**[TEXTO ESTÁNDAR DEL MANUAL PARA MIEMBROS DE BADGERCARE PLUS Y MEDICAID SSI]**

**Servicios de interpretación**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* Provee dispositivos y servicios gratuitos a personas con discapacidades, por ejemplo:
	+ Intérpretes en lengua de señas
	+ Información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos.
* Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
	+ Intérpretes.
	+ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con *[Name of entity or of contact at HMO]* llamando al *[800-xxx-xxxx]*.

**Tabla de contenidos**

[NÚMEROS DE TELÉFONO DE *[HMO PROGRAM NAME]* IMPORTANTES 4](#_Toc148373460)

[OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES 5](#_Toc148373461)

[BIENVENIDO A *[HMO]* 7](#_Toc148373462)

[**Cómo utilizar la tarjeta de membresía de *[HMO]*** 7](#_Toc148373463)

[**Cómo utilizar la tarjeta de ForwardHealth** 7](#_Toc148373464)

[**Cómo utilizar el Directorio de proveedores** 8](#_Toc148373465)

[**Elección de un proveedor de cuidados primarios** 9](#_Toc148373466)

[**Conversación sobre las necesidades de salud de los nuevos miembros** 9](#_Toc148373467)

[OBTENER LA ATENCIÓN QUE NECESITA 9](#_Toc148373468)

[**Atención de emergencia** 9](#_Toc148373469)

[**Atención de urgencia** 10](#_Toc148373470)

[**Servicios de especialistas** 11](#_Toc148373471)

[**Acceso a la atención durante el embarazo y el parto** 11](#_Toc148373472)

[**Servicios de telemedicina** 11](#_Toc148373473)

[**Acceso a atención médica cuando está fuera de casa** 12](#_Toc148373474)

[LOS SERVICIOS QUE PODEMOS FACTURARLE 12](#_Toc148373475)

[**Servicios cubiertos y no cubiertos** 12](#_Toc148373476)

[**Copagos** 13](#_Toc148373477)

[SERVICIOS CUBIERTOS POR *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 13](#_Toc148373478)

[SERVICIOS CUBIERTOS POR *[HMO]* 16](#_Toc148373479)

[**Servicios de salud mental y para el tratamiento del abuso de sustancias** 16](#_Toc148373480)

[**Servicios de planificación familiar** 16](#_Toc148373481)

[**Servicios de HealthCheck** 17](#_Toc148373482)

[**Servicios dentales** 17](#_Toc148373483)

[SERVICIOS CUBIERTOS POR FORWARDHEALTH 19](#_Toc148373484)

[**Servicios de tratamiento conductual (autismo)** 19](#_Toc148373485)

[**Servicios quiroprácticos** 20](#_Toc148373486)

[**Servicios de transporte** 20](#_Toc148373487)

[**Beneficios de farmacia** 20](#_Toc148373488)

[SERVICIOS NO CUBIERTOS POR *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* 21](#_Toc148373489)

[SERVICIO O ESTABLECIMIENTO EN LUGAR DE 21](#_Toc148373490)

[OBTENCIÓN DE UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA 22](#_Toc148373491)

[ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN (COORDINACIÓN) 22](#_Toc148373492)

[COMPLETAR INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS, UN TESTAMENTO EN VIDA O UN PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 22](#_Toc148373493)

[TRATAMIENTOS Y SERVICIOS NUEVOS 23](#_Toc148373494)

[OTRO SEGURO 23](#_Toc148373495)

[SI SE MUDA 23](#_Toc148373496)

[CAMBIOS EN SU COBERTURA DE MEDICAID 23](#_Toc148373497)

[EXENCIONES DE HMO 23](#_Toc148373498)

[PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA FORMAL O APELACIÓN 24](#_Toc148373499)

[**Quejas formales** 24](#_Toc148373500)

[**Apelaciones** 25](#_Toc148373501)

[**Audiencias imparciales** 27](#_Toc148373502)

[SUS DERECHOS 28](#_Toc148373503)

[SUS RESPONSABILIDADES: 30](#_Toc148373504)

[CÓMO CANCELAR SU MEMBRESÍA EN *[HMO]* 30](#_Toc148373505)

[FRAUDE Y ABUSO 31](#_Toc148373506)

# NÚMEROS DE TELÉFONO DE *[HMO PROGRAM NAME]* IMPORTANTES

1. **Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) de *[HMO]***

Número de teléfono: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) para lo siguiente:**

* Hacer preguntas sobre su membresía en *[HMO].*
* Hacer preguntas sobre cómo recibir cuidados.
* Solicitar ayuda para elegir un médico de atención primaria u otro proveedor.
* Solicitar ayuda para obtener una tarjeta de membresía de *[HMO]* nueva.
* Solicitar ayuda para obtener una copia impresa del directorio de proveedores de *[HMO].*
* Informar que recibió una factura por un servicio que no ha aceptado.

Las llamadas a este número son gratuitas. Se dispone de intérpretes gratuitos para las personas que no hablan inglés.

1. **Defensor de miembros de [HMO]**

Número de teléfono: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Llame al Defensor de miembros para lo siguiente:**

* Solicitar ayuda para resolver problemas relacionados con la atención.
* Solicitar ayuda para presentar quejas.
* Obtener ayuda para solicitar una apelación o revisión de una decisión tomada por *[HMO].*

Las llamadas a este número son gratuitas. Se dispone de intérpretes gratuitos para las personas que no hablan inglés.

1. **Número de emergencias de [HMO]**

Número de teléfono: 800-xxx-xxxx Llame las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Llame a este número si necesita ayuda fuera del horario de atención o si piensa que está sufriendo una emergencia médica.**

Las llamadas a este número son gratuitas. Se dispone de intérpretes gratuitos para las personas que no hablan inglés.

**Si tiene una emergencia, llame al 911.**

# OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1. **Servicios para miembros (Member Services) de ForwardHealth**

Número de teléfono: 800-362-3002 Horario de atención: 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

TDD/TTY:

Correo electrónico: memberservices@wisconsin.gov

**Llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) de ForwardHealth para lo siguiente:**

* Hacer preguntas sobre cómo utilizar su tarjeta de ForwardHealth.
* Hacer preguntas sobre los servicios o proveedores de ForwardHealth.
* Solicitar ayuda para obtener una tarjeta de ForwardHealth nueva.
1. **Especialista en inscripción de la HMO**

Número de teléfono: 800-291-2002 Horario de atención: 7:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

TDD/TTY:

**Llame al Especialista en inscripción de la HMO en los siguientes casos:**

* Si necesita información general sobre las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y la atención administrada.
* Si necesita ayuda para cancelar la inscripción o la exención de *[HMO]* o la atención administrada.
* Si se muda fuera del área de servicio de *[HMO].*
1. **Programa Defensor del pueblo (Ombuds) de HMO de Wisconsin**

Un Defensor del pueblo (Ombuds) es una persona que ofrece ayuda neutral, privada e informal sobre cualquier pregunta o problema que tenga como miembro de *[HMO]*.

Número de teléfono: 800-760-0001 Horario de atención: 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.

TDD/TTY:

**Llame al Prgrama Defensor del pueblo (Ombuds) para lo siguiente:**

* Obtener ayuda para resolver problemas relacionados con la atención o los servicios que recibe de *[HMO]*.
* Obtener ayuda para comprender sus derechos y responsabilidades como miembro.
* Obtener ayuda para presentar una queja o apelación sobre una decisión tomada por *[HMO]*.
1. **Defensor externo (solo para Medicaid SSI)**

Número de teléfono: 800-708-3034 Horario de atención: 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

TDD/TTY:

**Llame al Defensor externo de Medicaid SSI para lo siguiente:**

* Obtener ayuda para resolver problemas relacionados con la atención o los servicios que recibe de *[HMO]*.
* Solicitar ayuda para presentar quejas.
* Obtener ayuda para solicitar una apelación o revisión de una decisión tomada por *[HMO]*.

# BIENVENIDO A *[HMO]*

Bienvenido a *[HMO Program Name]. [HMO]* es un plan de salud que gestiona el programa *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. BadgerCare Plus es un programa de atención médica. Ayuda a niños, personas embarazadas y adultos con bajos ingresos de Wisconsin. Medicaid SSI es un programa que ayuda a las personas que tienen Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) a obtener atención médica. [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

Este manual puede ayudarle con lo siguiente:

* Conocer los aspectos básicos de *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI].*
* Consultar los servicios cubiertos por *[HMO]* y ForwardHealth.
* Conocer sus derechos y responsabilidades.
* Presentar una queja o apelación si tiene problemas o inquietudes.

*[HMO]* cubrirá la mayoría de sus necesidades de atención médica Medicaid de Wisconsin cubrirá necesidades otras a través de ForwardHealth. Para obtener más información, consulte las secciones de *servicios cubiertos por [HMO]* y los *servicios cubiertos por ForwardHealth* de este manual.

**Cómo utilizar la tarjeta de membresía de *[HMO]*** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

Utilizará su tarjeta de membresía de *[HMO]* para recibir atención de médicos, clínicas y hospitales de la red de proveedores de *[HMO]*. Esta es la lista de proveedores que tienen contrato con *[HMO]* para proveer sus servicios de atención médica.

**Siempre lleve su tarjeta de *[HMO]* con usted. Muéstrela cada vez que recibe atención médica.** Si no la lleva consigo, es posible que tenga problemas para recibir servicios médicos. Si pierde, daña o le roban la tarjeta de *[HMO]*, *[insert instructions here]*.

## **Cómo utilizar la tarjeta de ForwardHealth**

Recibirá la mayor parte de la atención médica a través de proveedores de *[HMO]*. Sin embargo, es posible que tenga que obtener algunos servicios a través de su tarjeta de ForwardHealth.

Utilice su tarjeta ForwardHealth para obtener los servicios de atención médica que se indican a continuación:

* Servicios de tratamiento conductual (autismo).
* Servicios quiroprácticos.
* Servicios de intervención en caso de crisis.
* Servicios comunitarios de recuperación.
* Servicios comunitarios integrales.
* Servicios dentales. *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Servicios integrados domiciliarios de apoyo a la recuperación Hub and spoke.
* Gestión de la terapia con medicamentos.
* Medicamentos y servicios farmacéuticos.
* Transporte médico que no es de emergencia.
* Coordinación de cuidados prenatales.
* Tratamiento residencial de trastornos por consumo de sustancias.
* Servicios escolares.
* Manejo de casos específicos.
* Servicios relacionados con la tuberculosis.

La tarjeta de ForwardHealth es distinta de la tarjeta de *[HMO]*. Es una tarjeta plástica con su nombre. También tiene un número de 10 dígitos y una banda magnética. Siempre lleve consigo su tarjeta ForwardHealth. Muéstrela cada vez que vaya al médico o al hospital, y cada vez que le hagan una receta. Es posible que tenga problemas para obtener servicios de atención médica o recetas si no tiene su tarjeta con usted. También traiga cualquier otra tarjeta de seguro médico que pueda tener. Esto podría incluir una tarjeta de identificación de *[HMO Program]* o de otros proveedores de servicios.

Si tiene preguntas sobre cómo utilizar la tarjeta ForwardHealth o si la pierde, daña o se la roban, llame a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002. Busque un proveedor que acepte la tarjeta ForwardHealth:

1. Diríjase a [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Haga clic en el enlace Miembros (Members) o icono en la sección central de la página
3. Desplácese hacia abajo y haga clic en la pestaña Recursos (Resources).
4. Haga clic en el enlace Buscar un proveedor (Find a Provider).
5. En Programa (Program), seleccione BadgerCare/Medicaid.

O póngase en contacto con Servicios para Miembros de ForwardHealth llamando al
800-362-3002.

## **Cómo utilizar el Directorio de proveedores**

Como miembro de *[HMO],* debe recibir atención médica de los médicos y hospitales de la red de *[HMO]*. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de estos proveedores. Los proveedores que aceptan nuevos pacientes figuran en el Directorio de proveedores.

El Directorio de proveedores es una lista de médicos, clínicas y hospitales que puede utilizar para obtener servicios de atención médica como miembro de *[HMO]. [HMO]* dispone del Directorio de proveedores en diferentes idiomas y formatos. Encontrará el Directorio de proveedores en el sitio web *[insert URL]*. Para obtener una copia impresa del Directorio de proveedores, llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]*.

Los proveedores de *[HMO]* son conscientes de las necesidades de diversas culturas. Consulte el Directorio de proveedores *[HMO]* para obtener una lista de proveedores con personal que hable determinados idiomas o comprenda determinadas culturas étnicas o creencias religiosas. El Directorio de proveedores también puede informarle sobre las adaptaciones que ofrecen los proveedores.

## **Elección de un proveedor de cuidados primarios**

Cuando necesita atención, primero debe llamar al proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP). Un proveedor de cuidados primarios puede ser un médico, enfermero, asistente médico u otro proveedor que preste, dirija o le ayude a obtener servicios de atención médica. Puede elegir un proveedor de cuidados primarios del Directorio de proveedores de *[HMO]*. Utilice la lista de proveedores que aceptan nuevos pacientes. Si es indio americano o nativo de Alaska, puede consultar con un proveedor de atención médica para personas indígenas (Indian Health Care Provider) fuera de nuestra red.

**Llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al
*[800-xxx-xxxx]* para elegir o cambiar de proveedor de cuidados primarios.** Puede mantener su proveedor de cuidados primarios actual si forma parte de nuestra red de proveedores. Su proveedor de cuidados primarios le ayudará a decidir si necesita ver a otro médico o especialista. Si es necesario, puede darle una referencia. Si desea consultar con un especialista o un hospital determinado, necesitará una referencia del proveedor de cuidados primarios. Deberá obtener la aprobación de su proveedor de cuidados primarios antes de ver a otro médico.

Puede consultar a un especialista en salud de la mujer sin referencia, además de elegir un proveedor de cuidados primarios. Puede elegir entre un ginecobstetra (obstetrician and gynecologist, OB/GYN), una enfermera partera o una partera licenciada.

## **Conversación sobre las necesidades de salud de los nuevos miembros**

*[HMO]* se pondrá en contacto con usted a través de *[insert contact method]* para hablar sobre sus necesidades y circunstancias de salud individuales. Puede preguntar qué recursos de su comunidad o que formen parte de su nuevo plan de salud están a su disposición. Así podrán conocerlo mejor y ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud. Llame al *[800-xxx-xxx]* para empezar.

# OBTENER LA ATENCIÓN QUE NECESITA

## **Atención de emergencia**

La atención de emergencia es la que se necesita de inmediato por una enfermedad, lesión, síntoma o afección muy grave. Algunos ejemplos son:

* Asfixia

**Si tiene una emergencia, llame al 911.**

* Convulsiones
* Convulsiones prolongadas o reiteradas
* Fracturas severas
* Quemaduras severas
* Dolor severo
* Sangrado severo o inusual
* Sospecha de infarto
* Sospecha de envenenamiento
* Sospecha de accidente cerebrovascular
* Dificultad para respirar
* Pérdida de conciencia

**Si necesita atención de emergencia, obtenga ayuda lo más rápido posible**. Si es posible, intente acudir a un hospital o sala de emergencias de *[HMO Program Name]*. Si su afección no puede esperar, acuda al proveedor más cercano (hospital, médico o clínica). **Si la emergencia es muy grave y no puede llegar al proveedor más cercano, llame al 911 o a los servicios de emergencia del departamento de policía o de bomberos local.**

Si debe acudir a un hospital o proveedor que no forme parte de la red de *[HMO]*, usted u otra persona debe llamar a *[HMO]* al ***[800-xxx-xxxx]*** tan pronto como pueda para informarnos qué sucedió.

No necesita la aprobación de *[HMO]* o de su proveedor de cuidados primarios para recibir atención de emergencia.

Recuerde, las salas de emergencia de los hospitales son solo para verdaderas emergencias. Salvo que su afección sea muy grave, llame a su médico o a nuestro número de emergencia disponible las 24 horas al *[800-xxx-xxxx]* antes de acudir a la sala de emergencias. Si no sabe si su enfermedad o lesión es una emergencia, llame al [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]. Le diremos dónde puede recibir la atención que necesita. **Es posible que tenga que pagar un copago si va a una sala de emergencias para recibir una atención que no es de emergencia.**

## **Atención de urgencia**

La atención de urgencia es la atención de una enfermedad, lesión o afección que necesita asistencia médica de inmediato, pero que no requiere atención en una sala de emergencias. Algunos ejemplos son:

* Contusiones
* Quemaduras menores
* Cortes pequeños
* La mayoría de las fracturas
* La mayoría de las reacciones a medicamentos
* Sangrado no severo
* Esguinces

Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de *[HMO]*, a menos que haya obtenido previamente nuestra aprobación para ver a un médico que no forme parte de *[HMO]*. No acuda a la sala de emergencias de un hospital para recibir atención de urgencia a menos que obtenga primero la aprobación de *[HMO]*.

## **Servicios de especialistas**

Un especialista es un médico experto en un área de la medicina. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí le nombramos algunos ejemplos:

* Los oncólogos atienden a personas con cáncer.
* Los cardiólogos atienden a personas con afecciones cardíacas.
* Los ortopedistas atienden a personas con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Póngase en contacto con su proveedor de cuidados primarios si necesita atención de un especialista. En la mayoría de los casos, es necesario obtener la aprobación de su proveedor de cuidados primarios y de *[HMO]* para consultar a un especialista.

## **Acceso a la atención durante el embarazo y el parto**

Si queda embarazada, informe de inmediato a *[HMO]* y a su condado o agencia tribal, para que pueda obtener la atención adicional que necesita. Cuando está embarazada no se le cobran copagos.

Debe ir a un hospital de *[HMO]* para dar a luz a su bebé. Hable con su proveedor para confirmar a qué hospital debe ir cuando sea el momento de dar a luz a su bebé. No salga del área para dar a luz a su bebé, a menos que tenga la aprobación de *[HMO]*. Su proveedor de *[HMO]* conoce su historial de salud y es el proveedor más adecuado para ayudarle.

Además, hable con su médico si planea viajar en su último mes de embarazo. Viajar durante el último mes de embarazo aumenta las probabilidades de que el bebé nazca mientras usted se encuentra lejos de casa. Muchas personas tienen una mejor experiencia de parto cuando recurren a los médicos y hospitales que las atendieron durante el embarazo.

## **Servicios de telemedicina**

La telemedicina es el contacto por audio y video con su médico o proveedor de atención médica mediante un teléfono, una computadora o una tableta. *[HMO]* cubre los servicios de telemedicina que su proveedor pueda prestar con la misma calidad que los servicios presenciales. Pueden incluir consultas al médico, servicios de salud mental o por abuso de sustancias, consultas dentales, etc. Hay algunos servicios que no puede obtener mediante telemedicina. Esto incluye los servicios en los que el proveedor necesita tocarlo o examinarlo.

Tanto usted como su proveedor deben aceptar la consulta de telemedicina. Siempre tiene derecho a rechazar una consulta de telemedicina y en su lugar hacer una visita presencial. Sus beneficios y atención médica de *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* no se verán afectados si rechaza los servicios de telemedicina. Si su proveedor solo ofrece consultas de telemedicina y usted quiere hacerlas de forma presencial, puede remitirlo a otro proveedor.

Los proveedores de *[HMO]* y Medicaid de Wisconsin deben cumplir las leyes de privacidad y seguridad cuando prestan servicios a través de telemedicina.

## **Acceso a atención médica cuando está fuera de casa**

Siga estas reglas si necesita cuidados médicos, pero está demasiado lejos de su casa como para acudir a su médico de atención primaria o clínica habitual:

* **En el caso de verdaderas emergencias, diríjase al hospital, clínica o médico más cercano.** Llame a *[HMO]* al *[800-xxx-xxxx]* tan pronto como pueda para informarnos qué sucedió. Si viaja fuera de Wisconsin y necesita atención de emergencia, los proveedores de atención médica del área donde viaja pueden atenderlo y enviar la factura a *[HMO].* Es posible que tenga que pagar un copago si recibe cuidados de emergencia fuera de Wisconsin. Si recibe una factura por servicios recibidos fuera de Wisconsin, llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]*.
* **Para acceder a servicios de atención de urgencia o de rutina fuera de su hogar, primero debe obtener la aprobación de *[HMO]* para ir a otro médico, clínica u hospital.** Esto incluye a los menores que pasan tiempo fuera del hogar con uno de los padres o con un familiar. Llámenos al ***[800-xxx-xxxx]*** para obtener la aprobación para ir a otro médico, clínica u hospital.
* **Para acceder a servicios de atención de urgencia o de rutina fuera de los Estados Unidos, llame primero a *[HMO]*.** *[HMO]* no cubre ningún servicio prestado fuera de Estados Unidos, Canadá y México. Esto incluye los servicios de emergencia. Si necesita servicios de emergencia mientras se encuentra en Canadá o México, *[HMO]* cubrirá el servicio solo si el médico o el hospital tiene una cuenta bancaria en los Estados Unidos. Otros servicios pueden tener cobertura con la aprobación de *[HMO]* si el proveedor tiene una cuenta bancaria en los EE. UU. Llame a *[HMO]* si recibe algún servicio de emergencia fuera de los Estados Unidos.

# LOS SERVICIOS QUE PODEMOS FACTURARLE

## **Servicios cubiertos y no cubiertos**

En *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI],* usted no tiene que pagar los servicios cubiertos y solo debe hacerse cargo de los copagos requeridos.

Es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios en los siguientes casos:

* El servicio no está cubierto por *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* Necesitaba la aprobación de su proveedor de cuidados primarios o *[HMO]* para un servicio*,* pero no la obtuvo antes de recibir el servicio.
* *[HMO]* determina que el servicio no es médicamente necesario para usted. Los servicios médicamente necesarios son servicios o suministros aprobados necesarios para diagnosticar o tratar una afección, enfermedad, lesión o síntoma.
* Ha recibido un servicio que no es de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red *[HMO]*. O recibió un servicio que no es de emergencia de un proveedor que no acepta su tarjeta ForwardHealth.

Puede solicitar servicios no cubiertos si está dispuesto a pagarlos. Tendrá que establecer un plan de pago por escrito con su proveedor. Los proveedores le pueden facturar un monto no mayor a los cargos habituales por los servicios no cubiertos provistos.

**Si recibe una factura por un servicio que no aceptó, llame al *[800-xxx-xxxx]*.**

## **Copagos**

De acuerdo con BadgerCare Plus y Medicaid SSI, *[HMO]* y sus proveedores le pueden facturar los copagos. Un copago es un monto fijo de dinero que usted paga por un servicio de atención médica cubierto. Los copagos para los miembros de *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* suelen ser de $3 o menos. Los siguientes miembros **no** tienen que pagar copagos:

* Residentes de hogares de ancianos.
* Miembros con enfermedades terminales que reciben cuidados paliativos.
* Mujeres embarazadas.
* Miembros menores de 19 años.
* Niños en hogares de acogida o en adopción.
* Jóvenes que estaban en hogares de acogida cuando cumplieron 18 años. No tienen que pagar ningún copago hasta los 26 años.
* Miembros que se adhieren por inscripción rápida.
* Miembros de tribus de indios americanos o nativos de Alaska, hijos o nietos de un miembro de una tribu, o cualquier persona que pueda obtener los Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services). La edad y los ingresos no son importantes. Esto se aplica cuando se obtienen artículos y servicios de un proveedor de los Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services) o del Purchase and Referred Care Program (Programa de Compra y Atención Derivada).

# SERVICIOS CUBIERTOS POR *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]*

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* provee la mayoría de los servicios médicamente necesarios cubiertos por *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Consulte *Servicios Cubiertos por [HMO]* en la página *[xx]* para obtener más información sobre los servicios cubiertos por *[HMO]*.

ForwardHealth cubre algunos de los servicios. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte la página *[xx]*, *Servicios cubiertos por ForwardHealth*.

Algunos servicios requieren **autorización previa**. La autorización previa es la aprobación por escrito de un servicio o receta. Es posible que necesite autorización previa de *[HMO]* o ForwardHealth para recibir un servicio o surtir una receta.

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio  | Cubierto por *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* |
| Centro de cuidados quirúrgicos ambulatorio  | *[Add coverage policy]* |
| Servicios de tratamiento conductual (autismo) | Cobertura total (con autorización previa). Sin copago.**\*Cubierto por ForwardHealth. Utilice su tarjeta de ForwardHealth para obtener este servicio.** |
| Servicios quiroprácticos | Cobertura total.Copago: entre $0.50 y $3 por servicio**\*Cubierto por ForwardHealth. Utilice su tarjeta de ForwardHealth para obtener este servicio.**  |
| Servicios dentales | *[If covered by HMO insert applicable information]**[If not covered by HMO insert the following:]*Cobertura total.Copago: entre $0.50 y $3 por servicio.**\*Cubierto por ForwardHealth. Utilice su tarjeta de ForwardHealth para obtener este servicio.**\*Consulte la información adicional en la pág. *[xx]*. |
| Suministros médicos descartables | *[Add coverage policy]* |
| Medicamentos (recetados y de venta libre) | Cobertura de medicamentos recetados genéricos o de marca, y algunos medicamentos de venta libre.Copago: $0.50 por medicamentos de venta libre.$1 por medicamentos genéricos.$3 por medicamentos de marca.Los copagos tienen un límite de $12 por miembro, proveedor y por mes. Los medicamentos de venta libre no cuentan para el máximo de $12.Límite de cinco renovaciones de recetas de opioides al mes.\***Cubierto por ForwardHealth. Utilice su tarjeta de ForwardHealth para obtener este servicio.** |
| Equipos médicos duraderos | *[Add coverage policy]* |
| Evaluaciones HealthCheck para niños | *[Add coverage policy]*\*Consulte la información adicional en la pág. *[xx]*. |
| Servicios de audición | *[Add coverage policy]* |
| Servicios de atención domiciliaria | *[Add coverage policy]* |
| Centro de cuidados paliativos | *[Add coverage policy]* |
| Servicios hospitalarios: como paciente hospitalizado | *[Add coverage policy]* |
| Servicios hospitalarios: como paciente ambulatorio | *[Add coverage policy]* |
| Servicios hospitalarios: sala de emergencias | *[Add coverage policy]* |
| Salud mental y tratamiento del abuso de sustancias | *[Add coverage policy]*\*Consulte la información adicional en la pág. *[xx]* |
| Servicios de residencias para adultos mayores | *[Add coverage policy]* |
| Servicios médicos | *[Add coverage policy]* |
| Servicios de podología | *[Add coverage policy]* |
| Cuidados prenatales/de maternidad | *[Add coverage policy]* |
| Servicios de reproducción y planificación familiar | *[Add coverage policy]*\*Consulte la información adicional en la pág. *[xx]* |
| Atención oftalmológica de rutina | *[Add coverage policy]*\*Se aplican algunas limitaciones. Llame a Atención al Cliente (Customer Service) para obtener más información.  |
| Terapias:terapia física, ocupacional,del habla y del lenguaje | *[Add coverage policy]* |
| Transporte: ambulancia, vehículo de motor especializado, transportista común | Cobertura total del transporte de emergencia y que no sea de emergencia hacia y desde un proveedor por un servicio cubierto.Copagos:$2 de copago por viajes en ambulancia que no sean de emergencia.$1 de copago por viaje en transporte en vehículo de motor especializado.Sin copago por transporte común o ambulancia de emergencia.\*Consulte la información adicional en la pág. *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# SERVICIOS CUBIERTOS POR *[HMO]*

## **Servicios de salud mental y para el tratamiento del abuso de sustancias**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* brinda servicios de salud mental y para el tratamiento del abuso de sustancias (drogas y alcohol) a todos los miembros. Si necesita estos servicios, llame al [Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]. Si necesita ayuda inmediata, puede llamar a la Línea directa de atención de crisis al *[800-xxx-xxxx]* o a nuestra Línea de asistencia de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al *[800-xxx-xxxx]*

Todos los servicios provistos por *[HMO]* son privados.

## **Servicios de planificación familiar**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* brinda servicios de planificación familiar privados a todos los miembros, incluidas las personas menores de 18 años. Si no desea hablar con su proveedor de cuidados primarios acerca de la planificación familiar, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]*. Le ayudaremos a elegir un proveedor de planificación familiar de *[HMO]* que sea diferente de su proveedor de cuidados primarios.

Le recomendamos que obtenga servicios de planificación familiar de un proveedor de *[HMO]*. Esto nos permite coordinar mejor todos sus cuidados de la salud. Sin embargo, también puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte su tarjeta de ForwardHealth, incluso si la clínica no forma parte de la red de proveedores de *[HMO]*.

## **Servicios de HealthCheck**

HealthCheck cubre los controles médicos de los miembros menores de 21 años. Los exámenes HealthCheck, también conocidos como "controles del niño sano", son visitas al médico a las que acude su hijo o adulto joven cuando está sano. El médico hace preguntas y examina a su hijo. Esto es para asegurarse de que su hijo está sano y sigue los pasos adecuados para mantenerse saludable. Es un buen momento para hacer preguntas sobre salud que usted o su hijo puedan tener. HealthCheck también cubre el tratamiento de cualquier problema detectado durante el examen HealthCheck de su hijo.

El programa HealthCheck tiene tres objetivos:

1. Detectar y tratar los problemas de salud de los miembros menores de 21 años.
2. Compartir información sobre servicios de salud especiales para miembros menores de 21 años.
3. Ayudar a que los miembros menores de 21 años sean elegibles para algún tipo de atención médica que de otro modo no estaría cubierto.

El examen de HealthCheck incluye:

* Vacunas apropiadas para la edad.
* Pruebas de laboratorio de sangre y orina.
* Controles dentales y referencia a un dentista a partir del primer año de edad.
* Registro del historial de salud y desarrollo.
* Controles de audición.
* Examen físico completo.
* Pruebas de detección de plomo para niños de 1 y 2 años, y niños menores de 6 años que nunca se hayan sometido a una prueba de detección de plomo.
* Controles oftalmológicos.

Para programar un control de HealthCheck u obtener más información, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]*.

Si necesita transporte de ida o vuelta a una cita de HealthCheck, llame al transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) manager de Wisconsin al 866-907-1493 (o TTY 800-855-2880) para programar el transporte.

## **Servicios dentales**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*[HMO]* provee todos los servicios dentales cubiertos a través de *[Dental Benefit Manager]*. Debe consultar a un dentista de *[HMO or Dental Benefit Manager]*. Consulte el Directorio de proveedores o llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]* para obtener los nombres de los dentistas de *[HMO or Dental Benefit Manager]* a los que puede consultar.

**Tiene derecho a una cita dental de rutina dentro de los 90 días siguientes a haberla solicitado**. Llame a *[HMO]* al *[800-xxx-xxxx]* si no puede obtener una cita con el dentista en un plazo de 90 días.

Llame al transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) manager de Wisconsin al 866-907-1493 (o TTY 711) si necesita ayuda para que lo trasladen de ida o vuelta a la consulta del dentista. Pueden ayudarle a conseguir transporte.

**Si tiene una emergencia dental, tiene derecho a recibir tratamiento dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud**. Una emergencia dental es un dolor dental intenso, inflamación, fiebre, infección o lesión en los dientes. Ante una emergencia dental:

* Si ya tiene un dentista que forma parte de la red de *[HMO/DBM]*:
* Llame al consultorio del dentista.
* Informe al consultorio del dentista que usted o su hijo tienen una emergencia dental.
* Informe al consultorio del dentista cuál es exactamente el problema dental. El problema podría ser, por ejemplo, un dolor de muelas intenso o la cara inflamada.
* Llámenos si necesita ayuda para conseguir transporte de ida o vuelta a su cita con el dentista.
* Si actualmente no tiene un dentista que forme parte de la red de *[HMO/DBM]*:
* Llame al [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]. Indíquenos que usted o su hijo tienen una emergencia dental. Podemos ayudarle a obtener los servicios dentales.
* Indíquenos si necesita ayuda para conseguir transporte de ida o vuelta al consultorio del dentista.

[Statement 2- for all other counties]

Los servicios dentales están cubiertos para usted. Puede obtener servicios dentales cubiertos por parte de un proveedor inscrito en Medicaid, quien aceptará su tarjeta de identificación de ForwardHealth. Para encontrar un proveedor inscrito en Medicaid:

1. Diríjase a [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Haga clic en el enlace Miembros (Members) o icono en la sección central de la página
3. Desplácese hacia abajo y haga clic en la pestaña Recursos (Resources).
4. Haga clic en el enlace Buscar un proveedor (Find a Provider).
5. En Programa (Program), seleccione BadgerCare/Medicaid.

O bien, puede llamar a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002.

**Tiene derecho a una cita dental de rutina dentro de los 90 días siguientes a haberla solicitado**. Llame a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002 si no puede obtener una cita dental dentro de los 90 días.

Llame al transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) manager de Wisconsin al 866-907-1493 (o TTY 711) si necesita ayuda para que lo trasladen de ida o vuelta a la consulta del dentista. Pueden ayudarle a conseguir transporte.

**Si tiene una emergencia dental, tiene derecho a recibir tratamiento dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud**. Una emergencia dental es un dolor dental intenso, inflamación, fiebre, infección o lesión en los dientes. Ante una emergencia dental:

* Si ya tiene un dentista que forma parte de la red de ForwardHealth:
* Llame al consultorio del dentista.
* Informe al consultorio del dentista que usted o su hijo tienen una emergencia dental.
* Informe al consultorio del dentista cuál es exactamente el problema dental. El problema podría ser, por ejemplo, un dolor de muelas intenso o la cara inflamada.
* Llame al manager de NEMT al 866-907-1493 o a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002 si necesita ayuda para que lo trasladen de ida o vuelta a la consulta del dentista.
* Si actualmente no tiene un dentista que forme parte de la red de ForwardHealth:
* O bien, puede llamar a Servicios para Miembros de ForwardHealth al
800-362-3002. Indíqueles que usted o su hijo tienen una emergencia dental. Pueden ayudarle a obtener los servicios dentales.
* Indíqueles si necesita ayuda para conseguir transporte de ida o vuelta al consultorio del dentista.

# SERVICIOS CUBIERTOS POR FORWARDHEALTH

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **Servicios de tratamiento conductual (autismo)**

Los servicios de tratamiento conductual son un beneficio cubierto por *[BadgerCare Plus]*. Los servicios de tratamiento conductual se utilizan para tratar el autismo. Puede obtener servicios de tratamiento para el autismo de un proveedor inscrito en Medicaid, quien aceptará su tarjeta de ForwardHealth. Para encontrar un proveedor inscrito en Medicaid:

1. Diríjase a [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Haga clic en el enlace Miembros (Members) o icono en la sección central de la página
3. Desplácese hacia abajo y haga clic en la pestaña Recursos (Resources).
4. Haga clic en el enlace Buscar un proveedor (Find a Provider).
5. En Programa (Program), seleccione BadgerCare/Medicaid.

O bien, puede llamar a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002.

## **Servicios quiroprácticos**

Los servicios quiroprácticos están cubiertos por *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Puede obtener servicios de tratamiento para el autismo de un proveedor inscrito en Medicaid, quien aceptará su tarjeta de ForwardHealth. Para encontrar un proveedor inscrito en Medicaid:

1. Diríjase a [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Haga clic en el enlace Miembros (Members) o icono en la sección central de la página
3. Desplácese hacia abajo y haga clic en la pestaña Recursos (Resources).
4. Haga clic en el enlace Buscar un proveedor (Find a Provider).
5. En Programa (Program), seleccione BadgerCare/Medicaid.

O bien, puede llamar a ForwardHealth Member Services al 800-362-3002.

## **Servicios de transporte**

Puede obtener servicios de transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) a través del NEMT manager de Wisconsin. El NEMT manager organiza y paga el transporte de los miembros que no tienen otras opciones de transporte para acudir a los servicios cubiertos. El NEMT puede incluir traslados en los siguientes vehículos:

* Transporte público, por ejemplo, el autobús urbano.
* Ambulancia que no es de emergencia.
* Vehículos médicos especializados.
* Otros tipos de vehículos, de acuerdo con las necesidades médicas y de transporte del miembro.

Si tiene un automóvil y puede conducir usted mismo a su cita, pero no puede pagar la gasolina, puede ser elegible para el reembolso de las millas (dinero para gasolina).

Debe programar el transporte de rutina al menos dos días hábiles antes de su cita. Llame al NEMT manager al 866-907-1493 (o TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. También puede programar el transporte para citas urgentes. El transporte para una cita urgente se proveerá en un plazo no mayor a tres horas.

## **Beneficios de farmacia**

Puede obtener una receta de un médico, especialista o dentista de *[HMO Name].* Puede acceder a recetas cubiertas y ciertos artículos de venta libre en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de ForwardHealth.

Es posible que tenga copagos o límites en algunos medicamentos cubiertos. Si no puede pagar sus copagos, aún puede obtener sus recetas.

Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos cubiertos por *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* o sobre los copagos de los medicamentos, póngase en contacto con Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002.

# SERVICIOS NO CUBIERTOS POR *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]*

Los servicios mencionados a continuación no están cubiertos por *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*:

* Servicios que no son médicamente necesarios.
* Servicios que *[HMO]* o su proveedor de cuidados primarios no autorizaron cuando se necesita la aprobación.
* Gastos normales de la vida cotidiana, como el pago del alquiler o la hipoteca, la comida, los servicios públicos, las actividades de esparcimiento, la ropa, los muebles, los suministros domésticos y los seguros.
* Servicios o procedimientos experimentales o estéticos.
* Tratamientos o servicios para la infertilidad.
* Reversión de la esterilización voluntaria.
* Hospitalización en centros de salud mental para miembros de entre 22 y 64 años, a menos que sea durante menos de 15 días en lugar de un tratamiento tradicional.
* Alojamiento y comida.

# SERVICIO O ESTABLECIMIENTO EN LUGAR DE

*[HMO]* puede cubrir algunos servicios o establecimientos de cuidados que normalmente no están cubiertos en Medicaid de Wisconsin. Estos servicios se denominan servicios o establecimientos "en lugar de".

Los siguientes servicios o establecimientos están cubiertos por BadgerCare Plus o Medicaid SSI:

* Servicios de salud mental en un instituto de tratamiento de enfermedades mentales (Institute of Mental Disease, IMD) para una persona de 22 a 64 años de edad durante un máximo de 15 días al mes.
* Tratamiento clínico comunitario subagudo (servicios residenciales de salud mental de corta duración).

Decidir si un servicio o establecimiento "en lugar de" es adecuado para usted es un trabajo de equipo. *[HMO]* colaborará con usted y con su proveedor para ayudarle a tomar la mejor decisión. **Tiene derecho a decidir no participar en uno de estos establecimientos o tratamientos.**

# OBTENCIÓN DE UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Si no está de acuerdo con las recomendaciones de tratamiento de su médico, podría obtener una segunda opinión médica. Comuníquese con su médico o con nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]* para obtener información.

# ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN (COORDINACIÓN)

Como miembro de *[HMO]*, tiene acceso a un equipo de administración de la atención. La administración de la atención es un servicio gratuito para los miembros de *[HMO]*. Le ayudará a identificar y alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. El equipo de administración de la atención también lo pondrá en contacto con proveedores, servicios comunitarios y apoyos sociales.

Cuando se inscriba en nuestro plan, recibirá una carta de información o una llamada para hablar de sus necesidades de salud específicas. Es importante que responda para que sepamos cómo satisfacer sus necesidades de la mejor manera posible. También puede llamar directamente al equipo de administración de la atención al *[800-xxx-xxxx].*

Su administrador de la atención también puede ayudarle durante la transición del hospital u otros establecimientos de cuidados a su hogar. Llame a su administrador de la atención al *[insert phone number or other instructions]* para que le ayude si es hospitalizado.

# COMPLETAR INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS, UN TESTAMENTO EN VIDA O UN PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que desea si no puede tomar decisiones por sí mismo. A veces las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que ocurra en estas situaciones. Esto significa que puede elaborar una "instrucción anticipada".

Hay distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos conocidos como "testamento en vida" o "poder notarial para la atención médica" (power of attorney for health care) son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Usted decide si desea tener una instrucción anticipada. Sus proveedores pueden explicarle cómo crear y utilizar un documento de instrucciones anticipadas. Pero no pueden obligarlo a tenerla ni tratarlo de forma diferente si no la tiene.

Póngase en contacto con su proveedor si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas. También puede encontrar formularios de instrucciones anticipadas en el sitio web del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Service, DHS) de Wisconsin en [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

Tiene derecho a presentar una queja ante la Division of Quality Assurance (División de Garantía de Calidad) del DHS si no se cumple su voluntad manifestada en sus instrucciones médicas anticipadas, testamento en vida o poder notarial. Puede obtener ayuda para presentar una queja llamando a la Division of Quality Assurance (División de Garantía de Calidad) del DHS al
800-642-6552.

# TRATAMIENTOS Y SERVICIOS NUEVOS

*[HMO]* tiene un proceso para revisar nuevos tipos de servicios y tratamientos. Como parte del proceso de revisión, *[HMO]* hace lo siguiente:

* Revisa los estudios científicos y los estándares de atención para asegurarse de que los nuevos tratamientos o servicios sean seguros y útiles.
* Consulta si el Gobierno ha aprobado el tratamiento o servicio.

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# OTRO SEGURO

Informe a sus proveedores si tiene otro seguro además de *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*. Sus proveedores deben facturar a su otro seguro antes de facturar a *[HMO]*. Si su proveedor de *[HMO]* no acepta su otro seguro, llame al Especialista en inscripción de HMO al 800-291-2002 para que le informe cómo usar ambos planes de seguro.

# SI SE MUDA

Si tiene intención de mudarse, póngase en contacto con la agencia de su condado o tribu. Si se muda a otro condado, también deberá ponerse en contacto con la agencia tribal o del condado correspondiente para actualizar su elegibilidad para BadgerCare Plus o Medicaid SSI.

Si se muda fuera del área de servicio de *[HMO]*, llame al Especialista en inscripción de HMO al
800-291-2002. Le ayudará a elegir una nueva HMO que preste servicios en su nueva área.

# CAMBIOS EN SU COBERTURA DE MEDICAID

Si se cambió de ForwardHealth o *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO a una nueva *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO, entonces tiene derecho a lo siguiente:

* Continuar accediendo a sus proveedores y servicios actuales durante un máximo de 90 días. Llame a su HMO nueva después de inscribirse para informarles quién es su proveedor. Si este proveedor aún no pertenece a la red de HMO después de 90 días, usted elegirá un nuevo proveedor que sí pertenezca a la red de HMO.
* Obtenga los servicios que necesita para evitar un riesgo grave para la salud o la hospitalización.

Llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) de *[HMO]* al *[800-xxx-xxxx]* para obtener más información sobre los cambios en su cobertura.

# EXENCIONES DE HMO

*[HMO]* es una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO). Las HMO son compañías de seguros que ofrecen servicios de proveedores seleccionados.

Por lo general, debe inscribirse en una HMO para obtener beneficios de atención médica mediante BadgerCare Plus y Medicaid SSI. Una exención de HMO significa que no tiene que afiliarse a una HMO para recibir los beneficios de BadgerCare Plus o Medicaid SSI. La mayoría de las exenciones se otorgan por un breve periodo. Generalmente le permiten completar un tratamiento antes de inscribirse en una HMO. Si cree que necesita una exención de inscripción en una HMO, llame al Especialista en inscripción en HMO al 800-291-2002 para obtener más información.

# PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA FORMAL O APELACIÓN

## **Quejas formales**

**¿Qué es una queja?**

Tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con nuestro plan o nuestros proveedores. Una queja es cualquier reclamo sobre *[HMO]* o un proveedor de la red que no esté relacionado con una decisión tomada por *[HMO]* sobre sus servicios de atención médica. Puede presentar una queja sobre temas como la calidad de los servicios prestados, falta de cortesía por parte de un proveedor o empleado e incumplimiento de sus derechos como miembro.

**¿Quién puede presentar una queja?**

Usted puede presentar una queja. Un representante autorizado, un responsable legal o un proveedor también pueden presentar una queja en su nombre. Nos pondremos en contacto con usted para pedirle permiso si un representante autorizado o un proveedor presenta una queja en su nombre.

**¿Cuándo puedo presentar una queja?**

Usted (o su representante) puede presentar una queja en cualquier momento.

**¿Cómo puedo presentar una queja ante *[HMO]*?**

Si tiene una queja formal, llame al Defensor de miembros de *[HMO]* al *[800-xxx-xxxx]*, o escríbanos al siguiente domicilio:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Si presenta una queja ante *[HMO]*, podrá presentarse en persona ante el *Comité de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Committee)* de [HMO]. *[HMO]* dispondrá de 30 días a partir de la fecha de recepción de la queja para comunicarle una decisión que la resuelva.

**¿Quién puede ayudarme a presentar una queja?**

El Defensor de miembros de *[HMO]* puede ayudarle a resolver el problema o a presentar una queja.

Si desea ponerse en contacto con una persona ajena a *[HMO]* para tratar el problema, puede llamar al Programa Defensor del pueblo (Ombuds) de HMO de Wisconsin Program (Programa de Defensoría de Pueblo de HMO de Wisconsin) al 800-760-0001. El Programa Defensor del pueblo (Ombuds) puede ayudarle a resolver el problema o escribir una queja formal dirigida a *[HMO]*. Si está inscrito en un programa de Medicaid SSI, también puede llamar al Defensor externo del SSI al 800-928-8778 para obtener ayuda para presentar una queja.

**¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la respuesta de *[HMO]*?**

Si no está de acuerdo con la respuesta de *[HMO]* a su queja, puede solicitar una revisión ante el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services) de Wisconsin. (DHS).

**Escriba a:** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**O llame al:** 800-760-0001

**¿Me tratarán de forma diferente si presento una queja?**

No lo tratarán de una manera distinta a los demás miembros por presentar una queja formal. Sus beneficios y la atención médica no se verán afectados.

## **Apelaciones**

**¿Qué es una apelación?**

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está satisfecho con una decisión tomada por *[HMO]*. Una apelación es una solicitud para que *[HMO]* revise una decisión que afecta a sus servicios. Estas decisiones se denominan **determinaciones adversas de beneficios**.

Una **determinación adversa de beneficios** puede ser cualquiera de las siguientes opciones:

* *[HMO]* propone detener, suspender o reducir un servicio que está recibiendo actualmente.
* *[HMO]* decide denegar un servicio solicitado por usted.
* *[HMO]* decide no pagar un servicio.
* *[HMO]* le está pidiendo que pague un monto que usted considera que no debe.
* *[HMO]* decide denegar su solicitud para obtener un servicio de un proveedor fuera de la red cuando vive en un área rural que tiene una sola HMO.
* *[HMO]* no gestiona o provee servicios de manera oportuna.
* *[HMO]* no cumple con los plazos establecidos para resolver su queja o apelación.

*[HMO]* le enviará una carta si recibe una determinación adversa de beneficios.

**¿Quién puede presentar una apelación?**

Usted puede presentar una apelación. Un representante autorizado, un responsable legal o un proveedor también pueden presentar una apelación en su nombre. Nos pondremos en contacto con usted para pedirle permiso si un representante autorizado o un proveedor presenta una apelación en su nombre.

**¿Cuándo puedo presentar una apelación?**

Usted (o su representante) debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha que figura en la carta donde se describe la determinación adversa de beneficios.

**¿Cómo puedo presentar una apelación ante [HMO]?**

Si desea apelar una determinación adversa de beneficios, puede llamar al Defensor de miembros de *[HMO]* al *[800-xxx-xxxx]* o escribir a la siguiente dirección:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Si solicita una apelación ante *[HMO]*, podrá presentarse en persona ante el *Comité de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Committee)* de [HMO]. Una vez solicitada la apelación, *[HMO]* dispondrá de 30 días calendario para informarle de su decisión.

**¿Qué sucede si no puedo esperar 30 días para recibir una decisión?**

Si usted o su médico consideran que esperar 30 días podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad para realizar sus actividades cotidianas, puede solicitar una apelación rápida. Si *[HMO]* está de acuerdo en que necesita una apelación rápida, se le informará la decisión en un plazo de 72 horas.

**¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación?**

Si necesita ayuda para redactar una apelación, llame al Defensor de miembros de *[HMO]* al
*[800-xxx-xxxx]*.

Si desea ponerse en contacto con una persona ajena a *[HMO]*, puede llamar al Defensor del pueblo (Ombuds) de BadgerCare Plus y Medicaid SSI al 800-760-0001. Si está inscrito en un programa de Medicaid SSI, también puede llamar al Defensor externo del SSI al 800-708-3034 para obtener ayuda con su apelación.

**¿Puedo seguir recibiendo el servicio durante la apelación?**

Si *[HMO]* decide interrumpir, suspender o reducir un servicio que recibe actualmente, tiene derecho a solicitar que se le siga prestando el servicio durante su apelación. Tendrá que enviar su solicitud por correo, fax o correo electrónico dentro de un plazo determinado, lo que ocurra más tarde:

* Antes de la fecha en que *[HMO]* tenga previsto interrumpir o reducir su servicio.
* En un plazo de 10 días a partir del aviso de reducción del servicio.

Si la decisión de *[HMO]* sobre su apelación no es favorable, es posible que tenga que reembolsar a *[HMO]* el servicio que recibió durante el proceso de apelación.

**¿Me tratarán de forma diferente si solicito una apelación?**

No lo tratarán de una manera distinta de los demás miembros por solicitar una apelación. La calidad de sus beneficios y de la atención médica no se verá afectada.

**¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de *[HMO]* sobre mi apelación?**

Puede solicitar una audiencia imparcial con la Wisconsin División de Audiencias y Apelaciones (Division of Hearing and Appeals) si no está de acuerdo con la decisión de *[HMO]* sobre su apelación. Obtenga más información sobre las audiencias imparciales a continuación.

## **Audiencias imparciales**

**¿Qué es una audiencia imparcial?**

Una audiencia imparcial es una revisión de la decisión de *[HMO]* sobre su apelación por parte de un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge) del condado donde reside. **Primero debe presentar una apelación ante *[HMO]* antes de solicitar una audiencia imparcial.**

**¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial?**

Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba la decisión por escrito de *[HMO]* sobre su apelación.

**¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial?**

Si desea tener una audiencia imparcial, envíe una solicitud por escrito a:

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Tiene derecho a contar con representación en la audiencia y puede traer a un amigo para que lo apoye. Si necesita algún arreglo especial debido a una discapacidad o servicios de traducción a algún idioma, llame al 608-266-7709.

**¿Quién puede ayudarme a solicitar una audiencia imparcial?**

Si necesita ayuda para redactar una solicitud de audiencia imparcial llame al Defensor del pueblo (Ombuds) de BadgerCare Plus y Medicaid SSI al 800-760-0001. Si está inscrito en un programa de Medicaid SSI, también puede llamar al Defensor externo del SSI al 800-708-3034 para obtener ayuda.

**¿Puedo seguir recibiendo servicios durante la audiencia imparcial?**

Si *[HMO]* decide interrumpir, suspender o reducir un servicio que recibe actualmente, tiene derecho a solicitar que se le siga prestando el servicio durante la apelación y audiencia imparcial con *[HMO]*. Tendrá que solicitar que el servicio continúe durante su audiencia imparcial, incluso si ya solicitó que continuara el servicio durante su apelación a *[HMO]*. Tendrá que enviar su solicitud por correo, fax o correo electrónico dentro de un plazo determinado, lo que ocurra más tarde:

* Antes de la fecha en que *[HMO]* tenga previsto interrumpir o reducir su servicio.
* En un plazo de 10 días a partir del aviso de reducción del servicio.

Si la decisión del juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge) no es favorable, es posible que tenga que reembolsar a *[HMO]* el servicio que recibió durante el proceso de apelación.

**¿Me tratarán de forma diferente si solicito una audiencia imparcial?**

No lo tratarán de una manera distinta a los demás miembros por presentar un reclamo o una queja formal. La calidad de sus beneficios y de la atención médica no se verá afectada.

# SUS DERECHOS

1. **Tiene derecho a obtener información de la forma más conveniente para usted. Esto incluye:**
* Su derecho a tener un intérprete con usted durante cualquier servicio cubierto de *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI]*.
* Su derecho a recibir este Manual para miembros en otro idioma o formato.
1. **Tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto e imparcialidad y a que se preserve su intimidad. Esto incluye:**
* Su derecho a no ser discriminado. *[HMO]* debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación y el trato injusto*. [HMO]* brinda servicios cubiertos a todos los miembros elegibles independientemente de lo siguiente:
	+ Edad
	+ Color
	+ Discapacidad
	+ País de origen
	+ Raza
	+ Sexo
	+ Religión
	+ Orientación sexual
	+ Identidad de género

Todos los servicios médicamente necesarios cubiertos están disponibles y se prestarán por igual a todos los miembros. Todas las personas u organizaciones relacionadas con *[HMO]* que refieran o recomienden miembros para servicios lo harán por igual para todos los miembros.

* Su derecho a no ser objeto de ninguna forma de restricción o reclusión utilizada para coaccionar, disciplinar, convenir o tomar represalias. Esto significa que tiene derecho a no ser retenido ni obligado a estar solo para que se comporte de determinada manera, para castigarlo o porque alguien lo considere útil.
* Su derecho a la privacidad. *[HMO]* debe cumplir las leyes que protegen la privacidad de su información personal y de salud. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) de *[HMO]* para obtener más información.
1. **Tiene derecho a obtener servicios de atención médica según lo dispuesto en las leyes federales y estatales. Esto incluye:**
* Su derecho a que los servicios cubiertos estén a su disposición y accesibles cuando los necesite. Cuando sea médicamente apropiado, los servicios deben estar disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.
1. **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye:**
* Su derecho a obtener información sobre las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
* Su derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, y a participar en la toma de decisiones sobre su atención.
* Su derecho a planificar y dirigir los distintos tipos de atención médica que puede recibir en el futuro si llegase a estar incapacitado para manifestar su voluntad. Puede tomar estas decisiones completando una **instrucción anticipada**, **un testamento en vida** o **un poder notarial para la atención médica (power of attorney for health care)**. Consulte la página *[xx]*: "Completar instrucciones anticipadas, un testamento en vida o un poder notarial para la atención médica" para obtener más información.
* Su derecho a obtener una segunda opinión si no está de acuerdo con la recomendación de tratamiento de su proveedor. Llame al Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) para obtener más información sobre cómo recibir una segunda opinión.
1. **Tiene derecho a conocer a nuestros proveedores y cualquier plan de incentivos para médicos que *[HMO]* utilice. Esto incluye:**
* Su derecho a preguntar si *[HMO]* tiene arreglos financieros especiales (planes de incentivos para médicos) con nuestros médicos que puedan afectar las referencias y otros servicios que pueda necesitar. Para obtener esa información, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]* y solicite información sobre nuestros arreglos financieros con los médicos.
* Tiene derecho a conocer la información sobre los proveedores de *[HMO]*, lo que incluye la formación profesional del proveedor, la certificación de la junta y la recertificación. Para obtener esa información, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department) al *[800-xxx-xxxx]*.
1. **Tiene derecho a solicitar copias de su historia clínica a su proveedor.**
* Puede corregir la información incorrecta en su historia clínica siempre que su médico esté de acuerdo con la corrección.
* Llame al *[800-xxx-xxxx]* para que le ayuden a solicitar una copia o modificar su historia clínica. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar para obtener una copia de su historia clínica.
1. **Tiene derecho a ser informado sobre los beneficios cubiertos por Medicaid que no están disponibles a través de [HMO] por motivos morales o religiosos. Esto incluye:**
* Su derecho a estar informado de cómo acceder a estos servicios a través de FowardHealth utilizando la tarjeta de ForwardHealth.
* Su derecho a cancelar su inscripción en *[HMO]* si *[HMO]* no cubre un servicio que usted desea por motivos morales o religiosos.
1. **Tiene derecho a presentar una queja o una apelación si no está satisfecho con su atención o servicios. Esto incluye:**
* Su derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está satisfecho con la decisión de *[HMO]* sobre su apelación o si *[HMO]* no responde a su apelación en tiempo y forma.
* Su derecho a solicitar al Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services) una revisión de su queja si no está satisfecho con la decisión de *[HMO]* sobre la queja o si *[HMO]* no responde a su queja en tiempo y forma.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, apelación o audiencia imparcial, consulte la página *[xx]*: "Presentar una queja o apelación".
1. **Tiene derecho a recibir información sobre [HMO], sus servicios, sus profesionales, sus proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros. Esto incluye:**
* Su derecho a conocer los cambios importantes de *[HMO]* al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.
1. **Tiene derecho a ejercer libremente sus derechos sin un trato adverso por parte de *[HMO]* y los proveedores de su red. Esto incluye:**
* Su derecho a hacer recomendaciones sobre la Política de Derechos y Responsabilidades de los Miembros de *[HMO]*.

# SUS RESPONSABILIDADES:

* **Tiene la responsabilidad de dar la información que *[HMO]* y sus proveedores necesitan para brindar atención médica.**
* **Tiene la responsabilidad de indicarle a *[HMO]* cuál es la mejor manera de ponerse en contacto y comunicarse con usted. Tiene la responsabilidad de responder a las comunicaciones de *[HMO].***
* **Tiene la responsabilidad de respetar los planes e instrucciones relacionados con la atención médica que haya acordado con sus proveedores.**
* **Tiene la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en la elaboración de objetivos de tratamiento con sus proveedores.**

# CÓMO CANCELAR SU MEMBRESÍA EN *[HMO]*

**Puede cambiar de HMO por cualquier motivo durante los primeros 90 días después de la inscripción en *[HMO]*.** Después de los primeros 90 días, quedará "bloqueado" para inscribirse en *[HMO]* durante los siguientes nueve meses. Solo podrá cambiar de HMO una vez que haya finalizado este periodo de "bloqueo", a menos que el motivo por el que finaliza su inscripción en *[HMO]* sea uno de los descritos a continuación:

* Tiene derecho a cambiar de HMO, sin motivo, si el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services, DHS) de Wisconsin impone sanciones o condiciones temporales a *[HMO]*.
* Tiene derecho a cancelar su membresía en *[HMO]* en cualquier momento si ocurre alguna de las siguientes situaciones:
	+ Si se muda fuera del área de servicio de *[HMO]*.
	+ *[HMO]* no cubre, por motivos morales o religiosos, un servicio que desea recibir.
	+ Necesita uno o varios servicios al mismo tiempo y no puede obtenerlos todos dentro de la red de proveedores. Esto se aplica si su proveedor determina que recibir los servicios por separado podría suponer un riesgo innecesario para usted.
	+ Otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades médicas.

Si decide cambiar de HMO cancelar completamente su inscripción en los programas *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*, deberá seguir recibiendo servicios de atención médica a través de *[HMO]* hasta que finalice su membresía.

Para obtener más información sobre cómo cambiar de HMO o cancelar completamente su inscripción en *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*, póngase en contacto con el Enrollment Specialist en HMO llamando al 800-291-2002.

# FRAUDE Y ABUSO

Si sospecha que existe un fraude o abuso en el programa de Medicaid, puede informarlo. Diríjase a [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).