24 horas o más.

Servicio de investigación: un servicio del cual no se ha probado su seguridad ni efectividad.

Medicamento necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención para prevenir que ingrese en un hospital u hogar de atención médica especializada. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. La atención médicamente necesaria es adecuada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y salud conductual (incluida la salud mental y el trastorno por consumo de sustancias). Incluye el tipo y nivel del servicio. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye dónde obtiene los servicios y durante cuánto tiempo continúan. Los servicios médicamente necesarios deben:

- ser los servicios, suministros y medicamentos recetados que otros proveedores generalmente solicitarían;
- contribuir a que usted mejore o siga tan bien como está;
- ayudar a evitar que la afección empeore;
- ayudar a prevenir y encontrar problemas de salud.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más. También es para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con insuficiencia renal en la etapa final.

Plan de medicamentos recetados de Medicare: un plan de seguro que ofrece beneficios de medicamentos del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Programa de medicamentos recetados de Medicare: el beneficio de medicamentos recetados para los inscritos en Medicare. En algunas ocasiones se lo denomina Parte D de Medicare. La cobertura de medicamentos se proporciona a través del plan de medicamentos recetados de Medicare.

Miembro: una persona que recibe servicios a través de un determinado programa, como el Programa de atención médica de Minnesota o Medicare.

Manual para Miembros: el documento que está leyendo. Este documento describe qué servicios están cubiertos por el plan. Le indica qué debe hacer para recibir los servicios cubiertos, le indica sus derechos y responsabilidades y también los nuestros.

Red: nuestros proveedores contratados de atención médica para el plan.

Proveedores de la red: estos son proveedores que acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional. Mientras usted esté asegurado por nuestra cobertura, deberá usar profesionales que participan en la red para obtener los servicios con cobertura. Los proveedores de la red también se llaman proveedores del plan o proveedores participantes.

Defensoría para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada: una persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarle con los problemas de acceso, servicios o facturación. La Defensoría también puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación, o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado).

Servicios de acceso abierto: la ley federal y estatal le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso aunque no pertenezcan a nuestra red, a fin de obtener estos servicios.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios proporcionados en un hospital o centro para pacientes ambulatorios que no están en un nivel de atención de hospitalización. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios fuera del área: atención médica que un proveedor fuera de la red y fuera del área de servicio del plan proporciona a un miembro.

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene un acuerdo para proporcionar servicios con cobertura a los asegurados de nuestro plan. Esto también se conoce como un proveedor no participante.

Servicios fuera de la red: atención médica que un proveedor que no pertenece a la red del plan le proporciona a un miembro.

Plan de incentivo para médicos: formas especiales de pago entre nosotros y el médico o grupo médico que pueden afectar el uso de referencias. También pueden afectar otros servicios que usted puede necesitar.

Servicios médicos: servicios prestados por una persona autorizada por la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía. Servicios de atención médica que un médico matriculado (médico [Medical Doctor, M.D.] o médico especialista en medicina osteopática [Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.]) proporcione o coordine.

Plan: una organización que tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Los coordinadores de atención también pueden ayudarle.

Atención posterior a la estabilización: un servicio hospitalario necesario para ayudar a que las afecciones de una persona permanezcan estables después de obtener atención de emergencia. Comienza cuando el hospital solicita nuestra aprobación de cobertura. Continúa hasta que la persona reciba el alta, nuestro médico de la red del plan comience la atención o nosotros, el hospital y el médico concordemos un acuerdo diferente.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de atención médica para la cobertura de la salud o medicamentos recetados.

Programa de asistencia médica prepaga (PMAP): un programa en el cual el Estado contrata planes de salud para cubrir y administrar servicios de atención médica para afiliados de la Asistencia médica (Medicaid).

Receta médica: medicamentos indicados por un proveedor médico.

Cobertura de medicamentos recetados: un plan de salud que ayuda a pagar medicamentos y fármacos recetados. Consulte también el “Programa de medicamentos recetados de Medicare”.

Servicios preventivos: servicios que le ayudan a mantenerse sano, como exámenes médicos de rutina, vacunas y atención para personas sanas. Estos servicios ayudan a encontrar y prevenir problemas de salud. Los seguimientos de las afecciones que se han diagnosticado (como control de la diabetes) **no** son preventivos.

Clínica de atención primaria: la clínica de atención primaria (PCC) que usted elige para su atención de rutina. Esta clínica prestará la mayor parte de su atención.

Médico de atención primaria: su médico de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor de atención médica calificado al que usted consulta en su clínica de atención primaria. Esta persona administrará su atención médica.

Autorización previa: nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de que los reciba. Esto también se conoce como preautorización o autorización de servicio.

Proveedor: un profesional de la atención de la salud calificado o un centro aprobado en virtud de la ley estatal para proporcionar atención médica.

Queja sobre la calidad de la atención: a los fines de este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción expresa con respecto a servicios de atención médica que resulta en daño potencial o real para un miembro. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir: acceso, competencia del proveedor y del personal, idoneidad clínica de la atención, comunicaciones, comportamiento, consideraciones ambientales y de las instalaciones, y otros factores que podrían afectar la calidad de los servicios de atención médica.

Referido: consentimiento por escrito de su médico de atención primaria que es posible que deba obtener antes de usar ciertos proveedores, como especialistas, para los servicios cubiertos. Su médico de atención primaria debe escribirle un referido.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento y equipo que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante.

Programa de beneficiario restringido (RRP): un programa para miembros que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han abusado de los servicios. Si se encuentra en este programa, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una farmacia, un hospital u otro proveedor de servicios de atención médica designado. Debe hacer esto durante al menos 24 meses de elegibilidad para MCHP. Los miembros de este programa que no sigan las reglas del programa deberán permanecer en el programa durante 36 meses adicionales.

Segunda opinión: si no está de acuerdo con la opinión que recibe de un proveedor de la red del plan, tiene el derecho de recibir una opinión de otro proveedor. Pagaremos por esto. Para servicios de salud mental, la segunda opinión podría ser de un proveedor fuera de la red. Para los servicios de trastornos por consumo de sustancias, la segunda opinión será de un evaluador calificado diferente que no necesita estar en la red del plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no tenemos que aceptar una segunda opinión para servicios de trastorno por consumo de sustancias o salud mental.

Área de servicio: el área en que debe vivir la persona para poder convertirse o permanecer como miembro del plan. Póngase en contacto con Servicios para Miembros en el número de teléfono en la Sección 1 para obtener detalles acerca del área de servicio.

Autorización de servicio: nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de que los reciba. Esto también se conoce como preautorización o autorización previa.

Cuidado de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo puede ser proporcionado por personal de enfermería con licencia.

Especialista: un médico que presta atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Autorización permanente: consentimiento por escrito de nuestra parte para acudir a un especialista fuera de la red más de una vez (para atención continua).

Apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado): una audiencia ante el estado para revisar una decisión que nosotros hayamos tomado. Usted debe solicitar una audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una apelación estatal con su consentimiento por escrito. Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con alguno de los siguientes puntos:

- Rechazo, terminación o reducción de servicios.
- Inscripción en el plan.
- Rechazo de pago parcial o total de un reclamo por un servicio.
- Nuestro incumplimiento para actuar en los plazos requeridos para las apelaciones y autorizaciones previas.
- Cualquier otra acción.

Subrogación: nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre a otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando usted obtiene cobertura médica de acuerdo con este Plan por un servicio que está cubierto por otra fuente o pagador externo.

Trastorno por consumo de sustancias: el consumo de alcohol y drogas de una manera en que le sea perjudicial.

Estados Unidos: a los fines de este Manual para Miembros, Estados Unidos incluye los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Estadounidense y las Islas Marianas del Norte.

Atención de urgencia necesaria: cuidado que recibe por una enfermedad repentina, lesión o afección que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Esto también se conoce como atención de urgencia.

Sección 15. Información adicional

Esta sección le informa sobre diferentes temas: las directivas de atención médica, la administración de casos, los métodos de pago a proveedores, los derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer, cómo protegemos su privacidad, la mejora de la calidad y a dónde ir si se enferma o lesiona.

Directivas sobre la atención médica

¿Qué es una directiva sobre la atención médica?

Una directiva sobre la atención médica es un documento por escrito que informa a otros sobre sus deseos de atención médica. Le permite nombrar a una persona (“agente”) para que decida por usted si usted no puede decidir. También le permite nombrar a un agente si desea que alguien más decida por usted. Usted debe tener al menos 18 años de edad para realizar una directiva sobre la atención médica.

¿Cómo realizo una directiva sobre la atención médica?

Existen formularios para las directivas sobre la atención médica. No es necesario que use un formulario pero su directiva sobre la atención médica debe cumplir con los siguientes requisitos para que sea legal en Minnesota.

- Debe realizarse por escrito y estar fechada.
- Debe indicar su nombre legal.
- Debe estar firmada por usted o por alguien que usted autorice a firmar en su nombre en caso de que usted no pueda comprender o comunicar sus deseos de atención médica.
- Un notario público o dos testigos deben verificar su firma.
- Debe incluir la cita de un agente para tomar las decisiones de atención médica en su nombre o instrucciones acerca de las elecciones de atención médica que usted desea realizar.

Antes de preparar o revisar su directiva, debe discutir sus deseos de atención médica con su médico u otro proveedor de atención médica.

¿Por qué debo tener una directiva sobre la atención médica?

Una directiva sobre la atención médica es importante si el médico a cargo de su atención determina que usted no puede comunicar sus decisiones de atención médica (debido a una incapacidad física o mental). También es importante si desea que otra persona tome decisiones sobre su atención médica. En algunas circunstancias, su directiva puede establecer que desea que otra persona, que no sea el médico a cargo de su atención médica, tome las decisiones cuando usted no pueda tomar las suyas propias.

¿Debo tener una directiva sobre la atención médica?

No. No debe tener una directiva sobre la atención médica. Pero escribir una directiva ayuda a asegurarse de que se cumplan sus deseos.

¿Qué sucede si no tengo una directiva sobre la atención médica?

Recibirá tratamiento médico aunque no tenga una directiva por escrito. Los proveedores de atención médica escucharán lo que las personas cercanas a usted dicen acerca de sus preferencias de tratamiento, pero la mejor manera de asegurarse de que se cumplan sus deseos es tener una directiva sobre la atención médica.

¿Debo utilizar el formulario de directiva anticipada sobre la atención médica de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota?

No, únicamente si lo desea. Otros formularios están disponibles a través de hospitales y abogados. El formulario que se le proporciona es solo para su uso en Minnesota. Otros estados tienen diferentes formularios para directivas anticipadas.

¿Cómo elijo un agente de atención médica?

La persona que elige para que tome decisiones de atención médica por usted en caso de que no pueda tomar decisiones usted mismo se denomina agente de atención médica o apoderado. Algunos formularios utilizan el término poder permanente para el cuidado de la salud. La persona que elige como su agente debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 18 años (un requisito legal).
- Estar dispuesta a cumplir sus deseos y preferencias acerca de su caso.
- No intimidarse fácilmente por profesionales médicos o el sistema médico.
- Ser capaz de tomar decisiones difíciles y emocionales en tiempos de crisis.
- Estar cerca o disponible fácilmente cuando se lo necesita.

Puede nombrar a cualquier persona para que sea su agente.

¿Puedo elegir más de un agente de atención médica?

Puede nombrar a una o más personas para que actúen como sus agentes. Si lo hace, puede identificar una persona para que sea el agente principal y la(s) otra(s) para que sea(n) su(s) agente(s) alternativo(s). O puede indicar que desea que sus agentes actúen juntos.

Es muy importante que hable con cada persona a la que desea nombrar como un agente antes de completar su directiva para poder hacer lo siguiente:

- Comprobar si la persona está dispuesta a aceptar la responsabilidad.
- Informar a la persona acerca de sus deseos y preferencias para la atención
- Asegurarse de que la persona está dispuesta y sea capaz de cumplir sus deseos.

He preparado mi directiva sobre la atención médica en otro estado. ¿Todavía sirve?

Las directrices sobre la atención médica preparadas en otros estados son legales si cumplen los requisitos de las leyes de los otros estados o los requisitos de Minnesota; sin embargo, las solicitudes de suicidio asistido no se seguirán en Minnesota.

¿Qué puedo poner en una directiva sobre la atención médica?

Usted tiene muchas opciones sobre qué poner en su directiva sobre la atención médica. Por ejemplo, puede incluir lo siguiente:

- La persona o las personas en las que confía como su agente para que tome decisiones de atención médica en su nombre.
- Sus objetivos, valores y preferencias acerca de la atención médica.
- Los tipos de tratamiento médico que usted querría (o no querría).
- Cómo desea que su agente o sus agentes tomen las decisiones.
- Dónde quiere recibir atención.
- Instrucciones sobre nutrición e hidratación artificiales.
- Tratamientos para la salud mental.
- Instrucciones si está embarazada.
- Donaciones de órganos, tejidos y ojos
- Planificación del funeral.
- La persona que le gustaría tener como su tutor o custodio si hubiera una acción judicial.

Puede ser tan específico o general como lo desee. Puede elegir qué problemas o tratamiento tratar en su directiva sobre la atención médica.

¿Hay límites acerca de lo que puedo poner en mi directiva sobre la atención médica?

Hay algunos límites acerca de lo que puede poner en su directiva sobre la atención médica. Por ejemplo:

- Su agente debe tener al menos 18 años de edad.
- Su agente no puede ser su proveedor de atención médica, a menos que su proveedor de atención médica sea un familiar o usted brinde una razón por la que nombra al agente en su directiva.
- No puede solicitar tratamiento de atención médica que esté fuera de los límites de la práctica médica razonable.
- No puede solicitar suicidio asistido.

En mi directiva sobre la atención médica, ¿puedo designar que mi agente de atención médica tome decisiones financieras por mí?

No. La persona que elige como su agente de atención médica puede tomar decisiones de atención médica únicamente. Si desea designar a alguien para que se encargue de sus asuntos financieros o legales, debe consultarlo con un abogado.

¿Cuánto dura una directiva sobre la atención médica? ¿Se puede modificar?

Su directiva sobre la atención médica dura hasta que usted la modifique o cancele. Cualquier cambio debe cumplir con los requisitos de la directiva de atención médica. Puede cancelar su directiva mediante cualquiera de las siguientes opciones:

- Escribir una declaración en la que indique que desea cancelar su directiva sobre la atención médica existente.
- Destruir su directiva sobre la atención médica existente.
- Informar a al menos dos personas que desea cancelar su directiva sobre la atención médica existente.
- Escribir una nueva directiva sobre la atención médica.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención médica se niega a cumplir con mi directiva sobre la atención médica?

En general, su proveedor de atención médica cumplirá su directiva sobre la atención médica o cualquier otra instrucción de su agente, siempre que la atención médica siga prácticas médicas razonables. Sin embargo, ni usted ni su agente pueden solicitar tratamiento que no le sea útil a usted o que el proveedor no pueda proporcionar. Si el proveedor no puede seguir las indicaciones de su agente acerca del tratamiento de soporte vital, el proveedor debe informarle al agente. El proveedor también debe documentar la notificación en su registro médico. El proveedor debe permitir que el agente organice su traslado a otro proveedor que seguirá las indicaciones del agente.

¿Qué sucede si creo que Blue Cross and Blue Shield of Minnesota o Blue Plus no ha seguido los requisitos de la directiva sobre la atención médica?

Pueden presentarse quejas de este tipo ante el Departamento de Salud de Minnesota al:

Health Policy and Systems Compliance
Monitoring Division Manage Care System
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882
Teléfono: **(651) 201-5100** o **1-800-657-3916** (Esta llamada es gratuita)
TTY **711**

¿Qué debo hacer con mi directiva sobre la atención médica después de haberla firmado?

Deberá informar a otras personas de su directiva sobre la atención médica y entregarles copias de la misma. Es probable que desee informar a sus familiares, sus agentes de atención médica y sus proveedores de atención médica que tiene una directiva sobre la atención médica. Debería entregarles una copia. Sería bueno revisar y actualizar su directiva a medida que sus necesidades cambien. Guárdela en un lugar seguro donde pueda encontrarla fácilmente.

¿Cómo puedo obtener más información acerca de las directrices sobre la atención médica?

Puede hablar de su directiva sobre la atención médica y sus deseos con su médico de atención primaria o, si vive en Minnesota, póngase en contacto con la Junta sobre el envejecimiento de Minnesota al **(651) 431-2500** o a la línea gratuita **1-800-882-6262**, TTY **1-800-627-3529**, o bien, visite mnaging.org.

Administración de casos

Los proveedores, el personal de enfermería, los trabajadores sociales y los miembros o sus representantes pueden hacer una derivación a la administración de casos llamando al siguiente número.

Teléfono: **1-800-711-9862, (TTY 711)**

Administración de casos

La atención médica puede ser abrumadora, por lo que estamos aquí para ayudarle a mantenerse al tanto. Un administrador de casos le ayudará con lo siguiente:

- Averiguar cuál es su plan de atención.
- Responder preguntas.
- Ayudarle a recibir los servicios que necesita.
- Coordinar con sus médicos y su sistema de apoyo.

Si ha experimentado un evento crítico o un problema de salud que es complejo, le ayudaremos a conocer más sobre su enfermedad y desarrollar un plan de atención a través de nuestro programa de administración de casos complejos.

Acceso a administración de casos complejos

Utilizamos datos para averiguar qué miembros califican para nuestro programa de administración de casos complejos. Puede ser derivado a la administración de casos complejos a través de nuestros siguientes recursos:

- Línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Programa de manejo de enfermedades
- Planificación del alta hospitalaria
- Gestión de la utilización
- Derivación de miembro o cuidador
- Su médico u otro proveedor

Si tiene uno de estos problemas de salud u otro problema de salud complejo o especial y desea aprender más sobre la administración de casos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

Atención de afecciones

Un programa de Atención de afecciones (Condition Care, CC) puede ayudarle a obtener más de su vida. Como parte de sus beneficios de Blue Plus, estamos aquí para ayudarle a aprender más sobre su salud, teniéndole en cuenta a usted y sus necesidades en cada paso.

Nuestro equipo incluye personal de enfermería titulado llamados administradores de casos de CC. Le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su afección o problema de salud. Puede elegir inscribirse en un programa de CC sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de CC para recibir atención médica y servicios de apoyo si tiene alguna de estas afecciones:

- Asma
- Trastorno por consumo de sustancias
- Trastorno bipolar
- Insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo mayor: adultos
- Trastorno depresivo mayor: niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Enfermedad de la arteria coronaria (Coronary Artery Disease, CAD)
- Diabetes

Cómo funciona

Cuando se una a uno de nuestros programas de CC, un administrador de casos de CC:

- Le ayudará a crear objetivos de salud y elaborar un plan para alcanzarlos.
- Le dará capacitación y le apoyarán a través de llamadas telefónicas individuales.
- Llevará un registro de su progreso.
- Le proporcionará información sobre el apoyo local y los cuidadores.
- Responderá preguntas sobre su afección o plan de tratamiento (formas de ayudar con los problemas de salud).

- Le enviará materiales para obtener información sobre su afección, su salud y su bienestar general.
- Coordinará su atención con sus proveedores de atención médica, para ayudarle con lo siguiente:
 - Programar citas.
 - Coordinar transporte a visitas al proveedor de atención médica.
 - Derivarle a especialistas de nuestro plan de salud, si es necesario.
 - Recibir cualquier equipo médico que pueda necesitar.
- Ofrecer materiales educativos y herramientas para el control del peso y para dejar de fumar (cómo dejar de consumir tabaco).

Nuestro equipo de CC y su médico de atención primaria (PCP) están aquí para ayudarle con sus necesidades de atención médica.

Cómo inscribirse

Le enviaremos una carta para darle la bienvenida a un programa de CC, si reúne los requisitos. O bien, llámenos a la línea gratuita **1-888-830-4300 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., hora local.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Coordinar con un administrador de casos de CC para comenzar.
- Formular algunas preguntas sobre su salud y la salud de su hijo/a.
- Comenzar a trabajar juntos para crear su plan o el de su hijo/a.

Puede optar por excluirse (le retiraremos del programa) del programa en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita **1-888-830-4300 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., hora local, para excluirse del programa. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de caso de CC las 24 horas del día.

Acceso a personal de gestión de la utilización

Si tiene preguntas sobre la Administración de la Utilización (UM), llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita. También pueden ayudarle si necesita asistencia en otro idioma.

Puede dejar un mensaje de voz con preguntas de UM fuera del horario laboral y el asociado de UM le devolverá la llamada. El asociado de UM se identificará al iniciar o devolver llamadas por su nombre, cargo y nombre del plan de salud. Las comunicaciones recibidas después del horario de atención habitual se devuelven el siguiente día hábil y las comunicaciones recibidas después de la medianoche de lunes a viernes se responden el mismo día hábil.

Los procedimientos de UM que incluyen, entre otros:

- Revisión previa al servicio
- Revisión concurrente urgente
- Revisión posterior al servicio
- Presentación de una apelación

Métodos de pago a proveedores

Proveedores participantes

Blue Plus contrata a una gran mayoría de médicos, hospitales y clínicas en Minnesota para que sean parte de su red. Cada proveedor es un contratista independiente, no es un agente o empleado de Blue Plus. Estos proveedores de atención médica se denominan “Proveedores participantes”. Han acordado aceptar como pago total (menos los deducibles, coseguro y copagos) un monto que un plan de Blue Cross o Blue Shield ha negociado con sus proveedores participantes (la “cantidad permitida”). La cantidad permitida para el mismo servicio puede variar de un proveedor a otro. Se utilizan diversos métodos para pagarles a los proveedores de atención médica participantes. Si el proveedor es “participante”, este celebró un contrato y el método de pago es parte del contrato. La mayoría de los contratos y las tarifas de pago se negocian o revisan anualmente.

Pagos a proveedores profesionales o no institucionales (es decir, visitas al médico, consultas médicas)

- **Tarifa por servicio:** se les paga a los proveedores por cada servicio o paquete de servicios. El pago se basa en el monto de los cargos facturados del proveedor.
- **Tarifa por servicio con descuento:** se les paga a los proveedores una parte de los cargos facturados por cada servicio o paquete de servicios. El pago puede ser un porcentaje del cargo facturado o puede estar basado en una lista de tarifas que se desarrolla utilizando una metodología similar a la utilizada por el gobierno federal para pagar a los proveedores por los servicios de Medicare.

- **Tarifa por servicio con descuento, retenciones y bonificaciones:** se les paga a los proveedores una parte de sus cargos facturados por cada servicio o paquete de servicios, y se retiene una parte (generalmente, entre el 5 % y el 20 %) del pago del proveedor. Como un incentivo para promocionar la atención de alta calidad y rentable, es posible que el proveedor reciba toda o una parte del monto de retenciones en función de la rentabilidad de la atención del proveedor. Con el fin de determinar la rentabilidad, se fija un objetivo por miembro por mes. El objetivo se establece utilizando información de pago histórica para predecir los costos promedio. Si los costos del proveedor se encuentran por debajo de este objetivo, los proveedores son elegibles para recibir una devolución de todo o una parte del monto de retenciones, y es posible que también califiquen para el pago de una bonificación adicional.
- **Lista de cargos para programas de atención médica de Minnesota:** se les puede pagar a los proveedores a un determinado porcentaje de la Lista de cargos para programas públicos. Posiblemente, en los casos que presentan un costo elevado y para servicios preventivos u otros se excluya el pago de la tarifa por servicio con descuento y el pago de retenciones. Cuando se excluye el pago para estos servicios, se le paga al proveedor según una tarifa por servicio con descuento, pero no se retiene ninguna porción del pago del proveedor.

Pagos a proveedores institucionales (es decir, hospitales y otras instituciones)

- **Atención para pacientes hospitalizados**
- **Pagos por cada caso (tarifa del caso):** se les paga a los proveedores un monto fijo basado en el diagnóstico del miembro en el momento de la admisión, independientemente de la cantidad de días que el miembro esté hospitalizado. Es posible que el monto de este pago se ajuste si la duración de la estadía es inusualmente larga o corta en comparación con el promedio de estadía para dicho diagnóstico (“pago atípico”). Este método es similar a la metodología de pago utilizada por el gobierno federal para pagar a los proveedores por los servicios de Medicare.
- **Pagos por cada día:** se les paga a los proveedores un monto fijo por cada día que el paciente permanece en el hospital o la instalación.
- **Porcentaje de los cargos facturados:** se les paga a los proveedores un porcentaje de los cargos facturados del hospital o la instalación por los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los servicios en el hogar.
- **Atención para pacientes ambulatorios**
- **Pagos por cada categoría de servicios:** se les paga a los proveedores un monto fijo o combinado por cada categoría de servicios para pacientes ambulatorios que reciba un miembro durante una (1) o más visitas relacionadas.

- **Pagos por cada visita:** se les paga a los proveedores un monto fijo o combinado por todos los servicios relacionados que un miembro reciba en atención ambulatoria o en el hogar durante una (1) visita.
- **Pagos por cada paciente:** se les paga a los proveedores un monto fijo por paciente por año calendario para ciertas categorías de servicios ambulatorios.
- **Lista de cargos para programas de atención médica de Minnesota:** se les puede pagar a los proveedores a un determinado porcentaje de la Lista de cargos para programas públicos. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota publica periódicamente su Lista de cargos para programas públicos.

Pago de farmacia

Se comparan cuatro tipos de precios y se paga el más bajo de los cuatro:

- el precio mayorista promedio del medicamento, menos un descuento, más una tarifa por despachar los medicamentos; o
- el precio minorista de la farmacia; o
- el costo máximo permitido que determinamos por la comparación de los precios del mercado (para medicamentos genéricos únicamente); o
- el monto total del cargo facturado de la farmacia.

Proveedor no participante

Generalmente, no hay cobertura para servicios que usted recibe de un proveedor no participante, es decir, un proveedor que no pertenece a la red. Existen algunas excepciones a esta regla que se describen en su Manual para miembro. En la medida en que Blue Plus cubra los servicios que usted recibe de un proveedor no participante, el pago se basará en una metodología de pago que Blue Plus utiliza para pagar un tipo similar de proveedor participante. En determinadas circunstancias, el pago puede limitarse a la Lista de cargos de los programas de atención médica de Minnesota, monto en el cual se basa el pago de un determinado servicio cubierto de un proveedor en particular.

La cantidad permitida para el mismo servicio puede variar de un proveedor a otro. Todos los beneficios se basan en la cantidad permitida, excepto que se indique en el “Cuadro de beneficios”.

Blue Plus participa del Programa de asociación de salud integrada (Integrated Health Partnership, IHP) junto con el Departamento de Servicios Humanos de MN. A través del programa IHP, se les da a los proveedores un coste objetivo para una población atribuida. Se les puede pagar a los proveedores que cumplan con los objetivos de calidad una parte de los ahorros de reducir el costo total general de la atención. Esta metodología de pago incentiva una atención bien coordinada y de alta calidad a menores costos.

Lo anterior solo es un resumen general de nuestras metodologías de pago a proveedores. Las metodologías de pago a proveedores pueden cambiar ocasionalmente, y la metodología actual de cada proveedor puede no estar reflejada en este resumen.

Tenga en cuenta que es posible que algunas de estas metodologías de pago no se apliquen a su plan particular. La información detallada sobre las autorizaciones de pago para los servicios prestados por los proveedores no participantes en particular se encuentra disponible en nuestro sitio web en bluecrossmn.com.

Qué hacer si recibe una factura de un proveedor

En la mayoría de los casos, no debería recibir una factura por parte de un proveedor. Pero, puede que deba pagar los cargos en los siguientes casos:

- Usted aceptó por escrito con anticipación pagar la atención que no ofrecemos después de que usted nos solicitó una autorización.
- Usted aceptó con anticipación por escrito pagar la atención de un proveedor que no trabaja con nosotros y no recibió nuestra autorización con anticipación.

Si recibe una factura y no cree que deba pagar los cargos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711**. Esta llamada es gratuita. Tenga la factura con usted cuando nos llame y díganos:

- La fecha del servicio
- El monto que se cobra
- Por qué se le factura

También puede enviar una carta indicando que se le ha enviado una factura. Envíe la carta y la factura a la siguiente dirección:

Claims

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota

P.O. Box 982816

El Paso, TX 79998-2816

A veces, es posible que reciba un estado de cuenta de un proveedor que no es una factura. Llámenos si tiene alguna pregunta y le ayudaremos a determinar si tiene que pagar la factura.

Para verificar la información actual o para obtener más información sobre un proveedor, usted puede llamar al proveedor, llamar a Servicios para Miembros al teléfono en la Sección 1 o visitar nuestro sitio web que se indica en la Sección 1.

Derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

En virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, los planes de salud deben brindar cobertura para la reconstrucción de la mama después de una mastectomía. El beneficio incluye lo siguiente:

- reconstrucción de la mama en la que se le realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para crear un aspecto simétrico; y
- prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los edemas linfáticos.

Se coordinará la atención con su médico de atención primaria y estará cubierta bajo sus beneficios médicos/quirúrgicos.

Cómo protegemos su privacidad

Nuestras leyes de privacidad protegen su información de salud personal. Cumplimos las leyes federales y estatales que protegen su información, ya sea en papel, en Internet, por teléfono, por escrito, de forma electrónica u oral. En la mayoría de los casos, necesitamos su autorización antes de poder compartir su información médica personal. Esto incluye registros de salud, datos de reclamos y cualquier otro asunto que lo identifique.

Usted tiene derecho a elegir “sí” o “no” cuando le solicitemos compartir su información. Si autoriza nuestra solicitud, describiremos qué compartiremos. Le informaremos cómo se utilizará y por cuánto tiempo dura su consentimiento.

Por ley, hay casos en los que no necesitamos su autorización antes de compartir información personal. Por ejemplo, podemos compartir datos con:

- Los empleados o contratistas de Blue Plus que manejan las solicitudes y los reclamos.
- Proveedores: si necesitan confirmar sus beneficios o si necesitamos revisar su trabajo. (Tenemos estrictas reglas de privacidad con todos los proveedores).
- Los investigadores de la salud o las personas que realizan los estudios del plan de salud. Cuando participamos en estudios de investigación que utilizan su información, le escribimos para explicarle el estudio. Por lo tanto puede elegir si desea compartir su información. Tenga en cuenta lo siguiente: los investigadores solo pueden ver los datos que no lo identifican.

Si no puede firmar el formulario para autorizar que compartamos su información, Blue Plus le solicitará a su representante legalmente autorizado (padre, tutor o custodio que sea su apoderado legal) que firme. Se requiere una prueba de identidad.

Puede solicitar una copia por escrito de su información de salud personal. Sin embargo, es posible que no compartamos los registros con usted si su médico cree que contienen información delicada. Si cree que se violaron sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión relacionada con su información de salud personal, puede hacer lo siguiente:

1. Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
2. Escriba a la dirección de Blue Plus que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.
3. Escriba al Departamento de Salud de Minnesota:

Minnesota Department of Health
Managed Care Systems
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

Para conocer más acerca de nuestros procedimientos de privacidad, visite bluecrossmn.com (haga clic en “Legal & Privacy” “Privacidad y asuntos legales” en la parte inferior) o llame a Servicio para Miembros.

Mejora de la calidad

Usted merece atención médica y de salud conductual de alta calidad. Nuestro Programa de mejora de la calidad (Quality Improvement, QI) revisa los servicios que recibe de nuestros médicos, hospitales y otros servicios de atención médica. Esto garantiza que reciba atención que sea de buena calidad, útil y adecuada para usted. Su salud es importante para nosotros y creemos que el trabajo de calidad produce resultados de calidad. Ponemos a disposición información sobre nuestro Programa de mejora de la Calidad todos los años en nuestro sitio web y por escrito para los miembros si lo solicitan. Trabajamos arduamente para asegurarnos de que tenga acceso a una excelente atención.

Para lograrlo, hacemos lo siguiente:

- Tenemos programas y servicios para ayudar a mejorar su calidad de atención médica.
- Proporcionamos herramientas de aprendizaje sobre embarazo y atención de recién nacido para todas las miembros embarazadas y las madres primerizas.

- Encontramos programas locales en su comunidad que le ayuden a obtener estos servicios si los necesita.
- Organizamos eventos de aprendizaje para responder sus preguntas e inquietudes y ayudarle a aprovechar al máximo su atención médica.
- Seguimos las pautas estatales y federales.
- Observamos nuestros resultados de calidad para encontrar nuevas formas de brindar una mejor atención.

¿Desea obtener más información sobre cómo funciona nuestro Programa de mejora de la calidad? Llámenos al **1-800-711-9862, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita. Pídanos que le enviemos por correo una copia de nuestro folleto del programa. También podemos brindarle más información sobre las formas en que nos aseguramos de que reciba servicios de atención médica de calidad.

También puede revisar la calidad y el costo de la atención. Esto puede ayudarle a tomar mejores decisiones relacionadas con su atención. Visite estos sitios en línea para obtener más información:

The Leapfrog Group: leapfroggroup.org

Comparación de hospitales: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare>

Programa de informes de calidad de pacientes hospitalizados:

<https://www.cms.gov/medicare/quality/initiatives/hospital-quality-initiative/inpatient-reporting-program>

Su opinión es importante para nosotros. Recibirá una encuesta de satisfacción del miembro cada año para informarnos cómo nos está yendo. Sus respuestas son anónimas.

Esta información se utiliza para mejorar nuestros servicios y su atención. Si le ayudamos, cuéntenos en la encuesta.

También puede formar parte de nuestro Comité Asesor de Miembros de la Comunidad (Community Member Advisory Committee, CMAC). Como parte de este grupo, puede contarnos sus puntos de vista e ideas para ayudarnos a comprender lo que necesitan nuestros miembros. También nos ayudará a averiguar cómo podemos mejorar la calidad y el costo de la atención médica. Para obtener más información sobre CMAC, llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

Derechos y responsabilidades adicionales

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Obtener información sobre el plan de salud, sus servicios, sus médicos y otros proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.

Obtener información sobre tratamientos, sus opciones de tratamiento y cómo le ayudarán o le causarán daño, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.

Recibir información sobre las organizaciones, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y sus derechos y responsabilidades como miembro.

Participar en una conversación honesta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.

Expresar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que brinda. Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Usted es responsable de seguir los planes y las instrucciones para su atención que ha acordado con sus médicos.

Queremos que conozca sus derechos y responsabilidades como miembro de Blue Plus. Le informaremos al respecto cuando se inscriba y una vez al año después de eso. Si tiene preguntas sobre sus derechos, responsabilidades o cómo solicitar información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711** (esta llamada es gratuita).

Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Los miembros tienen acceso a un Directorio de proveedores que enumera la dirección, el número de teléfono y la capacitación especial de los proveedores de la red del plan. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-711-9862, TTY 711** (esta llamada es gratuita) o visitando nuestro sitio web en bluecrossmn.com/publicprograms.

Cómo tomar decisiones sobre los beneficios

Usted nos importa y queremos ayudarle a obtener la atención médica que necesita. No damos incentivos por denegaciones de servicios y solo tomamos decisiones basadas en

la idoneidad de la atención y los beneficios disponibles. Sus médicos y otros proveedores de salud trabajan con usted para decidir qué es lo mejor para usted y su salud. Su médico puede solicitarnos nuestra autorización para pagar un determinado servicio de atención médica. Basamos nuestra decisión en dos cosas:

- Si la atención es médicamente necesaria o no*
- Qué beneficios de atención médica tiene

No pagamos ni recompensamos a médicos u otros trabajadores de la salud para que hagan lo siguiente:

- Negarle atención
- Decir que usted no tiene beneficios
- Aprobar menos atención de la que necesita

* Médicamente necesaria significa que pagaremos los servicios necesarios para:

- Proteger su vida
- Evitar que tenga una enfermedad o discapacidad grave
- Reducir el dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones

Estos servicios cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica organizada. Para conocer más sobre cómo se toman las decisiones de beneficios médicos, llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-711-9862**, **TTY 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

La equidad es una prioridad

Sepa que sus médicos o sus otros proveedores de atención médica no pueden tratarle de manera diferente por estos motivos:

- Su edad
- Su sexo o identidad de género
- Su raza
- Su nacionalidad
- Sus necesidades de idioma
- El grado de su enfermedad o afección médica

Aviso importante

Algunos hospitales y proveedores pueden optar por no prestar un servicio debido a sus creencias. Pueden elegir esto incluso si el servicio de atención médica es un servicio aprobado. Algunos ejemplos son:

- Planificación familiar
- Servicios anticonceptivos (incluye anticoncepción de emergencia) para prevenir el embarazo
- Esterilización (incluye ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto) para evitar el embarazo
- Tratamientos para la infertilidad (para ayudar a una familia a tener hijos)
- Aborto (elección de poner fin a un embarazo)

Puede obtener más información antes de seleccionar un proveedor. Puede llamarnos a nosotros, o llamar al médico o a la clínica que planea usar.

Nuevos tratamientos médicos

Queremos que se beneficie de nuevos tratamientos, por lo que los revisamos de forma rutinaria. Un grupo de médicos de atención primaria, especialistas y directores médicos deciden si un tratamiento:

- Está aprobado por el gobierno
- Ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes
- Ayudará a los pacientes tanto como, o más que, los tratamientos que se usan actualmente
- Mejorará la salud del paciente

El grupo de revisión analiza todos los detalles y decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico nos pregunta sobre un tratamiento que el grupo de revisión aún no ha analizado, los revisores aprenderán sobre el tratamiento. Le informarán a su médico si el tratamiento es médicamente necesario y si lo aprobamos.

Si está enfermo o lesionado, ¿a dónde va?

No necesita una derivación para consultar a especialistas de la red del plan o para recibir servicios de salud conductual y servicios hospitalarios que están dentro de la red. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayor parte de los servicios de atención médica que necesita y le ayudará a coordinar su atención.

Atención fuera del horario de atención/cuando el consultorio de su médico de atención primaria está cerrado

La atención fuera del horario de atención es atención que necesita cuando tiene un problema de salud urgente que desea analizar con un profesional de la salud, pero el consultorio de su proveedor está cerrado. Si necesita atención fuera del horario de atención, llame a su proveedor para saber qué hacer cuando el consultorio esté cerrado. Los consultorios de los proveedores tienen contestadores automáticos o servicios de respuesta para ayudar con problemas de salud fuera del horario de atención. También puede llamar a la Línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **888-275-3974, TTY 711**. Esta llamada es gratuita.

Atención de urgencia

Una afección médica urgente no es una emergencia, pero necesita atención médica dentro de las 24 horas. No es lo mismo que una verdadera emergencia. Llame a su médico de atención primaria o clínica de atención primaria si su afección es urgente y necesita ayuda médica dentro de las 24 horas. Si no puede comunicarse con su médico de atención primaria o clínica de atención primaria, llame a la Línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días feriados, al **1-888-275-3974, TTY 711**. Esta llamada es gratuita.

Cuidado de emergencia

Una emergencia es una afección médica con síntomas tan graves que usted cree razonablemente que no recibir atención médica de inmediato puede ser potencialmente mortal o causar daños graves a usted o a su bebé en gestación. Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.

Llame a su médico de atención primaria o clínica de atención primaria dentro de las 24 horas después de ir a la sala de emergencia o si se ha registrado en el hospital. Su médico de atención primaria programará una visita con usted para la atención de seguimiento.

Cómo encontrar información adicional sobre sus beneficios y acceso a servicios médicos

Puede visitar bluecrossmn.com/publicprograms para encontrar información sobre beneficios o servicios médicos que pueda necesitar, incluidos los siguientes:

- Un manual para miembros que incluye sus beneficios, y cómo acceder a sus beneficios y proveedores

- Un Directorio de proveedores que incluye la especialidad, la dirección y el número de teléfono del proveedor, las calificaciones profesionales, la facultad de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y la certificación de la junta
- Cómo presentar una queja formal o una apelación
- Qué hacer si recibe una factura
- Cómo obtener asistencia lingüística o una copia del Manual para Miembros u otros materiales para miembros en un idioma que no sea inglés