

# RED DE HOGARES MÉDICOS

## Manual del afiliado



*Formando familias sanas*



*Abril de 2010*

# **Guía del manual de la RED DE HOGARES MÉDICO**

<b>Bienvenido al Programa de la RED DE HOGARES MÉDICOS</b>	<b>1</b>
<b>¿Cuáles son las ventajas de la RED DE HOGARES MÉDICOS?</b>	<b>1</b>
<b>Su tarjeta de Healthy Connections (Medicaid) de Carolina del Sur</b>	<b>1</b>
<b>Cómo obtener atención médica de su proveedor de atención primaria (PCP)</b>	<b>1</b>
<b>¿Hay cosas para las que no necesito aprobación de mi médico?</b>	<b>2</b>
<b>Servicios especiales para niños</b>	<b>2</b>
<b>¿Cuándo deben vacunarse los niños y los adolescentes?</b>	<b>3</b>
<b>¿Cómo me desafilio del Programa de la RED DE HOGARES MÉDICOS?</b>	<b>4</b>
<b>Cómo actuar ante un problema médico</b>	<b>4</b>
<b>Señales de advertencia médicas</b>	<b>4</b>
<b>La RED DE HOGARES MÉDICOS respeta sus derechos</b>	<b>5</b>
<b>Es su responsabilidad</b>	<b>5</b>
<b>Reclamos</b>	<b>6</b>
<b>Quejas</b>	<b>6</b>
<b>Declaración de derechos de los afiliados</b>	<b>7</b>
<b>Formulario de reclamo de la RED DE HOGARES MÉDICOS</b>	<b>8</b>
<b>Notas y recordatorios</b>	<b>10</b>

## Bienvenido al Programa de la RED DE HOGARES MÉDICOS

- **HOGARES MÉDICOS** es uno de los programas de atención médica administrada que lo conecta con un médico personal. Este médico se conoce como proveedor de atención primaria o PCP.
- **HOGARES MÉDICOS** paga a su médico para que le brinde atención las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su médico también lo derivará a cualquier especialista que necesite consultar.
- **HOGARES MÉDICOS** le exige que consulte a un médico para sus necesidades de atención médica. Si su médico considera que necesita ayuda adicional, lo derivará a otra persona.

## ¿Cuáles son las ventajas de la RED DE HOGARES MÉDICOS?

- **Un médico personal a quien consultar cuando usted o su hijo se enfermen o necesiten un chequeo.** A diferencia de Medicaid común, **HOGARES MÉDICOS** le brinda acceso a un representante para asistencia médica las 24 horas del día, los siete días de la semana. Nunca será atendido por una contestadora automática.
- **Un “Hogar médico”.** Ya no necesita concurrir a la sala de emergencias por enfermedades comunes. Simplemente llame a su médico para pedirle ayuda.
- **Acceso a un Administrador de atención.** Un Administrador de atención es alguien capacitado especialmente para ayudar a las personas con las inquietudes de salud “fuera de lo común”. Si tiene necesidades de atención médica especiales, el Administrador de atención puede ayudarlo a continuar su atención.
- **Sin copagos.** A diferencia del Medicaid común, no hay copagos para adultos. Los niños nunca tienen copagos.

## Su tarjeta de Healthy Connections Choices (Medicaid)

- Usted ha recibido su tarjeta plástica de Healthy Connections Choices (Medicaid). Esta es la tarjeta de su seguro. Todos los miembros de su familia recibieron una tarjeta separada. Cuide mucho esta tarjeta.
- Lleve su tarjeta a **cada** consulta y muéstrésela a la recepcionista o al personal del consultorio.

## Cómo obtener atención médica con su PCP

- Su PCP es responsable de brindarle la atención médica y de derivarlo a los especialistas, si los necesita.
- Es importante que su PCP conozca sus antecedentes médicos, sus alergias, enfermedades u otros problemas que pueda tener.
- Puede llamar al médico a cualquier hora del día o de la noche si está enfermo y preocupado sobre lo que debe hacer. Los PCP de **HOGARES MÉDICOS** tendrán a una persona disponible para hablar con usted a toda hora si está enfermo o si necesita atención.

- Su PCP puede brindarle la atención de rutina, p. ej., los chequeos físicos anuales, darle las recetas para los medicamentos cuando esté enfermo, y puede derivarlo a un especialista, si es necesario.

## ¿Hay cosas para las que no necesito aprobación de mi médico?

- Hay algunos servicios para los que **HOGARES MÉDICOS** no exige la aprobación de su médico antes de poder usarlos. Sin embargo, algunas cosas igualmente deben estar aprobadas primero por Medicaid. Pregunte primero a su médico si tiene preguntas sobre la aprobación de Medicaid.
- Algunos servicios **pueden** estar patrocinados por un organismo estatal y requieren una derivación del administrador de casos de dicho organismo. Consulte a su médico o llame al Centro de Recursos de Medicaid al 1-888-549-0820 si tiene preguntas sobre las derivaciones.

## Servicios especiales para niños

- Para mantener los niños sanos, deben consultar a un médico ocasionalmente, aun si no están enfermos. Esto se llama “Consulta del niño sano”.
- Las “Consultas del niño sano” incluyen chequeos físicos, vacunas, análisis de laboratorio, pruebas para detectar envenenamiento por plomo, derivaciones a especialistas cuando sea necesario, pruebas para la vista y la audición, tratamiento de enfermedades especiales y educación de la salud para menores de 21 años.
- No tiene que pagar un coseguro por estos servicios.
- Las vacunas sirven para prevenir enfermedades peligrosas que pueden provocar daños en el cerebro y en el hígado, problemas cardíacos, sordera incapacitante, ceguera y muerte. Proteja la salud de su hijo, comience con las vacunas al nacer y siga el cronograma de vacunación recomendado.

## ¿Cuándo deben vacunarse los niños y los adolescentes?

EDAD	HepB Hepatitis B	DTaP/ Tdap Difteria, tétanos, pertussis	Hib Haemo- philus Influenza Tipo B (Hib)	Polio	PCV Neumocó- cica (PCV) Conjuga- da	RV Rotavi- rus	MMR Saram- pión, paperas, rubeola	Varicela	HepA	HPV Virus del papiloma humano	MCV4 Meningo- cócica (MCV4) conjugada	Gripe
Naci- miento	✓											
2 meses	✓ (1-2 meses)	✓	✓	✓	✓	✓						
4 meses	✓ <sup>1</sup>	✓	✓	✓	✓	✓						
6 meses		✓	✓ <sup>2</sup>		✓	✓ <sup>2</sup>						
12 meses												
15 meses	✓ (6-18 meses)	✓ <sup>4</sup> (15-18 meses)	✓ (12-15 meses)	✓ (6-18 meses)	✓ (12-15 meses)		✓ (12-15 meses)	✓ (12-15 meses)	✓✓ (se dan 2 dosis con 6 meses de sepa- ración a la edad de 12-23 meses)			
18 meses												
19-23 meses		Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup> (a 5 años)	Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup> (a 5 años)		Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup>				✓ <sup>3</sup>
4-6 años		✓		✓			✓	✓				(se da cada otoño o invierno a niños de 6 meses a 18 años)
7-10 años	Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup>										
11-12 años		✓ Tdap		Puesta al día <sup>5</sup>			Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup>	Puesta al día <sup>5</sup>	✓✓✓ <sup>6</sup>	✓	
13-18 años		Puesta al día <sup>5</sup> (Tdap/Td)								Puesta al día <sup>5,6</sup>	Puesta al día <sup>5,7</sup>	

1. Su bebé tal vez no necesite una dosis de HepB a los 4 meses según el tipo de vacuna que utilice su proveedor de atención médica.
2. Su bebé tal vez no necesite una dosis de la vacuna Hib o RV a los 6 meses según el tipo de vacuna que utilice su proveedor de atención médica.
3. Se recomienda una dosis para la mayoría de la gente. Los niños menores de 9 años que reciben la vacuna contra la gripe por primera vez, o que recibieron solamente una dosis en la temporada previa (si fue la primera vacuna de la temporada), esta temporada deberían recibir 2 dosis con por lo menos 4 semanas de separación.
4. Esta dosis de DTaP podría darse a la temprana edad de 12 meses si han pasado 6 meses desde la dosis previa.
5. Si las vacunas de su hijo se demoraron o se pasaron por completo, se las deberían dar tan pronto como sea posible.
6. Todas las niñas y mujeres de 11 a 26 años se deberían vacunar con 3 dosis de la vacuna HPV, dada durante un periodo de 6 meses. Niños y hombres de 11 a 26 años también podrían recibir una de las vacunas HPV (Gardasil) para reducir la probabilidad de contraer verrugas genitales. La vacuna se podría dar a niños desde los 9 años.
7. Si tiene un hijo adolescente que se va a inscribir en la universidad, que planea vivir en una residencia de estudiantes y que no se ha vacunado anteriormente contra la enfermedad meningocócica, debería vacunarse ahora.

Por favor tenga en cuenta: Algunos niños podrían necesitar vacunas adicionales. Hable con su proveedor de atención médica.

## ¿Cómo me desafilio del Programa de la RED DE HOGARES MÉDICOS?

- Durante los primeros 90 días después de haberse afiliado por primera vez, puede cambiar de opinión y dejar el programa de **HOGARES MÉDICOS** por cualquier motivo.
- Al comienzo de cada año (la fecha de aniversario de su afiliación), recibirá una carta en la que se le pregunta si desea cambiarse de plan de salud. Durante los siguientes 90 días, puede cambiar de opinión y dejar el programa de **HOGARES MÉDICOS** por cualquier motivo.
  - Al cabo del período de 90 días, estará en el programa Hogares Médicos durante el resto del período de 12 meses, salvo que haya un buen motivo para que deje el programa.
- Para desafilarse
  - Puede llamar al Asesor de afiliación al 1-877-552-4642 para que lo desafilie.

## Cómo actuar ante un problema médico

### ***Esté preparado***

Antes de que suceda un problema médico, debe saber cómo comunicarse con su médico y con los servicios médicos de emergencia. Siempre guarde la información del paciente y del médico cerca del teléfono o en su billetera.

### ***Mantenga la calma***

Describa el problema al médico. El médico puede indicarle qué es lo mejor que se debe hacer. Se le pedirá que concurra al consultorio o que vaya a la sala de emergencias.

### ***Siga las instrucciones al pie de la letra***

Si se le pide que vaya a la sala de emergencia del hospital, vaya rápido y dígame al recepcionista que ya llamó al médico.

## Señales de advertencia médicas

***Puede haber un problema grave*** si su hijo presenta lo siguiente:

- Problemas para respirar
- Se golpeó la cabeza y no actúa normalmente o está inconsciente
- Dolor u opresión en el pecho
- Dolor estomacal intenso
- Hemorragia que no se detiene
- Dolor estomacal, hemorragia vaginal o pérdida de líquido en el embarazo
- Vómitos o diarrea persistentes
- Fracturas óseas
- Sentimientos fuertes de querer lastimarse a usted mismo o a los demás

***Su bebé puede estar gravemente enfermo*** si sucede lo siguiente:

- Está débil, flácido o pálido
- Tiene menos de dos meses de vida y tiene fiebre rectal mayor a 100.4 °F (38 °C)

Deberá ir a la sala de emergencias si alguna de estas cosas le pasa a usted o sus hijos. Siempre llame a su médico para pedir consejo. Su médico le dirá qué es lo mejor que debe hacer.

***Recuerde que si cree que tiene un problema médico grave o que su salud corre peligro, debe llamar al 911.***

**La RED DE HOGARES MÉDICOS respeta sus derechos a lo siguiente:**

- Esperar privacidad y confidencialidad sobre su atención médica
- Ser informado sobre su afección médica, tratamiento y recuperación
- Participar en las decisiones sobre su atención médica
- Llamar o visitar a su proveedor de atención primaria (PCP) cuando se sienta mal
- Cambiar su PCP
- Presentar reclamos o quejas y a sugerir cambios.
- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento
- Puede encontrar la Declaración de derechos de los afiliados en la página 8 de este manual.

**Es su responsabilidad hacer lo siguiente:**

- Conocer a su PCP para que pueda brindarle la mejor atención médica posible
- Llamar a su PCP antes de ir a ver cualquier otro médico
- Usar la sala de emergencias cuando sienta que su vida o su salud corren peligro inmediato Acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano o llamar al 911 si siente que necesita atención inmediata.
- Consultar a su PCP para las enfermedades comunes y la atención preventiva, p. ej., las consultas del niño sano, los chequeos y las vacunas

## Reclamos

Si cree que ha esperado demasiado para recibir atención, si recibe mala atención o si no puede comunicarse con su médico durante el día o después del horario de atención y quiere contarle a alguien su problema, esto es lo que debe hacer.

Puede presentar un reclamo:

- Llamando a su oficina de la **Red de Hogares Médicos** y contándoles su reclamo
- Comunicándose con el Centro de Recursos Médicos al 1-888-549-0820. El Centro de Recursos lo comunicará con el Administrador del Programa de **Hogares Médicos**, donde le tomarán su reclamo. Es posible que deba completar un Formulario de reclamo para que podamos entender mejor su problema.
- Puede completar el Formulario de reclamo en el reverso de este manual (páginas 9 a 10) y enviarlo a la dirección que figura en el formulario.

Puede optar por mantener su nombre como confidencial o solicitar que su queja se comunique al proveedor. El Departamento de Atención Administrada investigará su queja y seguirá los procedimientos para resolverla con el médico.

Si tiene preguntas sobre los procedimientos de quejas, llame al Centro de Recursos de Medicaid al 1-888-549-0820.

## Quejas

Si sus servicios médicos cubiertos de Medicaid:

- se redujeron
- se denegaron
- se terminaron
- se suspendieron o
- si tiene un problema que no se ha atendido adecuadamente.

Tiene derecho a presentar una queja y a solicitar una audiencia ante la División de Apelaciones. La queja se puede presentar verbalmente o por escrito. La solicitud de una audiencia debe ser por escrito y debe enviarse a:

Division of Appeals  
South Carolina Department of Health and Human Service  
Post Office Box 8206  
Columbia, South Carolina 29202-8206

En la solicitud de una audiencia debe explicar cuál es su problema y por qué quiere la audiencia. Si necesita ayudar para hacer esto, llame al Centro de Recursos de Medicaid al 1-888-549-0820.

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Usted tiene derecho a recibir información sobre las características básicas del programa de la RED DE HOGARES MÉDICOS antes de afiliarse.

Estos son sus derechos como afiliado a la **RED DE HOGARES MÉDICOS**:

- ◆ A ser tratado con respeto y dignidad en todo momento
- ◆ A que se proteja su privacidad
- ◆ A participar en las decisiones sobre su atención médica
- ◆ A negarse a recibir tratamiento
- ◆ No se usará la detención ni la reclusión como forma de forzarlo o castigarlo ni para la conveniencia de ningún proveedor.
- ◆ A pedir y a recibir una copia de sus registros médicos.
- ◆ A pedir que se cambie o se corrija la información de los registros si encuentra un error.
- ◆ A recibir servicios de atención médica que sean fáciles de obtener y que le brinden la atención que deben.
- ◆ A recibir los servicios apropiados para usted
- ◆ A que no se le nieguen los servicios simplemente por su diagnóstico, tipo de enfermedad o afección médica
- ◆ A recibir información de una forma que pueda entender fácilmente
- ◆ A recibir ayuda del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y de su médico para entender su plan de salud
- ◆ A recibir servicios de interpretación oral sin cargo, en el caso de que no hable inglés
- ◆ A que se le informe que dispone de la interpretación oral y de cómo obtener estos servicios
- ◆ A recibir información sobre los servicios del programa, entre los que se incluyen, por mencionar algunos:
  - ✓ Beneficios y cómo obtenerlos
  - ✓ Requisitos de autorización
  - ✓ Cualquier copago
  - ✓ Área de servicio
  - ✓ Información sobre los médicos que hablan otro idioma además del inglés
  - ✓ Cualquier límite a su libertad para elegir un médico
  - ✓ Médicos que no reciben a nuevos pacientes
  - ✓ Beneficios no ofrecidos y cómo obtenerlos
- ◆ A recibir una copia de sus derechos de desafiliación por lo menos una vez por año
- ◆ A ser informado sobre cualquier cambio importante en sus beneficios
- ◆ A recibir información sobre los procedimientos de Queja, Apelación y Audiencia justa
- ◆ A recibir información sobre cobertura de emergencias y atención fuera de horario, entre los que se incluyen, por mencionar algunos:
  - ✓ Qué problema médico de emergencia es, qué servicios de emergencia son y qué servicios posteriores a la estabilización son.
  - ✓ Los Servicios de emergencia no requieren autorización previa.
  - ✓ Cómo recibir servicios de emergencia.
  - ✓ Dónde obtener servicios de emergencia.
  - ✓ Su derecho a usar cualquier hospital u otro contexto para la atención de emergencia.
  - ✓ Las reglas de los servicios de atención posterior a la estabilización
- ◆ A obtener la política de **HOGARES MÉDICOS** sobre las derivaciones a servicios no prestados por su médico
- ◆ A ejercer estos derechos sin temor a ser tratado en forma diferente

**Formulario de reclamo del afiliado de la Red de Hogares Médicos de Carolina del Sur (SC MHN)**

**FORMULARIO DE RECLAMO DE LA SC MHN**

*\*Nota: Para informar reclamos sobre los proveedores de la MNHN ÚNICAMENTE*

Envíe el formulario completo y **firmado** a: DHHS/Managed Care (Atención administrada)  
P.O. Box 8206  
Columbia, SC 29202-8206

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_  
(Puede ser un afiliado de la MHN, un amigo o familiar designado, un proveedor médico, un hospital, miembro de la comunidad, etc.)

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el formulario: \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado de la MHN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

Describa su reclamo en forma detallada, incluidas fechas y nombres. Adjunte cualquier documento adicional.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Consulte la página siguiente (Vea la Declaración del consentimiento y la Firma)**

## FORMULARIO DE RECLAMO DE LA SC MHN

El personal de Atención administrada de la SC MHN revisa todos los reclamos que llegan a nuestra oficina. Analizamos cada reclamo seriamente y tenemos implementado un proceso para tratar cada uno. No es necesario que usemos su nombre para investigar un reclamo. Sin embargo, es más eficaz saber su nombre para describir la inquietud al proveedor. Por lo tanto, hemos incluido un lugar para que firme en este formulario, lo que nos permitirá usar su nombre para investigar su reclamo. **No firme ambas declaraciones.**

- 1. Si acepta que usemos su nombre para investigar este reclamo, firme lo siguiente:**

Autorizo al personal de Atención administrada de la SC MHN a usar mi nombre para comunicar mi reclamo al proveedor de atención médica (PCP) que figura en mi reclamo. El PCP tiene mi autorización para responder al personal de la SCMHN sobre mi reclamo y a divulgar registros médicos del paciente cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**O**

- 2. Si desea que su nombre se mantenga como confidencial y no quiere que usemos su nombre en la investigación de este reclamo, firme a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Si tiene preguntas sobre el uso de este formulario o sobre el Proceso de reclamos de la MHN, comuníquese con la oficina de Atención Administrada de Medicaid en Columbia al 803-898-2565. *Gracias por darnos la oportunidad de atenderlo mejor.*

**No escriba abajo de esta línea**

Nombre del PCP de la MHN: \_\_\_\_\_ N.º del PCP de la MHN: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio de la MHN: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

## **Notas y recordatorios**