



Para cuidar la salud de la familia

MANUAL DE
INSTRUCCIONES
PARA AFILIADOS

1-800-543-7633
www.accessplus.org



Si necesita asistencia para utilizar este manual, llame a la línea de ayuda gratuita de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Un representante le brindará información en su idioma.

Las personas con problemas auditivos pueden llamar al servicio de teléfono de texto (TTY): **1-800-654-5984**.

This book contains information about the health insurance coverage you have through your ACCESS card and how you can obtain health care services. If you need help call 1-800-543-7633 and someone will speak with you in your primary language.

如果您需要关于您健康信息的汉语（普通话）服务，拨打 1-800-543-7633。

Si necesita ayuda en español con esta información acerca de sus cuidados de salud, llame al 1-800-543-7633.

Если Вы говорите по-русски и Вам требуется помощь, сообщите оператору информацию о Вашем полисе по тел. 1-800-543-7633.

បើអ្នកត្រូវការជំនួយខាង (ភាសា) សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-543-7633 ។

Nếu quý vị cần giúp giải thích vấn đề chăm sóc sức khỏe của quý vị bằng tiếng Việt, xin gọi số 1-800-543-7633.

Para cuidar la salud de la familia – Manual de instrucciones para afiliados

Línea de ayuda de ACCESS PLUS **1-800-543-7633**
(TTY 1-800-654-5984)

Bienvenido a ACCESS Plus.

Como miembro de ACCESS Plus, cuenta con acceso a:

- Una línea de asesoramiento de enfermería a la que puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana por consultas médicas
- Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que está a cargo de su atención médica y emite derivaciones a médicos especialistas
- Ayuda para concertar citas con el médico
- Tratamiento para enfermedades crónicas (como asma, diabetes y enfermedades pulmonares y cardíacas)
- Controles médicos para niños, adolescentes y jóvenes (hasta 21 años de edad)
- Una línea de ayuda gratuita: **1-800-543-7633** (TTY 1-800-654-5984)

Los servicios a los que pueda acceder a través de ACCESS Plus dependerán del paquete de beneficios del que disponga por medio de Medical Assistance (MA). También puede disponer de un copago para algunos servicios.

Puede llamar a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para saber cuáles son los servicios cubiertos y si puede utilizar copagos.

Existe la posibilidad de que el proveedor PCP de ACCESS Plus necesite derivarlo a un especialista para que un servicio quede incluido en la cobertura de MA. Lea el presente Manual de instrucciones para afiliados para saber cuáles son los servicios que requieren una derivación de PCP.

Si necesita asistencia para utilizar este manual, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. La línea de ayuda está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ACCESS Plus es un programa administrado por el Departamento de Salud Pública de Pensilvania (Pennsylvania Department of Public Welfare, DPW).

**Un representante le
brindará información en
su idioma. Las personas
con problemas auditivos
pueden llamar al servicio
de teléfono de texto
(TTY): 1-800-654-5984.**

Contenido

4 Términos útiles

7 Visita al médico

Elección de un proveedor PCP	7
Cambio del proveedor PCP	8
Asignación de un nuevo proveedor PCP	9
Concertación de citas	9
Visita al proveedor PCP	10
Especialistas	11
Atención de emergencia.....	12
Autorización previa	13
Derecho a una segunda opinión	14
Beneficios y límites incluidos.....	14
Excepciones a límites de beneficios	16
Audiencia justa del DPW	18
Copagos.....	18

24 Embarazo, planificación familiar y salud infantil

Atención durante el embarazo	24
Healthy Beginnings Plus.....	25
Servicios de planificación familiar	25
Madres, bebés y niños	25

Salud infantil: detección, diagnóstico y tratamiento preventivo y periódico (EPSDT)	26
Servicios de intervención anticipada	26

27 Odontología, oftalmología y medicamentos con receta

Servicios de odontología	27
Servicios de oftalmología.....	27
Cobertura para medicamentos con receta	28
Autorización previa de medicamentos	28

29 Servicios especiales

Tratamiento de enfermedades.....	29
Servicios de salud conductual.....	30
Servicios para VIH/SIDA.....	32
Servicios para personas con necesidades especiales	32
Directivas anticipadas	33
Reuniones del comité de asesoramiento regional.....	33
Transporte	34

37 Uso de ACCESS Plus

Ante un problema	37
Retiro de ACCESS Plus	38
Continuidad de la atención.....	39
Privacidad y confidencialidad	40
Derechos de los miembros	41
Responsabilidades de los miembros.....	42
Programa de restricción ("Lock-In") de beneficiarios.....	43
Interés en mejorar la calidad.....	44

ACCESS Plus: es el nombre del programa de atención médica de MA que funciona en 42 condados de Pensilvania y que ofrece servicios para los beneficiarios de MA elegibles no inscritos en una organización voluntaria de atención administrada (Managed Care Organization, MCO). Los beneficiarios de ACCESS Plus disponen de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que administra la atención que reciben y los deriva a determinados especialistas. Además, pueden recibir servicios de tratamiento de enfermedades si cuentan con los requisitos necesarios.

Directivas anticipadas: también se conocen como testamento vital. Se trata de instrucciones escritas otorgadas por las personas para indicar las medidas que deben tomarse o no respecto de su tratamiento y atención en caso de que ya no puedan tomar decisiones por sí mismas debido a una enfermedad o discapacidad.

Coordinación de atención: ACCESS Plus lo ayudará a coordinar los servicios médicos, sociales, educativos o de otro tipo necesarios para brindar atención médica al beneficiario y su grupo familiar. Por ejemplo, ACCESS Plus puede ayudar a encontrar un medio de transporte para acudir a las citas con el médico.

Copago: se trata de un arancel que en ocasiones debe abonarse por ciertos servicios tales como visitas médicas y medicamentos recetados. Los copagos se determinan de acuerdo con la edad y el paquete de beneficios.

Servicio cubierto: los servicios que pueden obtenerse a través de ACCESS Plus dependerán del paquete de beneficios de MA. Por ejemplo, la cobertura para medicamentos recetados, equipos médicos y servicios odontológicos se brinda a algunos beneficiarios de MA pero no a otros. Comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para saber cuáles son los servicios incluidos en su cobertura.

Departamento de Salud Pública (Department of Public Welfare, DPW): es el organismo que implementa el programa Medical Assistance (MA) y supervisa el programa ACCESS Plus.

Tratamiento de enfermedades: son los servicios adicionales que pueden obtenerse si existen determinadas enfermedades crónicas (como *asma, diabetes y enfermedades cardíacas*) para ayudar a controlarlas y mantener un estado saludable dentro de las posibilidades. Los servicios adicionales pueden incluir programas educativos sobre la enfermedad o un tratamiento especializado para ayudar a coordinar las necesidades del caso.

Detección, diagnóstico y tratamiento preventivo y periódico (Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment, EPSDT): pautas para controles médicos y odontológicos y atención de seguimiento para niños, adolescentes y jóvenes (*hasta los 21 años de edad*).

Línea de ayuda: la línea de ayuda de ACCESS Plus se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede llamar para realizar preguntas, obtener ayuda para programar citas o consultar acerca de problemas relacionados con la cobertura médica.

Vacunas: inyecciones que ayudan a prevenir enfermedades tales como gripe, sarampión, paperas y varicela.

Análisis de laboratorio: exámenes de sangre u orina que permiten detectar enfermedades.

Medical Home: este concepto implica una atención centralizada y describe un enfoque de trabajo en equipo para brindar atención médica a individuos y grupos familiares. Medical Home hace referencia a un centro de atención primaria comprensiva y centrada en el grupo familiar, en el que se desarrolla una relación más cercana entre la familia y el proveedor de atención médica primaria (PCP). De esta forma pueden trabajar juntos para identificar y obtener todos los servicios médicos o de otro tipo que necesita una persona y su familia para proteger su salud de la mejor manera posible. Este centro o Medical Home conserva un registro integral y centralizado de todos los servicios relacionados con la salud que se le proporcionaron a una persona y su grupo familiar para promover la continuidad de la atención.

Necesidad médica: este concepto hace referencia a servicios, equipos o suministros médicos, procedimientos o niveles de atención que son necesarios para el tratamiento o el control adecuado de una enfermedad, lesión o discapacidad. Para probar que un servicio, tratamiento o elemento médico implican una necesidad médica, el proveedor debe demostrar que tendrán los siguientes efectos (o que existen expectativas razonables de que los tengan):

- 1) evitar la aparición de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad, o bien
- 2) reducir o mejorar los efectos físicos, mentales o de desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad, o bien
- 3) ayudar al destinatario a alcanzar o mantener máxima capacidad funcional para realizar actividades diarias, teniendo en cuenta la capacidad funcional del individuo y las capacidades funcionales apropiadas para otras personas de su misma edad

Pautas de orientación médica: pautas que ayudan al médico a tomar decisiones sobre la prevención o el tratamiento de una afección médica específica.

Lista de medicamentos de preferencia (Preferred Drug List, PDL): se trata de una lista de medicamentos cubiertos por el Departamento de Salud Pública. Los medicamentos considerados como los mejores de su tipo de acuerdo con su efectividad clínica, su seguridad y los resultados que ofrecen, se denominan “medicamentos de preferencia”. La lista PDL también incluye otros medicamentos que no son de preferencia. Estos medicamentos pueden estar cubiertos para los beneficiarios de MA si se determina que representan una necesidad médica y si el beneficiario recibe una autorización previa del Departamento de Salud Pública.

Atención prenatal: es la atención brindada a una mujer durante el embarazo. Este servicio es importante para proteger la salud de la madre y el feto.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): un médico, clínica u otro tipo de profesional que se ocupa de todas las necesidades médicas de una persona tales como controles, vacunas, análisis de sangre y medicamentos de ser necesario. El proveedor o PCP también puede responder consultas médicas, actuar como centro de atención (Medical Home) y brindar derivaciones a especialistas.

Autorización previa: un proceso requerido por el Departamento de Salud Pública (DPW) para obtener determinados procedimientos médicos, tratamientos o medicamentos. En el sistema de autorización previa, el DPW analiza la receta para solicitar un servicio médico o un medicamento y todos los registros médicos relacionados para determinar si representan o no una necesidad médica. El DPW debe determinar que el servicio o el medicamento es necesario por razones médicas para que el costo pueda quedar cubierto por MA.

Derivación: es el procedimiento por el cual el PCP envía al paciente a un especialista.

Especialista: un médico que practica un campo especial de la medicina, como un otorrinolaringólogo o un cardiólogo.

Elección de un proveedor PCP

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) administra su atención médica y actúa como un centro de servicios médicos (Medical Home) para ayudar a proteger su salud. El PCP brinda controles médicos y atención en caso de enfermedad. De ser necesario, el PCP puede derivarlo con un especialista.

Existen diferentes clases de proveedores de atención médica que pueden actuar como PCP:

- Médicos que practican medicina familiar y general (que tratan a adultos y niños)
- Médicos que practican la medicina interna (solo atienden a adultos)
- Pediatras (solo atienden a niños y adolescentes)
- Practicantes enfermeros/as matriculados/as
- Parteras/enfermeras ginecológicas matriculadas
- Profesionales médicos
- Médicos especialistas

La línea de ayuda del servicio para afiliados de PA puede ayudarlo a encontrar un proveedor PCP. Llame a la línea al 1-800-440-3989. Al afiliarse a ACCESS Plus, deberá elegir un proveedor PCP. Si no elige uno en un plazo de 14 días, ACCESS Plus elegirá uno.

Si usted o un miembro de su familia tienen una necesidad especial y desean elegir un proveedor PCP teniendo en cuenta esa necesidad (por ejemplo, un PCP cuyo consultorio tenga acceso para silla de ruedas), línea de ayuda de servicios para afiliados al **1-800-440-3989**.

Puede cambiar su proveedor PCP en cualquier momento. Para ello, comuníquese con la línea de ayuda de servicios para afiliados.

Siempre que tenga una necesidad médica, llame al proveedor de atención primaria (PCP). El proveedor PCP le dará una cita o responderá sus preguntas.

El proveedor PCP está a su disposición por vía telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al consultorio del proveedor PCP para obtener instrucciones sobre cómo comunicarse cuando el consultorio está cerrado. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería al **1-800-543-7633** (TTY 1-800-654-5984).

Todos los miembros de ACCESS Plus obtienen una credencial de ACCESS Plus que deben usar junto con su tarjeta ACCESS/EBT. En la credencial ACCESS Plus figuran el nombre, la dirección y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP). Cada vez que acuda al consultorio del proveedor PCP para solicitar atención, muestre la credencial de ACCESS Plus y la tarjeta ACCESS/EBT.

Si pierde la credencial de ACCESS Plus, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para solicitar una credencial de reemplazo. Si pierde su tarjeta ACCESS/EBT, llame a la oficina de asistencia del condado para solicitar una tarjeta de reemplazo.

Cambio del proveedor PCP

Si desea cambiar de proveedor PCP por algún motivo, comuníquese con la línea de ayuda de servicios para afiliados al **1-800-440-3989**. El personal del área de servicios para afiliados le brindará el nombre y la dirección de otros médicos disponibles en su zona. También existe un directorio de proveedores PCP en línea en el que pueden realizarse búsquedas, disponible en el sitio web de ACCESS Plus (www.accessplus.org) o el sitio web de servicios para afiliados (www.enrollnow.net). Asimismo, puede solicitar una lista de proveedores de Medical Assistance (MA) a través de la línea de ayuda de ACCESS Plus: **1-800-543-7633**.

Al cambiar de proveedor PCP, recibirá una nueva credencial de ACCESS Plus. Si bien la obtención de la nueva credencial de ACCESS Plus puede demorar hasta una semana, podrá concurrir a su nuevo proveedor PCP el día siguiente del cambio porque los proveedores ya podrán ver su nuevo PCP en el sistema electrónico.

El proveedor PCP puede solicitarle que cambie de médico en las siguientes circunstancias:

- Si usted no está de acuerdo con el plan de tratamiento del médico o se rehúsa a cumplirlo
- Si el médico opina que otro profesional puede ofrecerle una mejor atención
- Si falta a tres citas seguidas sin llamar para cancelar o cambiar la cita

En estos casos, el personal de ACCESS Plus se comunicará con el paciente y con el médico para conocer los motivos por los cuales el proveedor PCP solicita el cambio. ACCESS Plus le enviará un aviso por escrito antes de que el proveedor PCP pueda dejar de llevar adelante su tratamiento. Si no está de acuerdo con los motivos por los que el proveedor PCP le solicita que cambie de médico, puede presentar una reclamación. No está obligado a cambiar de médico hasta que finalice el procesamiento de reclamación. Para obtener más información, consulte la página 37.

Asignación de un nuevo proveedor PCP

En ocasiones, un proveedor PCP puede dejar de brindar servicios a pacientes de MA. Por ejemplo, puede decidir que ya no aceptará la credencial de MA o ACCESS Plus o bien puede mudarse. Si esto ocurre, deberá elegir un nuevo proveedor PCP. Apenas ACCESS Plus tenga la noticia de que un proveedor PCP dejará de prestar servicios, se le enviará una carta a todos los afiliados a ACCESS Plus que utilizan los servicios de ese médico. Los afiliados deberán comunicarse a la línea de servicios para afiliados al **1-800-440-3989** para obtener ayuda a fin de encontrar un nuevo proveedor PCP.

Al cambiar de proveedor PCP, es recomendable solicitarle al médico que le envíe el historial clínico del paciente al nuevo profesional que lo atenderá. También es importante continuar todo tratamiento ya iniciado. Si necesita ayuda para obtener la atención médica que requiere, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Concertación de citas

Ante una emergencia, debe llamar a su proveedor PCP o dirigirse a la sala de emergencias más cercana. De no ser una emergencia, si quiere ver a su proveedor PCP debe llamar para concertar una cita. Para hacer una cita con un proveedor PCP, llame al número de teléfono impreso en su credencial ACCESS Plus y solicite una cita.

Cuando llame, indique los motivos por los que necesita ver al proveedor PCP. El proveedor PCP decidirá si su necesidad de atención médica es urgente. De ser así, lo atenderá en un plazo de 24 horas. Para realizar controles médicos periódicos, es posible que deba esperar entre dos y tres semanas.

Si necesita asistencia para programar una cita, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. Si necesita un intérprete, puede llamar al consultorio del proveedor PCP o a la línea de ayuda de ACCESS Plus para solicitar asistencia.

Si sabe que llegará tarde a una cita o no podrá acudir, llame al consultorio del proveedor PCP para definir una nueva fecha o un nuevo horario. Es muy importante reprogramar sus citas con el médico si no puede asistir porque:

- El cuidado de su salud es una prioridad máxima
- Si falta a tres citas seguidas sin dar aviso al consultorio o reprogramar la cita, el proveedor PCP puede dejar de brindarle servicios, en cuyo caso deberá encontrar un nuevo proveedor PCP

El proveedor PCP no sabe cuánto tiempo demorará en atender a cada persona. Tenga paciencia cuando deba esperar. Si en su opinión debe esperar durante

Visita al médico

demasiado tiempo en el consultorio de su proveedor PCP o tarda demasiado en conseguir una cita, puede comunicarse con la línea de ayuda de ACCESS Plus para presentar una reclamación llamando al **1-800-543-7633**.

Algunos proveedores PCP admiten visitas sin cita previa. Esto implica que el paciente puede acudir sin haber concertado una cita y será atendido de todos modos. Es posible que estos pacientes deban esperar más para ver al médico. Si desea saber si su proveedor PCP admite las visitas sin cita previa, consulte al personal del consultorio del proveedor.

Visita al proveedor PCP

Es importante que el titular y todos los miembros del grupo familiar que están afiliados a MA visiten a su nuevo proveedor PCP lo antes posible. Conozca a su proveedor PCP y permita que también lo conozca. De esta forma, si usted o un miembro de su familia se enferman, el proveedor PCP podrá ofrecerle la mejor atención posible.

Es recomendable ver al médico periódicamente, y no solo ante una enfermedad. ACCESS Plus recomienda ver al médico una vez al año para realizar un chequeo. A continuación se enumeran algunos de los procedimientos que el proveedor PCP puede realizar en una visita:

- Controlar la presión arterial
- Controlar el nivel de azúcar en la sangre (para detectar diabetes)
- Realizar un examen de mamas y Papanicolau (PAP)
- Brindar información sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual
- Conversar sobre abuso de sustancias y salud mental
- Realizar exámenes de detección tales como el examen rectal en personas de edad avanzada y brindar derivaciones para mamografías
- Conversar sobre la posibilidad de dejar de fumar, comer saludablemente y otros temas importantes para la salud

Si se siente mal o sufre una lesión, concurra a ver al proveedor PCP lo antes posible. Si se trata de una emergencia, llame a su proveedor PCP o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana. Ante cualquier sospecha de embarazo, concurra a ver a su proveedor PCP o a un obstetra/ginecólogo de inmediato.

Especialistas

El proveedor PCP puede indicarle que es necesario que reciba atención médica especializada. De ser así, lo derivará a un especialista. Esto se conoce como "derivación". ACCESS Plus brinda cobertura para la atención médica a cargo de especialistas en los siguientes casos:

- Si el especialista que brinda atención es miembro de MA
- Si el proveedor PCP brinda aprobación para un tipo de atención médica que requiere la intervención de un especialista

No todos los servicios de especialista requieren una derivación del proveedor PCP para quedar incluidos en la cobertura de MA. Consulte el listado que aparece a continuación para saber cuáles son los servicios cubiertos que requieren una derivación del proveedor PCP. Si necesita asistencia para encontrar un especialista, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

- Servicios médicos de determinada clase de especialistas (*por ejemplo, un cardiólogo o neurólogo*)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje o fonoaudiología
- Servicios de un pedicuro o *podólogo*

Recuerde que los servicios cubiertos por MA dependerán de su paquete de beneficios de MA. Comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para saber cuáles son los servicios incluidos en su cobertura. Los menores de 21 reciben todos los servicios que representan una necesidad médica.

En ACCESS Plus no se requieren derivaciones para los siguientes servicios:

- Planificación familiar
- Tratamiento obstétrico/ginecológico
- Atención de internación a pacientes
- Atención residencial o de convalecencia en un establecimiento médico
- Transporte médico o ambulancia
- Servicios de diagnóstico/laboratorio (*como radiografías o análisis de sangre*)
- Servicios médicos en la escuela
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios de odontología
- Exámenes oculares
- Recetas
- Servicios de salud mental
- Equipos médicos
- Tratamiento contra el consumo de drogas o alcohol
- Hospicio
- Servicios de emergencia real
- Ayuda para dejar el tabaco

Atención de emergencia

Una emergencia es un problema de salud que implica una amenaza de muerte o que puede afectar gravemente la salud si no se trata de inmediato. Esto puede ser consecuencia de un accidente o una enfermedad repentina, y pone en riesgo la vida del paciente o representa un grave daño a su salud.

En caso de emergencia, NO se requiere aprobación previa para recibir atención médica. Llame al 9-1-1 o dirijase a la sala de emergencias más cercana.

Algunos ejemplos de emergencias:

- Dolor en el pecho
- Envenenamiento
- Accidente grave
- Quemaduras graves
- Lesión en los ojos
- Huesos rotos
- Vómito con sangre
- Pérdida repentina de la sensibilidad o incapacidad para moverse
- Dolor agudo en la zona del estómago
- Pérdida del conocimiento o grave sensación de mareo
- Heridas severas o hemorragia abundante
- Ahogo o incapacidad para respirar normalmente
- Grave falta de respiración
- Aborto espontáneo (*indica el caso en el que una mujer pierde su embarazo*)
- Fuerte deseo suicida u homicida

Si no está seguro de que se trate de una emergencia, debe comunicarse con su proveedor PCP.

En la sala de emergencia se realizará un examen de detección inicial para determinar si realmente existe una situación de emergencia. De ser así, el personal del establecimiento hospitalario realizará otros exámenes y tratamientos para estabilizar el estado del paciente.

Si debe quedar internado a causa de una emergencia, debe dar aviso a su proveedor PCP. Usted o un miembro de su familia deben llamar en un plazo de dos días como máximo o tan pronto como sea posible.

Autorización previa

En ocasiones, el médico necesitará obtener una "autorización previa" para un servicio requerido a fin de que MA brinde la cobertura correspondiente. Esto implica obtener la aprobación del Departamento de Salud Pública (DPW) para poder recibir el servicio específico. Algunos de los servicios o suministros que requieren autorización previa son:

- Alquiler de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (*sillas de ruedas/camas de hospital*)
- Compra de DME
- Equipos ortopédicos (*como refuerzos para la espalda, las piernas o la postura*)
- Prótesis ortopédicas (*como miembros artificiales*)
- Suministros quirúrgicos
- Determinados medicamentos (*consulte la sección Autorización previa de medicamentos en la página 28*)
- Ciertos tipos de internaciones

Para que el servicio o suministro se apruebe, el DPW debe determinar que se trata de una "necesidad médica". Consulte la página 5 para conocer la definición del concepto de necesidad médica.

El proveedor PCP o el especialista emitirá la solicitud dirigida al DPW para obtener una autorización previa. El DPW tiene 21 días para responder a partir de la fecha de recepción de la solicitud escrita.

Para los medicamentos, el DPW responderá a la solicitud en un plazo de 24 si cuenta con toda la información disponible para determinar la necesidad médica. Posteriormente, le notificará por escrito al paciente y al médico si la solicitud fue aprobada o rechazada. Si fue aprobada, lleve el aviso a un proveedor de MA para recibir el servicio o suministro solicitado. Si la solicitud de autorización previa es rechazada, tiene 30 días a partir de la fecha del aviso para presentar un recurso y solicitar una audiencia justa. Las instrucciones para recurrir la decisión y la dirección para enviar la solicitud de recurso aparecerán al dorso del aviso. Asimismo, consulte la página 18 para obtener más información sobre las audiencias justas otorgadas por el DPW.

Para comprobar el estado de las solicitudes de autorización previa, llame a la línea de ayuda de autorizaciones previas: 1-800-537-8862. El horario de atención es de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a jueves.

Cuando llame, es posible que deba dejar un mensaje para que una persona se comuniquen con usted en un plazo de 2 a 3 días hábiles. Deberá indicar su nombre, su número de beneficiario de MA (que figura en la credencial de ACCESS), el tipo de servicio solicitado, la fecha de la solicitud y el número de autorización previa si lo conoce.

Visita al médico

En caso de emergencia, NO se requiere aprobación previa para recibir atención médica. Llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si no está seguro de que se trate de una emergencia, debe comunicarse con su proveedor PCP o llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de ACCESS Plus disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana: **1-800-543-7633.**

Derecho a una segunda opinión

Si su proveedor PCP o el especialista recomiendan una cirugía o tratamiento que no es de emergencia, tiene el derecho de obtener una segunda opinión de otro médico.

A través de una segunda opinión obtendrá la información necesaria para decidir si se someterá o no a la cirugía o el tratamiento. Con esta segunda opinión también puede recibir información sobre otros tratamientos alternativos disponibles y las ventajas o desventajas que ofrecen.

Para obtener una segunda opinión se requiere una derivación. Comuníquese con su proveedor PCP o con la línea de ayuda de ACCESS Plus para obtener una derivación: **1-800-543-7633**.

Beneficios y límites incluidos

Como afiliado de ACCESS Plus, sus beneficios de MA se basan en la categoría de requisitos de MA con los que cumpla, que es determinada por su asistente social en la oficina local de asistencia del condado (County Assistance Office, CAO). Si desea realizar consultas acerca de sus requisitos de MA, comuníquese con su asistente social en la oficina CAO local. Los beneficios de MA a los que tiene derecho en virtud de su categoría de MA se indican en el paquete de beneficios de HealthCare (HealthCare Benefit Package). Además, los afiliados de ACCESS Plus (excepto las mujeres embarazadas y los afiliados menores de 21 años) tienen ciertos límites para algunos de los beneficios cubiertos de MA. Si desea realizar consultas acerca de su paquete de beneficios de atención médica o los límites para tales beneficios, puede llamar a la línea de ayuda de ACCESS Plus: **1-800-543-7633**.

Otra información importante sobre sus beneficios

Beneficiarios de MA adultos: a partir de los 21 años de edad.

(Estos límites no rigen para mujeres embarazadas, incluso en el período de postparto, o beneficiarios menores de 21 años.)

Un "año fiscal" abarca del 1.º de julio al 30 de junio.

Límites de beneficios:

Servicios de salud física

- 1 internación para rehabilitación médica por año fiscal

Servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual (Behavioral Health, BH) abarcan los servicios de salud mental y/o de tratamiento por consumo de drogas o alcohol. Estos servicios son suministrados por la organización de atención médica administrada de salud conductual (Behavioral Health Managed Care Organization, BH-MCO) del condado donde reside el paciente. Para obtener estos servicios, comuníquese con la organización BH-MCO de su condado. No existe un tope o límite para los servicios de salud conductual proporcionados en el programa HealthChoices BH en tanto el afiliado cumpla con los criterios de necesidad médica correspondientes. Si desea realizar consultas acerca del paquete de beneficios de atención médica, puede llamar a la línea de ayuda de ACCESS Plus: **1-800-543-7633**.

Para encontrar la organización BH-MCO de su condado, consulte la sección Servicios de salud conductual: acceso a servicios de salud mental o tratamiento por consumo de drogas y alcohol en la página 30.

Beneficiarios de General Assistance (GA) adultos: a partir de los 21 años de edad. (Estos límites no rigen para mujeres embarazadas, incluso en el período de postparto, o beneficiarios menores de 21 años.) Un "año fiscal" abarca del 1.º de julio al 30 de junio.

Límites de beneficios:

Servicios de salud física

- 1 internación médica por año fiscal
- 1 internación para rehabilitación médica por año fiscal
- Medicamentos con receta (si reúne los requisitos necesarios para recibir servicios farmacéuticos): 6 recetas/renovaciones de recetas por mes

Servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual (Behavioral Health, BH) abarcan los servicios de salud mental y/o de tratamiento por consumo de drogas o alcohol. Estos servicios son suministrados por la organización de atención médica administrada de salud conductual (Behavioral Health Managed Care Organization, BH-MCO) del condado donde reside el paciente. Para obtener estos servicios, comuníquese con la organización BH-MCO de su condado. No existe un tope o límite para los servicios de salud conductual proporcionados en el programa HealthChoices BH en tanto el afiliado cumpla con los criterios de necesidad médica correspondientes. Si desea realizar consultas acerca del paquete de beneficios de atención médica, puede llamar a la línea de ayuda de ACCESS Plus: **1-800-543-7633**.

Visita al médico

Para encontrar la organización BH-MCO de su condado, consulte la sección Servicios de salud conductual: acceso a servicios de salud mental o tratamiento por consumo de drogas y alcohol en la página 30.

Límite de 18 visitas

(Estos límites no rigen para mujeres embarazadas, incluso en el período de postparto, o beneficiarios menores de 21 años.)

Los afiliados de ACCESS Plus a partir de los 21 años de edad pueden disponer de un total de 18 visitas por año fiscal para algunos servicios. Este límite de 18 visitas comienza nuevamente en cada año fiscal *(del 1.º de julio al 30 de junio)*.

Cuando concurra a la visita con el proveedor de atención médica, el proveedor comprobará cuántas visitas ha utilizado y cuántas le quedan. Si utiliza la totalidad de las 18 visitas, de todas formas puede acudir al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y obtener una derivación para visitar a determinados especialistas.

Si supera el límite de 18 visitas y necesita ver a un proveedor tal como un podólogo, un optometrista o un quiropráctico, usted o el proveedor pueden solicitar una excepción. Consulte la sección Excepciones a límites de beneficios de este manual para obtener instrucciones para solicitar una excepción.

Si desea realizar consultas acerca de estos límites, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Excepciones a límites de beneficios

Usted o su proveedor pueden solicitar al Departamento de Salud Pública (DPW) la aprobación de servicios más allá de los límites estipulados. La autorización para obtener servicios adicionales se considera una excepción. Puede otorgarse una excepción en los siguientes casos:

- Si el paciente padece una grave enfermedad crónica u otra afección médica grave y su vida puede correr peligro sin ese servicio adicional, O BIEN
- Si el paciente padece una grave enfermedad crónica u otra afección médica grave y su salud puede empeorar considerablemente sin ese servicio adicional, O BIEN
- Si el paciente necesitaría servicios de mayor costo en caso de no concederse la excepción, O BIEN
- Si el paciente debería internarse en un centro de convalecencia u otra institución de no concederse la excepción

Para solicitar una excepción:

- Puede llamar a la línea de ayuda para beneficiarios al **1-800-537-8862**, O BIEN
- Su proveedor puede llamar a la línea de ayuda de autorizaciones previas de proveedores al **1-800-537-8862** O BIEN
- Usted o su proveedor pueden enviar una solicitud escrita por correo o fax a las siguientes direcciones:

Para servicios de salud física:

Office of Medical Assistance Programs
Fee for Service Programs
Benefit Exception Review
PO Box 8047
Harrisburg, PA 17105
Fax: 1-866-874-7998

Para servicios de salud conductual:

Office of Mental Health and Substance Abuse Services
Benefit Exception Review
P.O. Box 2675
Beechmont Building
Harrisburg, PA 17105
Fax: 717-772-7964

Para decidir si otorgará o no la excepción, el Departamento de Salud Pública (DPW) necesitará recibir la siguiente información del paciente o del proveedor:

- El nombre, dirección y número de teléfono del paciente
- El número de credencial de ACCESS
- El servicio para el que se solicita una excepción
- El motivo por el que se necesita la excepción
- El nombre y número de teléfono del proveedor

El DPW informará por escrito en un plazo de 21 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud si la excepción es aprobada o denegada.

Audiencia justa del DPW

Si no está de acuerdo con la denegación, reducción o finalización de un suministro o servicio de atención médica por parte del DPW, puede solicitar una audiencia justa. El recurso debe presentarse por escrito. El DPW debe recibir el recurso en un plazo de 30 días desde la fecha del aviso de denegación, aprobación de un servicio o suministro diferentes o reducción de servicios o suministros.

Si ya utiliza suministros o servicios reducidos, denegados o modificados, puede seguir recibéndolos durante el proceso de recurso. Para ello, debe presentar el recurso ante el DPW en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso que objeto de recurso.

Lea cuidadosamente el aviso en el que se notifica la decisión. La información para saber cómo recurrir una decisión con la que no se concuerda aparece al dorso de todos los avisos en los que se notifica la decisión e incluye la siguiente dirección a la que debe enviarse la carta de recurso:

Department of Public Welfare
Appeals Section
P.O. Box 8171
Harrisburg, PA 17105

Copagos

La mayoría de los beneficiarios de MA, incluso los que están afiliados a ACCESS Plus, deben pagar un pequeño monto por determinados servicios de MA. Esto se conoce como "copagos".

El proveedor de ACCESS Plus debe aceptar todos los pagos realizados por el programa MA por sus servicios en calidad de pagos completos, a excepción de un pequeño copago que el beneficiario posiblemente deba abonar.

Si debe abonar un copago por un servicio, el médico u otro proveedor de atención médica le indicarán el monto y le solicitarán que lo abone al recibir el servicio médico. Cada vez que abona un copago debe solicitar un recibo.

Si un paciente no puede abonar el copago al recibir el servicio, el proveedor no podrá negarse a prestar tal servicio. No obstante, el proveedor podrá facturarle el copago al paciente, que le adeudará ese monto.

Algunos beneficiarios de MA no deben realizar copagos.

Los siguientes beneficiarios no deben abonar ningún tipo de copago:

- Los beneficiarios menores de 18 años de edad
- Las mujeres embarazadas (*esto incluye el período de postparto, que comienza el día en que finaliza el embarazo y continúa hasta el último día del mes en el que cae el 60.º día a partir de la fecha de finalización del embarazo*)
- Las mujeres que participan en el programa de prevención y tratamiento de cáncer de seno y de útero
- Los niños en custodia adoptiva o que reúnen los requisitos para recibir asistencia adoptiva

Algunos servicios de MA no tienen copagos.

Los siguientes servicios de MA no requieren ningún tipo de copago:

- Servicios de emergencia. Consulte la página 12 para obtener más información sobre la definición de emergencia
- Servicios de laboratorio
- La parte del servicio a cargo del médico si se necesitan radiografías u otros exámenes o tratamientos médicos y el médico debe leer el examen o brindar el tratamiento (Existe un copago para la parte “técnica” del servicio, esto es, la radiografía o el examen o tratamiento en sí.)
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de agencias de atención domiciliaria
- Servicios de programas de internación parcial psiquiátrica
- Alquiler de equipos médicos duraderos
- Determinados medicamentos con receta para determinados beneficiarios (consulte las páginas 20 y 21)
- Exámenes médicos solicitados por el DPW
- Exámenes médicos realizados en el marco del programa de detección, diagnóstico y tratamiento preventivo y periódico (Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment, EPSDT) para menores de 21 años
- Servicios de diálisis
- Sangre y productos relacionados
- Oxígeno
- Suministros de ostomía
- Servicios de tratamiento de casos específicos
- Más de uno de una serie de exámenes de alergia específicos proporcionados en un período de 24 horas
- Servicios para los que el pago de MA al proveedor es inferior a \$2

Montos de copago

El monto del copago que debe abonarse dependerá de la categoría de beneficios de MA y el servicio

Copagos para beneficiarios de MA de General Assistance (GA)

Deducibles de MA:

- Se aplicará un deducible de \$150 por año fiscal a los beneficiarios de GA adultos para los siguientes servicios de MA compensables:
 - Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios
 - Servicios hospitalarios de internación a pacientes
 - Servicios hospitalarios a pacientes ambulatorios
- Los servicios de laboratorio y radiografías quedan excluidos de los requisitos de deducibles

Para los medicamentos con receta el copago es:

- \$1 para cada renovación de receta de un medicamento genérico o un medicamento de marca preferente incluido en la lista de medicamentos de preferencia (Preferred Drug List, PDL) del DPW.
- \$3 por cada renovación de receta de un medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos de preferencia del DPW.

Para los suministros y servicios médicos el copago es:

- \$6 por cada día de internación, con un máximo de \$42 por cada estadía en el hospital. Esto incluye hospitales generales y de rehabilitación y hospitales psiquiátricos privados
- \$2 por cada radiografía u otros exámenes o tratamientos médicos mediante medicina nuclear o terapia de radiación
- \$1 por cada unidad de psicoterapia para pacientes ambulatorios
- Para todos los demás servicios con copago, el monto del copago está determinado por el pago de MA al proveedor del servicio:
 - Si el pago de MA varía entre \$2 y \$10, el copago será de \$1
 - Si el pago de MA varía entre \$10.01 y \$25, el copago será de \$2
 - Si el pago de MA varía entre \$25.01 y \$50, el copago será de \$4
 - Si el pago de MA es de \$50.01 o más, el copago será de \$6

Copagos para beneficiarios de MA

Para los medicamentos con receta el copago es:

- \$1 para cada renovación de receta de un medicamento genérico o un medicamento de marca preferente incluido en la lista de medicamentos de preferencia (Preferred Drug List, PDL) del DPW (consulte la sección Cobertura para medicamentos con receta para obtener más información sobre la lista de medicamentos de preferencia).
- \$3 por cada renovación de receta de un medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos de preferencia del DPW

No debe abonarse un copago por los medicamentos utilizados para el tratamiento de hipertensión, cáncer, diabetes, epilepsia, enfermedad cardíaca, psicosis, glaucoma, mal de Parkinson y SIDA. Puede obtener una copia de la lista de medicamentos específicos que no tienen copago en la farmacia o la oficina de asistencia del condado (County Assistance Office). Tampoco hay que abonar copago por los medicamentos y vacunas administrados directamente por el médico.

Para los suministros y servicios médicos el copago es:

- \$3 por cada día de internación, con un máximo de \$21 por cada estadía en el hospital. Esto incluye hospitales generales y de rehabilitación y hospitales psiquiátricos privados
- \$1 por cada radiografía u otros exámenes o tratamientos médicos mediante medicina nuclear o terapia de radiación
- \$0.50 por cada unidad de servicio de psicoterapia para pacientes ambulatorios
- Para todos los demás servicios con copago, el monto del copago está determinado por el pago de MA al proveedor del servicio:
 - Si el pago de MA varía entre \$2 y \$10, el copago será de \$0.50
 - Si el pago de MA varía entre \$10.01 y \$25 el copago será de \$1
 - Si el pago de MA varía entre \$25.01 y \$50 el copago será de \$2
 - Si el pago de MA es de \$50.01 o más, el copago será de \$3

Todos los afiliados

Si cuenta con otro seguro médico además de MA que cubre el servicio, el copago a abonar nunca podrá ser mayor que el monto facturado por el proveedor al DPW. Por ejemplo, si el arancel de MA por un servicio es de \$52 y el afiliado cuenta con otro seguro médico que abona \$50 al proveedor, el copago solo puede ser de \$2, a pesar de que el copago normal de MA sería de \$3.

Límites de los montos de copago.

El afiliado solo debe pagar un monto determinado en copagos en cada semestre. El DPW controla todas las facturas pagadas entre enero y junio y entre julio y diciembre de cada año para saber el monto de los copagos pagados por cada beneficiario.

Si cuenta con cobertura del programa GA y las facturas indican que usted (sin incluir a otros miembros del grupo familiar) abonó más de \$180 en copagos entre enero y junio o entre julio y diciembre, se le enviará un cheque por el monto pagado a partir de esa cifra.

Si cuenta con cobertura del programa MA y las facturas indican que usted (sin incluir a otros miembros del grupo familiar) abonó más de \$90 en copagos entre enero y junio o entre julio y diciembre, se le enviará un cheque por el monto pagado a partir de esa cifra.

Recibirá el cheque uno o dos meses después de que se revisen las facturas. El cheque será emitido por la oficina de Harrisburg del Departamento de Salud Pública (DPW), no por la oficina de asistencia del condado (County Assistance Office).

Desacuerdo con el copago cobrado por un proveedor:

Si considera que el proveedor ha cometido un error al cobrar un copago o ha cobrado demasiado, consulte al proveedor. Si el proveedor no está de acuerdo y usted sigue considerando que se ha equivocado, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus: **1-800-543-7633**. Deberá abonar el copago al proveedor hasta que el DPW determine si los cargos son correctos.

Si desea realizar consultas acerca de copagos, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633.**

¿Qué sucede si cuento con otro seguro?

Si cuenta con otro seguro médico además de ACCESS Plus, es muy importante que informe al asistente social de MA de la oficina de asistencia del condado (County Assistance Office, CAO) que ya tiene otro seguro, pues se considerará como su seguro principal. La información sobre el otro seguro debe figurar en sus registros para poder facturar a ese otro seguro antes de facturar a MA. También es importante informar al asistente social en caso de que la cobertura de ese seguro finalice. Si ya no cuenta con ese seguro pero aún figura en sus registros, pueden presentarse problemas de facturación en el futuro. Cuando acuda al médico o a la farmacia, asegúrese de presentarles la credencial del seguro principal y la credencial de ACCESS Plus.

¿Qué sucede si recibo una factura?

Si bien algunos servicios de MA requieren un copago, es importante saber que los proveedores de MA no pueden facturar al afiliado los servicios cubiertos por la credencial de ACCESS ni los saldos pendientes de servicios cubiertos que fueron suministrados en una fecha en la que el afiliado cumplía los requisitos de cobertura de MA. Un proveedor puede facturar a un beneficiario de MA por un servicio o suministro no compensable si se indica al beneficiario que el programa no cubre el servicio antes de brindarlo. Un proveedor también puede facturar los servicios brindados si el beneficiario no cuenta con los requisitos necesarios para la cobertura en la fecha en que se suministran los servicios. Si recibe una factura por un servicio que en su opinión debe estar incluido en la cobertura, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Atención durante el embarazo

Los servicios de salud brindados a una mujer por un médico, enfermero/a o partera antes del nacimiento de un bebé se conocen como “atención prenatal”, y son servicios muy importantes. Es la forma de saber cómo avanza el embarazo y si existe algún problema. Aunque una mujer haya estado embarazada con anterioridad, la atención prenatal es muy importante.

Si sospecha que está embarazada y necesita realizar una prueba de embarazo, acuda a su proveedor PCP o a un proveedor de planificación familiar de MA. En caso de embarazo puede:

- Llamar o visitar a su proveedor PCP, que la ayudará a encontrar un proveedor de atención prenatal
- Visitar a un obstetra/ginecólogo o una partera por su cuenta
- Visitar un centro médico de MA que ofrece servicios de planificación familiar

Recibir atención prenatal periódica durante todo el embarazo y utilizar el mismo proveedor para ese servicio es la mejor opción.

El programa ACCESS Plus ofrece una lista de obstetras/ginecólogos, parteras y centros de planificación familiar que participan en MA. Para obtener una copia de esta lista o solicitar asistencia para encontrar un obstetra/ginecólogo o realizar una cita, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

It is important for you to get care as soon as you think you might be pregnant.

También debe consultar a su proveedor PCP al saber de su embarazo. El proveedor PCP puede contar con información acerca de su estado de salud que el proveedor de atención prenatal debe saber. Algunos proveedores PCP pueden suministrar atención obstétrica o brindar asistencia durante el embarazo. Consulte en el consultorio del médico para saber si proporciona este servicio o si debe elegir un proveedor de servicios de maternidad por separado.

Recibir atención prenatal periódica durante todo el embarazo y utilizar el mismo proveedor para ese servicio es lo mejor para la madre y el bebé. También es importante visitar al médico después del parto.

Es importante comunicarse con la oficina de asistencia del condado para informar acerca del embarazo. Las mujeres embarazadas reúnen los requisitos necesarios para ser incluidas en una categoría especial que les permite recibir cobertura médica integral durante el embarazo, y además no deben abonar copagos.

Healthy Beginnings Plus

Healthy Beginnings Plus (HBP) es una iniciativa del estado de Pensilvania dirigida a asistir a mujeres embarazadas de bajos ingresos que reúnen los requisitos de MA a fin de que puedan tener un embarazo saludable. HBP amplía sustancialmente los servicios de maternidad para las mujeres afiliadas. Este programa ayuda a satisfacer las necesidades emocionales y de salud física.

Las mujeres embarazadas afiliadas pueden optar por participar en el programa HBP.

Para obtener más información sobre cómo identificar a un proveedor de HBP, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Servicios de planificación familiar

De acuerdo con sus beneficios médicos de MA, ACCESS Plus puede proporcionarle suministros y servicios de planificación familiar que incluyen asesoramiento y métodos anticonceptivos. Puede recibir estos servicios de su proveedor PCP, un proveedor de planificación familiar de MA o un médico o una clínica que participen de MA. No necesita una derivación de su proveedor PCP. Si recibe anticonceptivos de un médico que no es su proveedor PCP, deberá informar al proveedor PCP para que pueda ayudar a supervisar la situación y evitar cualquier posible complicación derivada de los métodos o medicamentos utilizados.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de planificación familiar o un proveedor de servicios de maternidad, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Madres, bebés y niños

WIC (Women, Infants and Children) es un programa especial que ayuda a la madre y a su hijo a mantener una dieta alimenticia saludable. WIC comienza durante el embarazo y puede continuar hasta que el niño cumple cinco años de edad. Es importante que los bebés y los niños coman saludablemente. Esto los ayuda a crecer con salud y fuerza. WIC puede brindar enseñanzas sobre una nutrición correcta y cupones para ayudar a comprar alimentos.

Para obtener más información acerca de WIC, consulte a su proveedor PCP o llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** o al programa WIC al **1-800-WIC-WINS** (1-800-942-9467).

Salud infantil: detección, diagnóstico y tratamiento preventivo y periódico (EPSDT)

Los niños también necesitan ver al médico periódicamente. EPSDT es un programa de atención médica para niños y jóvenes que reúnen los requisitos de MA (*menores de 21 años*).

El control de EPSDT incluye:

- Examen físico completo
- Prueba de audición
- Examen de visión
- Control del desarrollo
- Análisis de laboratorio (*sangre y orina*)
- Vacunaciones (*inyecciones que evitan que los niños se enfermen*)
- Historial médico completo e información para mantenerse saludable

Llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para:

- Programar un control EPSDT
- Obtener ayuda para el transporte
- Obtener un recordatorio sobre la próxima visita de control EPSDT que debe realizar

Si se detecta un problema durante un control EPSDT, el proveedor PCP puede derivar al paciente a un especialista. Los menores de 21 años de edad pueden estar en condiciones de obtener servicios tales como aparatos auditivos, gafas y aparatos de ortodoncia con cobertura de MA si se establece que representan una necesidad médica.

Servicios de intervención anticipada

La Mancomunidad de Pensilvania cuenta con programas y servicios para bebés y niños en edad escolar con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Lo mejor es consultar apenas se sospecha acerca de un problema de desarrollo físico o emocional. La intervención anticipada puede marcar una gran diferencia.

Ante cualquier duda o inquietud relacionada con el desarrollo (*físico, emocional o de otro tipo*) de su hijo, consulte al proveedor PCP.

Si desea obtener más información sobre los servicios de intervención anticipada o necesita asistencia para acceder a estos servicios, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Servicios de odontología

MA cubre todos los servicios de odontología médicamente necesarios para los afiliados menores de 21 años. Esto incluye:

- Limpieza dental
- Radiografías
- Empastes
- Coronas
- Ortodoncia

Los beneficios odontológicos para adultos dependerán del paquete de beneficios de MA del afiliado. Para saber si MA cubre los servicios odontológicos en su caso y cuáles son esos servicios, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. También puede utilizar esta línea a fin de recibir ayuda para encontrar un dentista o concertar una cita. No necesita una derivación de su proveedor PCP para visitar al dentista.

Servicios de oftalmología

Los servicios de oftalmología para adultos dependerán del paquete de beneficios de MA del afiliado. Para saber si MA cubre los servicios de oftalmología en su caso y cuáles son esos servicios, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Todos los menores de 21 años afiliados a ACCESS Plus pueden obtener exámenes oftalmológicos y gafas. No se requiere una derivación para los exámenes oftalmológicos. Puede concertar una cita con cualquier proveedor oftalmológico de MA.

Para consultar a un especialista de la visión (oftalmólogo u oculista) debido a una enfermedad o lesión, necesitará una derivación de su proveedor PCP.

Si necesita asistencia para encontrar a un oftalmólogo o desea realizar consultas, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Cobertura para medicamentos con receta

Si su paquete de beneficios de MA incluye los medicamentos con receta, puede obtener sus recetas en cualquier farmacia que participe en MA.

- Los *menores de 21 años* tienen cobertura para todos los medicamentos con receta que representen una necesidad médica.
- Los adultos afiliados a MA pueden o no tener cobertura para medicamentos con receta según su paquete de beneficios. Además, algunos beneficiarios de MA deben abonar un copago en sus medicamentos, y algunos beneficiarios de MA tienen límites para la cantidad de recetas cubiertas por MA.

Si desea recibir asistencia para determinar si MA cubre o no sus medicamentos o si debe abonar un copago, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Para obtener sus medicamentos, necesitará una receta de su proveedor PCP o especialista de MA. Muchos medicamentos de venta libre también pueden estar cubiertos si existe la receta correspondiente. El paquete de beneficios determinará si debe abonar un copago por el medicamento. También determinará la cantidad y el tipo específico de medicamento que puede recibir. Si necesita asistencia para encontrar una farmacia o desea realizar consultas, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Autorización previa de medicamentos

La lista de medicamentos de preferencia (Preferred Drug List, PDL) es una lista de medicamentos cubiertos por el Departamento de Salud Pública (Department of Public Welfare, DPW). Los medicamentos considerados como más seguros y efectivos se incluyen en la lista PDL como medicamentos de preferencia o "primera opción". La lista PDL también indica los medicamentos que no son de preferencia. Estos medicamentos pueden recibir cobertura del Departamento de Salud Pública si los medicamentos de preferencia se prueban sin éxito y se establece la necesidad médica de usar los medicamentos no preferentes. Su médico puede llamar al centro de autorizaciones previas de farmacia del Departamento de Salud Pública (Pharmacy Prior Authorization Call Center) para solicitar una autorización previa para medicamentos no preferentes.

El DPW tomará una decisión acerca de las autorizaciones previas para medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud si cuenta con toda la información disponible para establecer la necesidad médica. Si la autorización se aprueba, el médico colocará el número de autorización en la receta. Si la autorización se rechaza, tendrá 30 días para presentar un recurso. Las instrucciones para apelar aparecen al dorso del aviso sobre la decisión que recibe el afiliado.

Tratamiento de enfermedades

Si usted o un hijo suyo reciben un diagnóstico de una o más de estas enfermedades crónicas, estarán en condiciones de recibir los servicios de "tratamiento de enfermedades":

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
- Enfermedad arterial coronaria (EAC)
- Fibrosis quística
- Diabetes
- Reflujo gastroesofágico
- Hepatitis
- Colesterol alto
- Hipertensión
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Lumbalgia
- Migraña
- Esclerosis múltiple
- Úlcera péptica
- Enfermedad vascular periférica
- Artritis reumatoide
- Epilepsia
- Accidente cerebrovascular
- Lupus eritematoso sistémico
- Accidente isquémico transitorio

El tratamiento de enfermedades ayuda al paciente y al proveedor PCP a controlar la enfermedad y mantener el mejor estado de salud posible. Los afiliados que reúnen los requisitos para recibir los servicios de tratamiento de enfermedades pueden identificarse de una de estas formas:

- A través del proceso de afiliación de ACCESS Plus
- Por medio de una derivación de su proveedor médico
- Llamando a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** para identificarse e informar acerca de su condición

Si usted reúne los requisitos necesarios para el tratamiento de su enfermedad, recibirá por correo información sobre el programa y los servicios disponibles. Los representantes del programa se pondrán en contacto con usted para saber si desea participar en el programa. Su participación es voluntaria.

Si acuerda participar en el programa de tratamiento de enfermedades, ACCESS Plus trabajará con usted para elaborar un plan de atención individual según sus necesidades. Estos son algunos de los servicios que puede recibir a través del programa de tratamiento de enfermedades:

- Asistencia para tratamiento y seguimiento para recordarle concertar y cumplir citas médicas o renovar sus recetas
- Ayuda para coordinar la atención médica si está internado o si necesita internarse en un hogar de convalecencia o rehabilitación
- Programas/materiales educativos para ayudarlo a comprender y controlar su enfermedad

En el programa de tratamiento de enfermedades de ACCESS Plus se utilizan pautas de orientación médica para ayudar al paciente y al médico a tomar las mejores decisiones para la salud. Puede solicitarle a su asesor de salud una copia de estas pautas.

Llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** si desea obtener más información sobre el tratamiento de enfermedades.

Servicios de salud conductual: acceso a servicios de salud mental o tratamiento por consumo de drogas y alcohol

ACCESS Plus tiene por objeto ayudarlo a mantenerse saludable. En ocasiones, para mantenerse físicamente saludable se necesita ayuda de un proveedor de salud conductual. Todas las personas afiliadas a Access PLUS también participan de un plan de atención administrada de salud conductual (Behavioral Health Managed Care, también conocido como BH-MCO) elegido por el condado. Si necesita un tratamiento de salud mental o por consumo de drogas o alcohol, consulte a los representantes de su plan de salud conductual. Los representantes de su plan BH-MCO también le enviarán un manual con información para acceder a tratamientos de salud mental o por consumo de drogas y/o alcohol.

A continuación se ofrece una lista de los planes BH-MCO y los números de teléfono correspondientes en cada condado de ACCESS Plus:

Community Behavioral Healthcare Network of PA:

Bedford y Somerset	1-866-773-7891
Blair	1-866-773-7892
Franklin y Fulton	1-866-773-7917
Clinton y Lycoming	1-866-773-7991

Community Care Behavioral Health:

Carbon, Monroe y Pike	1-866-473-5862
Lackawanna, Luzerne, Susquehanna y Wyoming	1-866-668-4696
Bradford, Cameron, Centre, Clarion, Clearfield, Columbia, Elk, Forest, Huntingdon, Jefferson, Juniata, McKean Mifflin, Montour, Northumberland, Potter, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Tioga, Union Warren y Wayne	1-866-878-6046

Value Behavioral Health:

Cambria	1-866-404-4562
Erie	1-866-404-4560
Crawford, Mercer y Venango	1-866-404-4561

Para recibir asistencia para obtener servicios de salud mental o por consumo de drogas o alcohol, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. Informe a su proveedor PCP si recibe servicios de salud conductual. El proveedor PCP debe coordinar la atención que le brinda con la que le suministran los proveedores de salud conductual. Esto incluye compartir información clínica, brindar registros médicos si así se solicita y consultar a los proveedores de salud conductual. Para que la información pueda ser compartida por el proveedor PCP y el proveedor de salud conductual, el paciente debe brindar su autorización por escrito.

Servicios para VIH/SIDA

Si padece de VIH o SIDA y cumple con los criterios de calificación correspondientes, puede obtener ayuda a través de uno o más de los siguientes programas:

- **Tratamiento de casos específicos (Targeted Case Management):** permite obtener servicios de asistencia médica y social
- **Programa de renuncia de SIDA (AIDS Waiver):** para ayudar al paciente a permanecer en su hogar y no en un hospital o centro de convalecencia
- **Programa de beneficios farmacéuticos especiales (Special Pharmaceutical Benefits Program)** ayuda a pagar determinados medicamentos de tratamiento para VIH/SIDA

Llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** si desea obtener más información sobre estos servicios o si necesita asistencia para completar una solicitud para obtenerlos.

Servicios para personas con necesidades especiales

ACCESS Plus cuenta con servicios de coordinación de atención médica disponibles en caso de que un beneficiario o sus hijos presenten necesidades especiales. Se considerará que usted tiene "necesidades especiales" si, por ejemplo:

- Necesita servicios o atención médica de forma ampliada
- Necesita equipos o servicios especiales
- Necesita ayuda relacionada con el idioma, la comunicación o el transporte para obtener atención médica

Si informa acerca de su necesidad especial, un coordinador de atención médica se comunicará directamente para determinar cómo abordar este tipo de necesidades. Estas son algunas de las medidas que puede tomar el coordinador:

- Ayudarlo a obtener servicios de tratamiento de enfermedades
- Ayudarlo a comunicarse con el programa de transporte de Medical Assistance para organizar el transporte para sus citas médicas
- Ayudarlo a contactar a intérpretes y coordinar su presencia si padece de sordera/problemas de audición o no habla o entiende inglés
- Ayudarlo a localizar proveedores con facilidades de acceso físico que pueden resolver sus necesidades especiales

Si necesita asistencia con sus necesidades especiales, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

También hay servicios disponibles para afiliados con condiciones complejas que no reciben servicios DM, a través de la unidad de tratamiento intensivo de casos del DPW (Intense Medical Case Management Unit, IMCMU). Si considera que necesita estos servicios, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus para solicitar asistencia.

Directivas anticipadas

Tiene el derecho de establecer sus propias decisiones de atención médica incluso aunque no pueda hablar o expresarse. Es recomendable contar con directivas anticipadas para que su médico conozca sus deseos en caso de que no pueda hablar o comunicarse. Un ejemplo de directivas anticipadas es el testamento en vida. Si desea obtener más información sobre las directivas anticipadas, consulte a su proveedor PCP o llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. También se encuentra disponible el folleto "*Understanding Advance Directives for Health Care*" (Comprensión de las directivas anticipadas para la atención médica), que incluye formularios para completar y que puede descargarse en www.accessplus.org/resources.

Reuniones del comité de asesoramiento regional

El programa ACCESS Plus lleva adelante reuniones trimestrales del comité de asesoramiento regional (Regional Advisory Committee, RAC). Su participación se requiere para brindar sugerencias sobre el programa ACCESS Plus y ofrecer comentarios y recomendaciones sobre cambios propuestos. La misión del comité consiste en:

- Actuar como los ojos, los oídos y la voz de las personas que reciben servicios del programa ACCESS Plus ante el Departamento de Salud Pública
- Ofrecer un lugar donde los afiliados y proveedores de ACCESS Plus puedan presentar reclamaciones e inquietudes acerca del programa
- Promover el intercambio de ideas entre los afiliados, los proveedores y las organizaciones públicas y privadas relacionadas con ACCESS Plus

Se invita a los proveedores, afiliados y otros actores clave a asistir a las reuniones de RAC y participar en el comité. Existen cuatro reuniones trimestrales de RAC que se llevan a cabo en lugares diferentes del estado. Para mayor comodidad de los participantes, en las cuatro regiones se analizan los mismos temas. Las personas que desean participar en estas reuniones pero no pueden asistir pueden participar mediante llamadas en conferencias. Para obtener más información sobre las fechas de las reuniones, los horarios y los lugares o si desea participar como miembro del comité, visite www.accessplus.org o bien llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Transporte

Si le resulta difícil asistir a sus citas médicas, el programa de transporte de Medical Assistance de su condado (Medical Assistance Transportation Program, MATP) puede transportarlo a la clínica o el consultorio o bien reembolsarle los costos de viaje para las citas y tratamientos médicos. Para saber si reúne los requisitos necesarios para este servicio, llame a la oficina de asistencia que aparece abajo correspondiente a su condado. El programa MATP no incluye servicios de ambulancia.

Si necesita asistencia para comunicarse con el programa MATP de su condado, organizar su transporte en este programa u obtener más información sobre otras opciones de transporte, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. Encontrará más información en el sitio web del programa de transporte (Medical Assistance Transportation Program): <http://matp.pa.gov>.

Programa de transporte de Medical Assistance (MATP)

Condado	Número de teléfono	Número gratuito
Adams	717-337-1345	1-800-830-6473
Allegheny	412-350-4484	1-888-547-6287
Armstrong	724-548-3405	1-800-468-7771
Beaver	724-728-5633	1-800-262-0343
Bedford	814-623-9129	1-800-323-9997
Berks	610-921-2361	1-800-383-2278
Blair	814-946-1235	1-800-245-3282
Bradford	570-888-7330	1-800-242-3484
Bucks	215-794-5554	1-888-795-0740
Butler	724-545-3669	1-866-638-0598
Cambria	814-536-9031	1-888-647-4814
Cameron	1-866-282-4968	1-866-282-4968
Carbon	570-669-6380	1-800-990-4287
Centre	814-355-6807	1-800-822-2610
Chester	610-594-6930	1-877-873-8415
Clarion	814-226-7012	1-800-672-7116

(Continúa en la página siguiente)

Condado	Número de teléfono	Número gratuito
Clearfield	814-765-1551	1-800-822-2610
Clinton	570-323-7575	1-800-222-2468
Columbia	570-784-8807	1-866-936-6800
Crawford	814-333-7090	1-800-210-6226
Cumberland	717-240-6340	1-800-315-2546
Dauphin	717-232-7009	1-800-309-8905
Delaware	610-490-3960	866-450-3766
Elk	866-282-4968	866-282-4968
Erie	814-455-3330	Igual que el número local
Fayette	724-628-7433	1-800-321-7433
Forest	814-927-8266	1-800-222-1706
Franklin	717-264-5225	1-800-548-5600
Fulton	717-485-0931	1-888-329-3276
Greene	724-627-6778	1-877-360-7433
Huntingdon	814-641-6408	1-800-817-3383
Indiana	724-463-3235	1-888-526-6060
Jefferson	814-938-3302	1-800-648-3381
Juniata	717-242-2277	1-800-348-2277
Lackawanna	570-963-6482	Igual que el número local
Lancaster	717-291-1243	1-800-892-1122
Lawrence	724-652-5588	1-888-252-5104
Lebanon	717-273-9328	Igual que el número local
Lehigh	610-253-8333	1-888-253-8333
Luzerne	570-288-8420	1-800-679-4135
Lycoming	570-323-7575	1-800-222-2468
McKean	866-282-4968	1-866-282-4968

(continuación de la página anterior)

Condado	Número de teléfono	Número gratuito
Mercer	724-662-6222	1-800-222-8797
Mifflin	717-242-2277	1-800-348-2277
Monroe	570-839-8210	1-888-955-6282
Montgomery	215-542-7433	215-542-7433
Montour	570-271-0833	Igual que el número local
Northampton	610-253-8333	1-888-253-8333
Northumberland	570-644-4463	1-800-479-2626
Perry	717-567-2490	1-877-800-7433
Philadelphia	267-515-6400	1-877-835-7412
Pike	570-775-5555	1-866-681-4947
Potter	814-544-7315	1-800-800-2560
Schuylkill	570-628-1425	1-888-656-0700
Snyder	570-522-1390	1-877-877-9021
Somerset	814-445-9628	1-800-452-0241
Sullivan	570-888-7330	1-800-242-3484
Susquehanna	570-853-4510	1-800-323-2051
Tioga	570-659-5330	1-800-242-3484
Union	570-522-1390	1-877-877-9021
Venango	814-432-9767	1-877-836-4699
Warren	814-723-1874	1-877-723-9456
Washington	724-223-8747	1-800-331-5058
Wayne	570-253-4280	1-800-662-0780
Westmoreland	724-832-2706	1-800-242-2706
Wyoming	570-288-8420	1-800-679-4135
York	717-845-7553	1-800-632-9063

Ante un problema

ACCESS Plus desea que reciba el mejor servicio posible. Si algo no funciona bien, queremos enterarnos.

Paso 1

Si tiene un problema o desea presentar una queja en relación con su proveedor PCP, el programa de tratamiento de enfermedades, ACCESS Plus o el servicio que recibe, puede llamar a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633** y brindar información sobre el tema. También puede enviar una reclamación por escrito a:

ACCESS Plus
P.O. Box 629
Mechanicsburg, PA 17050

Paso 2

Se creará un registro para su reclamación. A continuación, una persona no relacionada con el tema que motiva la queja analizará la reclamación e intentará encontrar una solución. Su satisfacción es muy importante.

Paso 3

Se le enviará una respuesta por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibió su reclamación. Si no está satisfecho con la respuesta, puede escribir a:

Department of Public Welfare
ACCESS Plus
P.O. Box 8044
Harrisburg, PA 17105-8044

Un representante del Departamento de Salud Pública (Department of Public Welfare, DPW) analizará el tema y hará un seguimiento.

Retiro de ACCESS Plus

Mientras resida en un condado donde funcione ACCESS Plus debe estar afiliado a ACCESS Plus y recibir atención médica a través de este programa, a menos que pertenezca a uno de los grupos exceptuados de ACCESS Plus.

Los beneficiarios de MA quedan exceptuados de ACCESS Plus en las siguientes circunstancias:

- Si están afiliados a un plan de atención administrada voluntaria de Medical Assistance (Voluntary Managed Care Plan)
- Si tienen más de veintiún (21) años de edad y cumplen con "criterios de elección duales" (para MA y Medicare)
- Si están afiliados al programa HIPP (*Health Insurance Premium Payment*)
- Residencia en un hogar de convalecencia

Si desea realizar consultas, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Es posible que llegue un momento en que deba cambiar de ACCESS Plus a otro plan de atención médica de MA. Esto puede suceder si se muda de un condado que utiliza ACCESS Plus a un condado que utiliza HealthChoices con atención médica administrada obligatoria. De ser así, es importante que continúe recibiendo la atención que recibe actualmente y que su historial médico se envíe a su nuevo proveedor PCP.

Qué puede hacer:

- Avise a su proveedor PCP de ACCESS Plus que se mudará y que desea que su historial médico se envíe a su nuevo proveedor PCP
- Comuníquese con la línea de ayuda de servicios para afiliados al **1-800-440-3989** y seleccione su nuevo plan de atención médica y proveedor PCP
- Después de afiliarse a su nuevo plan de atención médica, solicite a su anterior proveedor PCP de ACCESS Plus que le envíe su historial médico a su nuevo proveedor PCP

Si necesita ayuda para obtener la atención médica que requiere, comuníquese con la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**. El personal de la línea de ayuda de ACCESS Plus trabajará con usted y con su proveedor PCP para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.

Una vez que forme parte del nuevo plan de atención médica, puede comenzar a recibir los servicios que ofrece.

Si se muda a otro estado, asegúrese de solicitar a su nuevo médico que se comunique con su proveedor PCP anterior para que le envíen su historial médico.

Continuidad de la atención

Si pasa de un plan de atención administrada de MA a ACCESS Plus, mientras recibe tratamiento del proveedor del plan de atención administrada podrá continuar con ese tratamiento durante un período sin interrupciones durante la transición a ACCESS Plus. Esto se conoce como “continuidad de la atención”.

Continuidad de la atención con el mismo proveedor:

Para todos los afiliados a ACCESS Plus: si está recibiendo tratamiento de un proveedor del plan de atención administrada de MA y este proveedor no participa en ACCESS Plus, puede continuar recibiendo el tratamiento de ese proveedor sin interrupciones por un plazo máximo de 60 días después de afiliarse a ACCESS Plus. Si necesita continuar el tratamiento después de ese plazo, deberá obtenerlo del nuevo proveedor de ACCESS Plus.

Continuidad de la atención con los mismos servicios:

Adultos (a partir de los 21 años de edad): los pacientes adultos que están recibiendo tratamiento en el momento en que la cobertura cambia de un plan de atención administrada de MA a ACCESS Plus, y estos servicios de tratamiento habitualmente requieren una “autorización previa” en virtud de ACCESS Plus (consulte la página 13 para obtener más información sobre el concepto de “autorización previa”), el paciente podrá continuar recibiendo esos servicios por un plazo máximo de 60 días después de afiliarse a ACCESS Plus, sin necesidad de obtener una nueva “autorización previa” para los servicios. Si el paciente aún requiere los servicios una vez transcurrido ese plazo, el proveedor de ACCESS Plus deberá obtener una nueva “autorización previa” aprobada por el DPW.

Menores (hasta 21 años de edad): los menores que están recibiendo un tratamiento activo al cambiar de un plan de atención administrada de MA a ACCESS Plus, con servicios que habitualmente requieren una “autorización previa” en virtud de ACCESS Plus, podrán continuar recibiendo esos servicios durante el plazo autorizado por el plan de atención administrada de MA sin necesidad de obtener una nueva “autorización previa” para los servicios. Si el paciente aún requiere el tratamiento una vez finalizado el período autorizado por el plan de atención administrada de MA, el proveedor de ACCESS Plus deberá obtener una nueva “autorización previa” aprobada por el DPW.

Estas reglas de “continuidad de la atención” también se aplican si se pasa de ACCESS Plus a un plan de atención administrada de MA. El nuevo plan de atención administrada de MA también proporcionará información sobre el funcionamiento de la “continuidad de la atención”.

Privacidad y confidencialidad

ACCESS Plus sostiene el firme compromiso de mantener la privacidad de la "información médica protegida". Algunos ejemplos de información médica protegida son:

- Su nombre (y los nombres de sus hijos u otros miembros del grupo familiar en MA)
- Su número de teléfono
- Su dirección
- Su número de beneficiario del DPW
- Su fecha de nacimiento
- Su número de seguro social
- Su fecha de admisión/alta
- Su código de procedimiento médico
- Su código de diagnóstico

En ocasiones, ACCESS Plus deberá divulgar su información médica protegida a otras personas responsables de su atención. Algunos ejemplos de las circunstancias en las que puede divulgarse información son:

- Para proteger su atención médica
- Para organizar el pago de su atención y servicios
- Para el funcionamiento de ACCESS Plus (por ejemplo, usar la información para recordar una cita)
- Si así lo exige la ley
- Para coordinar la atención médica con los proveedores de salud física y conductual

Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de ACCESS Plus, llame a la línea de ayuda de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.

Derechos de los miembros

Como miembro de ACCESS Plus tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y consideración por su dignidad y privacidad
- Recibir los nombres, direcciones y números de teléfono de los proveedores PCP de su área de servicios y saber los idiomas que utilizan y cuáles ofrecen facilidad de acceso físico
- Saber cuáles son los proveedores PCP que aceptan nuevos pacientes y cuáles no
- Elegir un nuevo proveedor PCP en cualquier momento y por cualquier motivo
- Llamar a su proveedor PCP y obtener ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Saber que su historial médico y las conversaciones mantenidas con el proveedor PCP son de carácter privado
- Solicitar y obtener una copia de su historial médico de sus proveedores, y solicitarles que corrijan la información de ser necesario
- Contar con un proveedor PCP que aconseje o promueva la atención adecuada
- Recibir explicación de su proveedor PCP acerca de su tratamiento, sus opciones de tratamiento y todo seguimiento necesario de forma tal que pueda comprender tal explicación
- Lograr que su proveedor PCP coordine su atención médica con todo otros servicio que reciba de proveedores de salud conductual
- Tomar decisiones acerca de la atención que recibe, lo que incluye negarse a recibir una atención no deseada
- Formular preguntas y recibir las respuestas correspondientes de su proveedor PCP
- Recibir tratamiento de caso y coordinación de la atención y servicios de tratamiento de enfermedades de ACCESS Plus de ser necesario
- Obtener ayuda para coordinar su atención médica si presenta necesidades especiales
- Contar con un testamento en vida y/o un poder duradero que indiquen la forma en que deberán tomarse las decisiones relacionadas con su tratamiento en caso de que no pueda decidir por sí mismo

Uso de ACCESS Plus

- Informar a ACCESS Plus o al DPW acerca de toda reclamación o problema que se presente en relación con la forma en que se tratado por ACCESS Plus o la atención que recibe. Puede escribir una carta o llamar para que su queja quede registrada
- Apelar por escrito toda decisión de denegar, reducir o finalizar servicios de atención médica y tener una audiencia justa por parte del DPW
- Ejercer sus derechos sin temor a represalias por parte de su proveedor PCP u otros proveedores de atención médica
- Obtener información en un idioma diferente o mediante otros medios sin costo alguno. Esto incluye documentos o materiales educativos en su idioma, servicios de comunicación para personas con problemas auditivos, intérpretes orales para otros idiomas además del inglés u otros medios si existe una discapacidad visual o auditiva o si el paciente o su familia no saben leer. La información proporcionada también debe indicar la forma en que el proveedor PCP lo ayudará a obtener estos servicios.
- Recibir información sobre los cambios realizados por el Departamento de Salud Pública al programa ACCESS Plus al menos 30 días de que entren en efecto
- Recibir información y documentación sobre cualquier reunión pública mantenida por ACCESS Plus a la que esté en condiciones de asistir según sus requisitos al menos 30 días antes de que se celebre la reunión

Responsabilidades de los miembros

Tiene la responsabilidad de:

- Conocer sus derechos como miembro de ACCESS Plus
- Llevar consigo su credencial de ACCESS Plus en todo momento
- Mantener todas las citas programadas y cancelar todas las citas a las que no pueda asistir con anticipación
- Tratar a su proveedor PCP con respeto
- Informar a su proveedor PCP acerca de sus necesidades de atención médica y otros servicios de atención médica que reciba
- Mantener actualizado el calendario de vacunaciones
- Comunicarse con su proveedor PCP en primer lugar para recibir atención si no se trata de una emergencia

- Obtener una derivación de su proveedor PCP antes de recibir atención médica que requiere una derivación
- Informar a su proveedor PCP acerca de otros servicios a los que accede sin necesidad de derivación
- Informar a su asistente social de MA acerca de cambios importantes (*como un cambio en su nombre, dirección, número de teléfono e ingresos o cantidad de grupo familiar*) llamando a la oficina de asistencia del condado (County Assistance Office)
- Compartir información importante que necesitan sus proveedores
- Seguir las instrucciones y directivas proporcionadas por el personal del profesional médico que suministra los servicios cubiertos
- Obtener información sobre ACCESS Plus y los servicios cubiertos
- Elegir un proveedor
- Rechazar los tratamientos de proveedores que no pertenecen a MA

Programa de restricción (“Lock-In”) de beneficiarios

En ocasiones, algunas personas intentan obtener servicios o medicamentos que no representan una necesidad médica concurrendo a varios médicos o farmacias para recibir los mismos servicios o medicamentos u otros similares. Cuando esto ocurre, el Departamento de Salud Pública puede optar por incluir a esa persona en el programa de restricción/“Lock-In”. Si una persona está en el programa “Lock-In”, puede recibir todos los servicios disponibles a través de su credencial de ACCESS pero estará restringida a un solo médico, farmacia, hospital u otro proveedor de MA asignado por el Departamento. Los beneficiarios de MA tienen derecho a apelar la decisión del Departamento de incluirlos en el programa “Lock-In” y a tener una audiencia justa sobre el tema.

Si usted queda incluido en el programa de restricción, el médico que el Departamento designe como único profesional restringido será su proveedor PCP de ACCESS Plus. Deberá dirigirse directamente a la junta de integridad del programa (Bureau of Program Integrity) del Departamento de Salud Pública para encontrar un proveedor adecuado. Las instrucciones para elegir o cambiar un proveedor se incluyen en la carta recibida al quedar incluido en el programa “Lock-In”.

Interés de ACCESS Plus en mejorar la calidad

Plan de incentivo a médicos: El programa ACCESS Plus otorgará un pago a los médicos que trabajen junto con el programa para mejorar la salud del paciente. El programa ACCESS Plus Pay for Performance (P4P) está diseñado para incentivar a los proveedores y al personal del consultorio a:

- Participar activamente del programa de tratamiento de enfermedades (Disease Management) de ACCESS Plus
- Brindar atención de alta calidad de conformidad con las directivas nacionales
- Demostrar mejoras en la calidad de la atención y los servicios proporcionados a los beneficiarios afiliados con el transcurso del tiempo

Mediciones de calidad clínica: El programa ACCESS Plus Quality Improvement supervisa y evalúa los servicios proporcionados a los afiliados. Asimismo, busca nuevas formas de mejorar los resultados de la atención médica.

Algunos ejemplos incluyen:

- Encuestas de satisfacción
- Evaluación de reclamaciones e inquietudes
- Revisión de historiales médicos
- Proyectos de mejora de calidad

Si desea realizar consultas u obtener más información sobre las iniciativas para mejorar la calidad de ACCESS Plus, llame a la línea de ayuda de ACCESS al **1-800-543-7633**.

Estamos para ayudar.

Llame a la línea de ayuda gratuita de ACCESS Plus al **1-800-543-7633**.
Nuestros representantes lo ayudarán con gusto para:

- Acceder a los servicios
- Identificar a los proveedores de MA de su zona
- Identificar a los proveedores de MA con acceso para discapacitados
- Determinar los servicios incluidos o no en su paquete de beneficios de MA
- Obtener servicios de tratamiento de enfermedades
- Recibir ayuda para necesidades especiales
- Obtener ayuda para comunicarse con el programa de transporte de Medical Assistance y hacer los arreglos necesarios para asistir a sus citas médicas
- Actualizar su información de contacto
- Presentar un reclamo
- Responder a sus preguntas.



**Línea de ayuda de ACCESS Plus:
1-800-543-7633**

**Servicio TTY para discapacidad
auditiva:**

1-800-654-5984



www.accessplus.org

ACCESS Plus es administrado por:
Mancomunidad de Pensilvania
Departamento de Salud Pública



1-800-543-7633
www.accessplus.org