

Minnesota Department of **Human Services**

Resumen de los beneficios y costos compartidos

(en vigor a partir del 1 de enero de 2016)

Llame a su plan de salud para obtener más información acerca de un beneficio específico

Si tiene preguntas sobre su programa de cuidado de salud, los servicios cubiertos o pagos compartidos, usted puede:

- llamar a su trabajador
- llamar a su plan de salud
- preguntar a su proveedor.

Su proveedor debe recibir aprobación para algunos servicios de cuidados de salud antes de que usted los obtenga. Los servicios deben ser médicamente necesarios.

Medical Assistance - MA (Asistencia Médica)

Algunas personas que reciben MA se inscriben en planes de salud.

- Tratamiento de dependencia de alcohol y drogas
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado dental (cobertura limitada para personas adultas no embarazadas)
- Visitas al médico/la clínica
- Atención en sala de emergencia (ER)
- Lentes
- Servicios de planificación familiar
- Audífonos
- Cuidado en el hogar
- Cuidado paliativo
- Servicios hospitalarios (paciente internado y ambulatorio)
- Inmunizaciones y vacunas
- Servicios de intérprete
- Laboratorio y radiografías
- Servicios de maternidad con licencia
- Equipos y materiales médicos
- Transporte médico (acceso, ambulancia y especial)

- Cuidado de salud mental
- Hogares de ancianos y centros de ICF-DD
- Cirugía ambulatoria
- Administración de recetas y terapia con medicación
- Terapia de rehabilitación
- Cuidado urgente

La cobertura de ciertos servicios de cuidado a largo plazo, como los hogares de ancianos, puede requerir una solicitud por separado para determinar si MA puede pagarla. Solicite más información al trabajador de su condado.

Costo compartido

Un costo compartido significa que usted paga ciertos montos correspondientes a sus costos médicos. Los montos de costo compartido están sujetos a reajustes por la legislación del estado. Los adultos mayores de 21 años (salvo las mujeres embarazadas, las personas bajo cuidado paliativo, los indios americanos, las personas bajo el programa Refugee MA [MA para Refugiados] y las personas en hogares de ancianos o centros de ICF-DD) tienen:

- \$2.85 de deducible mensual
- \$3 de pago compartido por visitas no preventivas; no hay pago compartido por visitas de salud mental
- \$3.50 de pago compartido por visitas no de emergencia a la sala de emergencia (ER)
- \$3 o \$1 de pago compartido por recetas médicas hasta **\$12** por mes; no hay pago compartido por ciertos medicamentos para salud mental

Su proveedor deberá prestarle servicios aunque usted no pueda cubrir el costo del pago compartido o el deducible. A los proveedores deberá bastarles con que usted les informe que no puede pagar. Los proveedores no pueden solicitar un comprobante de que usted no puede pagar.

Los pagos compartidos mensuales y los deducibles se limitan al 5 por ciento del ingreso familiar para adultos

con ingresos equivalentes o inferiores al 100 por ciento de la pauta federal de pobreza.

La inscripción en un plan de salud no garantiza que usted puede ver a un proveedor del plan de salud en particular. Si desea asegurarse, llame a ese proveedor para preguntar si él o ella es aún parte del plan de salud.

También debe preguntar si están aceptando nuevos pacientes. Es posible que el plan de salud no cubra todos sus costos de cuidado de salud. Lea detenidamente su Evidencia de cobertura para averiguar qué está cubierto. También puede llamar a servicios para miembros del plan de salud.

Cuidado administrado de la salud para indios americanos

¿Son el Servicio de Salud Indígena o las clínicas tribales parte de una red del plan de salud?

- En algunos casos, sí. Si el Servicio de Salud Indígena (IHS - Indian Health Service) o clínica tribal es parte de una red del plan de salud, usted puede elegirlo como su proveedor de atención primaria. Si su clínica IHS o tribal no es parte del plan de salud que elige, usted tendrá que elegir un médico de atención primaria o una clínica que sea parte de su plan de salud.
- Puede continuar o comenzar a utilizar las clínicas tribales y del IHS en cualquier momento.

El plan de salud no requerirá la aprobación previa ni impondrá condiciones para que usted reciba los servicios en estas clínicas. Si un médico u otro proveedor en una clínica tribal o IHS lo refiere a un proveedor del plan de salud, usted no tendrá que ver a su proveedor de cuidado primario para obtener una remisión.

IHS y clínicas tribales

Si usted es un indio americano y tiene alguna pregunta o necesita ayuda, puede llamar al Servicio de Salud Indígena o a una clínica tribal.

Resumen de los resultados de la encuesta de satisfacción de la Evaluación del Estudio de Planes de Salud (Consumer Assessment of Health Plans Study - CAHPS) de 2014

	Clasificación del plan de salud	Servicio al cliente % de respuesta "No hay problema"	Obtener la atención necesaria % de respuesta "No hay problema"	Qué tan bien se comunican los médicos % de respuesta "Siempre"	Obtener la atención rápidamente % de respuesta "Siempre"
Medical Assistance – Respuestas entre 18 y 64 años de edad					
Blue Plus	64%	72%	54%	83%	61%
HealthPartners	60%	75%	57%	86%	58%
Itasca Medical Care (IM Care)	58%	62%	58%	79%	62%
Medica	54%	59%	53%	79%	56%
PrimeWest Health (PWH)	50%	64%	56%	79%	60%
South Country Health Alliance (SCHA)	58%	62%	52%	78%	54%
UCare	57%	72%	54%	80%	55%
Promedio de todos los planes de salud	58%	68%	55%	79%	58%

Aviso sobre sus derechos

para las personas inscritas en un plan de salud para sus beneficios de Medical Assistance o MinnesotaCare

Usted tiene el derecho de cambiar su plan de salud en determinados momentos, si hay más de un plan de salud disponible en su condado.

- Usted puede cambiar su plan de salud una vez durante el primer año que está inscrito en cuidado administrado de la salud.
- Hay un periodo de inscripción abierta anualmente. Durante este periodo el estado le explicará su derecho a cambiar su plan de salud.
- Usted puede cambiar su plan de salud dentro de los 90 días a partir de la fecha en que queda inscrito por primera vez en el plan de salud.
- Usted puede pedir cambiar su plan de salud *por causa* (que incluye, pero no se limita a: la falta de acceso a servicios o proveedores, mala calidad de la atención o la continuidad de la atención).
- Si desea cambiar su plan de salud en otro momento, puede que tenga que solicitar una audiencia imparcial del estado.
- Las personas inscritas en Minnesota Seniors Health Options (MSHO), pueden cancelar su inscripción en cualquier momento. Si usted tiene Medicare y cancela MSHO, tendrá que elegir un plan de la Parte D de Medicare. Asistencia Médica no pagará por la mayoría de los medicamentos con receta si usted tiene Medicare.
- Usted puede cambiar su clínica de atención primaria cada 30 días, comuníquese con su plan de salud.

Usted tiene el derecho a recibir la atención médica necesaria.

- Usted puede pedir a su plan de salud una segunda opinión. El plan de salud le dará el nombre de un médico que puede visitar.
- Su plan de salud debe informarle por escrito si se niegan, reducen o detienen los servicios que solicitó o los que ordenó su médico del plan de salud.
- Si el plan de salud detiene o disminuye un servicio **continuo** y desea apelar la decisión, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio durante la apelación. Usted debe presentar una apelación al plan de salud o solicitar una audiencia imparcial del

estado **dentro de los 10 días** siguientes a la fecha de la notificación de su plan de salud o antes que se detenga o disminuya el servicio, la que sea posterior. Usted debe solicitar el servicio para continuar. Su proveedor tratante debe estar de acuerdo con que el servicio debe continuar. Si pierde la apelación, se le puede cobrar por los servicios.

Si usted tiene un problema con su plan de salud, puede hacer cualquiera de estas cosas:

- Presentar una apelación ante el plan de salud. Usted debe apelar al plan de salud **dentro de los 90 días** después de la fecha de la notificación de que el plan de salud está disminuyendo o denegando servicios o pago.
 - Llame a su plan de salud. El número de teléfono está en su tarjeta de identificación del plan de salud. El plan de salud debe responder dentro de un periodo no mayor a 10 días.
 - Escriba una carta a su plan de salud. Incluya su nombre, dirección y número de teléfono. El plan de salud debe responder a su carta en un periodo de 30 días.
- Llame a la Unidad de Cuidado Administrado de la Salud de su condado, su trabajador de MinnesotaCare o su coordinador de cuidado y pida ayuda.
- Llame a la Oficina del Mediador (Ombudsman Office) de Estado para Cuidado Administrado de la Salud, al 651-431-2660 o al número gratuito 1-800-657-3729. Ellos pueden ayudarle a apelar al plan de salud o solicitar una audiencia imparcial del estado. Si usted tiene una queja que necesita una decisión inmediata, informe al Mediador.
- Solicite una audiencia imparcial del estado.

Cómo solicitar una audiencia imparcial del estado:

Usted debe solicitar una audiencia imparcial del estado por escrito **dentro de los 30 días** después de la fecha de la notificación de que el plan de salud está disminuyendo o denegando servicios o pago. Usted tiene hasta 90 días si tiene una buena razón para la presentación tardía.

Envíe por correo o fax su solicitud a:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
(Oficina de Apelaciones)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941
Fax: 651-431-7523

- Usted recibirá una carta indicándole la fecha y hora de la audiencia.
- Usted puede presentarse con un abogado, familiar, amigo o defensor a la audiencia.

Un juez de servicios humanos tomará una decisión sobre su caso. El juez no es parte de su plan de salud.

La discriminación es contra la ley.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos. Puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja a los derechos civiles.

La División de Igualdad de Oportunidad y Acceso del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division), prohíbe la discriminación en todos sus programas debido raza, color, origen nacional, credo, religión, orientación sexual, condición de asistencia pública, edad, discapacidad, o sexo (se incluyen los estereotipos sexuales y de identidad de género en virtud de cualquier programa de salud o actividad que reciba asistencia financiera federal). Comuníquese directamente con División de Igualdad de Oportunidad y Acceso del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
(División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use el servicio de retransmisión de su preferencia

El Departamento de Derechos Humanos de Minnesota

(Minnesota Department of Human Rights) prohíbe la discriminación en programas de servicios públicos debido a raza, color, credo, religión, origen nacional, discapacidad, sexo, orientación sexual, o condición de asistencia pública. Comuníquese con el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota directamente al:

(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (voz)
1-800-657-3704 (número gratis)
651-296-1283 (TTY)

La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

(U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) prohíbe la discriminación en sus programas debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad. En las quejas de subvenciones en bloque, se incluyen la religión y el sexo. En las quejas relacionadas con programas médicos, sexo incluye los estereotipos de sexo e identidad de género en virtud de cualquier programa de salud o actividad que reciba asistencia financiera federal, tales como los programas de Medicaid y CHIP, hospitales, clínicas, empleadores, compañías de seguros y los intercambios de seguro de salud estatales creados bajo el Title I of the Affordable Care Act (Título I de la Ley de Cuidado de Salud Asequible). Comuníquese con la agencia federal directamente al:

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)
(Oficina para Derechos Civiles, Región V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (voz)
1-800-368-1019 (número gratis)
1-800-537-7697 (TTY)

CB3 1-15

ADA1 (12-12)

Esta información está disponible en formatos accesibles para las personas discapacitadas. Para obtenerla, llame al 651-431-2660, llame gratis al 1-800-657-3729 o utilice su servicio preferido de retransmisión. Para obtener información adicional sobre derechos y protecciones para personas discapacitadas, comuníquese con el coordinador de la ley ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de la agencia.