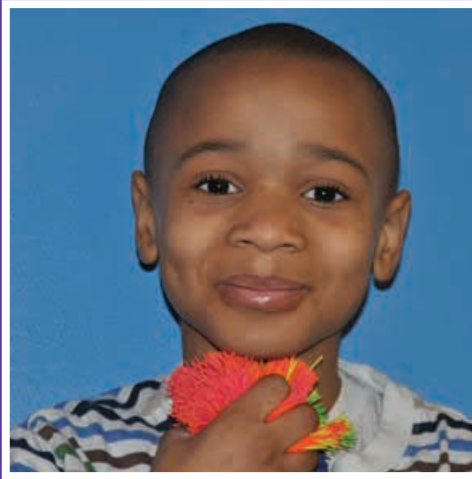


Tu Salud. Nuestra Prioridad.



Priority Partners

Manual para Miembros

1-800-654-9728
www.ppmco.org

PRIORITY
partners

I. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO

Para nosotros tiene un gran valor poder contarle entre los miembros de nuestra familia de atención médica. Como miembro, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

Usted tiene derecho a:

- Y Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
- Y Recibir información, incluyendo las opciones de tratamiento y alternativas, de forma que usted la entienda.
- Y Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Y Tratar sobre todas las opciones de tratamiento adecuadas para una condición, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Y No estar expuesto a restricciones o aislamiento como forma de coerción, disciplina, por conveniencia o como represalia.
- Y Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos y pedir que le hagan los cambios o correcciones que puedan.
- Y Ejercer sus derechos y saber que el ejercicio de los mismos no va a impactar negativamente la forma en que lo tratan Priority Partners o nuestros proveedores.
- Y Presentarnos apelaciones y quejas. (Ver la página 16)
- Y Presentar apelaciones y quejas al Estado. (Ver la página 16)
- Y Audiencias estatales justas. (Ver la página 17)
- Y Pedir que continúen sus beneficios durante procesos de apelaciones o audiencias estatales. Pero es posible que tenga que pagar la continuación de los beneficios si nuestra decisión es considerada correcta en la apelación o audiencia. (Ver la página 16)

- Y Recibir una segunda opinión de otro médico de Priority Partners si no está de acuerdo con la opinión de su médico sobre los servicios que necesita usted. Llámenos al 1-800-654-9728 para recibir ayuda con esto.
- Y Recibir otra información sobre nosotros, como por ejemplo, sobre nuestra administración. Puede pedirla llamando al 1-800-654-9728.
- Y Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y también sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Y Enviarnos sus recomendaciones sobre la política de la organización referente a los derechos y responsabilidades de los miembros.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Y Llevar consigo su tarjeta de miembro en todo momento. Si usted pierde su tarjeta, llame al Departamento de Atención al Cliente para obtener una nueva.
- Y Cancelar las citas médicas si no puede acudir a ellas.
- Y Informar a su médico y a Priority Partners acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga.
- Y Informar acerca de todas las enfermedades contagiosas, historia clínica familiar, problemas de abuso de sustancias y cualquier otra información que su médico pueda necesitar para proporcionarle una atención médica adecuada.
- Y Cooperar con sus proveedores de atención médica y seguir sus instrucciones.
- Y Comprender sus problemas médicos y participar en la elaboración de metas de tratamiento conjuntas, siempre que sea posible.

Índice

-Bienvenido a la Organización de Servicios Médicos Administrados (MCO) Priority Partners.

Esperamos con interés poder prestar servicios médicos a usted y su familia.

Asegúrese de leer detenidamente este folleto para conocer sus beneficios médicos y cómo tener acceso a ellos.

Para un manual en español, por favor Llamar 1-800-654-9728.

I MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES	INSIDE FRONT COVER
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO	PORTADA INTERIOR
II BENEFICIOS Y SERVICIOS	2
A. Beneficios de HealthChoice	2
B. Servicios opcionales y términos y condiciones aplicables	5
C. Beneficios y servicios que no ofrece Priority Partners pero sí ofrece el Estado	6
D. Beneficios y servicios que no ofrece Priority Partners ni el Estado	6
E. Servicios seleccionados por autorreferencia	7
F. Aviso de cambio de beneficios o lugares de prestación de servicios	8
G. Otros seguros médicos	8
H. Facturación del saldo	8
III INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES	9
A. ¿Qué significan los términos PAP, especialista y atención médica especializada?	9
B. Información acerca de su PAP y los especialistas	9
C. Selección o cambio de proveedores	9
D. Lista de proveedores de atención primaria y proveedores de atención especializada	9
E. Lista de proveedores de hospital	9
F. Lista de proveedores de farmacia	9
IV SERVICIOS ESPECIALES	10
A. Servicios de intérprete para personas que no hablan inglés	10
B. Servicios de intérprete para personas con problemas de audición	10
C. Servicios de transporte	10
D. Servicios para personas con necesidades especiales	10
E. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)	12
F. Programas de administración de atención médica y cómo autorreferirse	13
V OBTENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	14
A. Cómo concertar o cancelar una cita médica	14
B. Referencia a un especialista	14
C. Servicios fuera del horario normal, urgencias y emergencias	14
D. Atención en el hospital	14
E. Cobertura en áreas fuera del servicio	14
F. Atención de niños sanos (Healthy Kids-EPSDT)	14
G. Atención para mujeres embarazadas	15
H. Abuso de sustancias (Ver la Sección II-A)	15
I. Planificación familiar (Ver la Sección II-E, Servicios de selección de autorreferencia)	15
J. Atención dental	15
K. Programas de educación sobre la salud	15
L. Acceso a la administración de utilización	16
M. Acceso a la atención fuera de la red de servicio	16
N. Beneficios de medicamentos recetados y farmacia	16
VI SERVICIOS DE SALUD MENTAL	16
VII RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES	17
A. Información sobre servicios para afiliados y servicio telefónico directo de Priority Partners	17
B. Procedimientos internos de respuesta a las quejas de Priority Partners	17
C. El proceso de respuesta a los reclamos del Estado	17
D. El proceso de apelaciones del Estado	18
E. Cómo presentar sugerencias para cambios en políticas o procedimientos	19
VIII CÓMO CAMBIARSE DE ORGANIZACIÓN MCO	19
IX PRIVACIDAD Y FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA	20
X DIRECTIVAS AVANZADAS	23

II. BENEFICIOS Y SERVICIOS

A. Beneficios de HealthChoice

En esta tabla se muestran los servicios y beneficios de atención médica que pueden recibir todos los afiliados a HealthChoice cuando los necesitan. Ofrecemos otros servicios que no están en esta tabla. (Ver la página 6). Para un reducido número de beneficios especiales, usted debe tener determinada edad o determinada clase de problema. Nosotros nunca le cobraremos por los servicios de atención médica que le suministremos. Esta tabla incluye los beneficios básicos que puede recibir por medio de Priority Partners cuando los necesite.

Si usted tiene alguna pregunta o duda acerca de si Priority Partners le ofrece algún beneficio en particular, puede llamar al Servicio Directo de Información para afiliados de HealthChoice al 1-800-284-4510 o a Priority Partners al 1-800-654-9728 para obtener asistencia.

BENEFICIO	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO?	LO QUE USTED NO OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Servicios de atención médica primaria	Éstos son todos los servicios de atención médica básica que usted necesita para atender todas sus necesidades generales de salud y suelen ser suministrados por su “Proveedor de Atención Primaria” o “PAP”, como le llamaremos en este folleto, un médico o una enfermera profesional de servicios avanzados.	Todos los afiliados.	
Servicios EPSDT para niños	Los exámenes pediátricos regulares, las vacunas y los exámenes médicos para la detección de enfermedades. Todo lo que se necesita para atender a niños enfermos y conservar la salud de los niños sanos.	Menores de 21 años.	
Servicios relacionados con el embarazo	La atención médica durante y después del embarazo, incluyendo hospitalizaciones, y, en caso necesario, consultas médicas a domicilio después del parto.	Mujeres embarazadas y durante los dos meses posteriores al parto.	
Planificación familiar	Las consultas médicas de planificación familiar, las pruebas de laboratorio, las píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluyendo condones de látex que pueden adquirirse en farmacias sin prescripción médica) y esterilizaciones permanentes (ver “Servicios de autoreferencia”)	Todos los afiliados.	
Servicios primarios de salud mental	Los servicios primarios de salud mental son los servicios básicos de salud mental suministrados por su PAP u otro proveedor en Priority Partners. Si se requiere un nivel de atención superior a los servicios básicos de salud mental, su PAP le referirá a un especialista o usted puede llamar al 1-800-888-1965 si necesita servicios especializados de salud mental.	Todos los afiliados.	Usted no recibe servicios especializados de salud mental de Priority Partners. Por ejemplo, para el tratamiento de problemas emocionales graves como la esquizofrenia, su PAP o su especialista le referirá al Sistema Público de Salud Mental o usted puede ponerse en contacto con este sistema llamando al 1-800-888-1965.

BENEFICIO	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO?	LO QUE USTED NO OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Servicios de farmacia	<p>Medicamentos con receta, insulina, agujas y jeringuillas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirinas recubiertas para artritis, píldoras de hierro (sulfato férrico) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Usted puede obtener preservativos de látex en una farmacia sin receta médica.</p> <p>Para una lista de medicamentos cubiertos por el plan, visite www.ppmco.org o llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-654-9728. Algunos medicamentos requieren preautorización. El médico que haga la receta debe presentar un formulario de preautorización que encontrará en www.ppmco.org.</p>	Todos los afiliados.	Medicamentos de venta directa, excepto las aspirinas con cubierta, las píldoras de hierro y las vitaminas masticables para niños menores de 12 años.
Servicios especializados	Los servicios de atención médica suministrados por especialistas o enfermeras profesionales de servicios avanzados. Podría ser necesario que su médico de atención primaria le refiera a un especialista para recibir estos servicios.	Todos los afiliados.	
Servicios de laboratorio y diagnósticos	Las pruebas de laboratorio y radiografías para contribuir a determinar la causa de cualquier enfermedad.	Todos los afiliados.	
Administración de casos	Se designa a un administrador de casos para ayudarle a planificar y recibir servicios de atención médica. El administrador de casos también lleva un registro de los servicios necesarios y los servicios ya prestados.	<p>Grupos especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) niños con necesidades especiales de atención médica; (2) mujeres embarazadas y mujeres en situación posparto; (3) personas con VIH/SIDA; (4) personas sin vivienda; (5) personas con discapacidades físicas o discapacidades de desarrollo; (6) personas que necesitan atención médica por uso indebido de sustancias; (7) niños bajo la supervisión del Estado. 	
Cuidado de la diabetes	Servicios especiales, equipos médicos y suministros para afiliados con diabetes.	Todos los afiliados que hayan estado en el hospital debido a diabetes.	
Tratamiento para el uso indebido de drogas y alcohol	Entre los servicios para el uso indebido de drogas y alcohol están la evaluación completa del caso, los servicios de orientación individual y colectiva, el tratamiento de mantenimiento con metadona, el tratamiento desintoxicante (en calidad de paciente interno o paciente ambulatorio, según sea necesario), hospitalización parcial y referencia a servicios especializados en casos de uso indebido de drogas y alcohol que Priority Partners no ofrezca. Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios están incluidos en la cobertura para personas menores de 21 años o mujeres embarazadas o en situación posparto.	Las mujeres embarazadas y las mujeres en situación posparto y las personas con VIH/SIDA deberían ser referidas para el tratamiento en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud.	

BENEFICIO	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO?	LO QUE USTED NO OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Podiatría	Cuidados de los pies en los casos necesarios por razones médicas. Esto incluye zapatos y soportes especiales y el cuidado normal de los pies.	Servicios disponibles para los afiliados menores de 21 años o personas con diabetes y problemas circulatorios.	
Cuidados de la vista	Exámenes de la vista Menores de 21 años – un examen por año Adultos a partir de los 21 años – un examen por año Anteojos: Menores de 21 años – un par de anteojos o lentes de contacto (si existe un motivo por el cual no funcionarán los anteojos) por año Anteojos de remplazo para menores de 21 años – un par de anteojos de remplazo si los pierden, se los roban, se rompen o si cambia la receta Adultos a partir de los 21 años – un par de anteojos por año Anteojos de remplazo para adultos a partir de los 21 años – un par de anteojos de remplazo por año si se los pierden, se los roban, se rompen o si cambia la receta	Exámenes: todos los afiliados. Anteojos y lentes de contacto para afiliados menores de 21 años.	Más de un par de anteojos al año, excepto que sean necesarios por pérdida, robo o nueva receta médica.
Servicios de atención médica en el hogar	Servicios de atención médica en el hogar, incluyendo servicios de enfermería y servicios de asistencia médica a domicilio.	Para personas que necesitan cuidados especializados de enfermería a domicilio, normalmente después de una hospitalización.	No se prestan servicios de cuidados personales (ayuda para la vida diaria).
Equipos de oxígeno y asistencia respiratoria	Tratamiento para problemas respiratorios.	Todos los afiliados.	
Cuidados hospitalarios	Están cubiertos los servicios tanto de pacientes hospitalizados como de pacientes externos. Los trámites para servicios hospitalarios que no sean de emergencia deberían coordinarse por medio de su PAP o de un especialista.	Todos los afiliados con autorización o en caso de emergencia.	
Cuidados para enfermos terminales	Servicios de apoyo para personas con enfermedad terminal.	Todos los afiliados.	
Rehabilitación como paciente ambulatorio	Servicios de rehabilitación, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje (sin hospitalización)	Todos los afiliados (ver la Sección II C para afiliados menores de 21 años).	
Casa de reposo	Cuidados de enfermería a tiempo completo en una casa de reposo	Disponible para todos los afiliados. Después de 30 días, el Estado comienza a pagar en lugar de Priority Partners.	
Hospitalización crónica	Atención médica a tiempo completo en hospital para enfermedades de larga duración	Disponible para todos los afiliados. Después de 30 días, el Estado comienza a pagar en lugar de Priority Partners.	
Sangre y productos sanguíneos	La sangre utilizada durante una intervención quirúrgica, etc.	Todos los afiliados.	

BENEFICIO	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO?	LO QUE USTED NO OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Díálisis	Tratamiento para enfermedades renales	Todos los afiliados.	
Equipos médicos duraderos y suministros médicos desechables	Los equipos médicos duraderos (DME) y los suministros médicos desechables (DMS) son artículos como muletas, andaderas, sillas de ruedas y agujas (para personas que realizan pruebas de sangre en casa).	Todos los afiliados.	Sin trasplantes experimentales.
Trasplantes	Trasplantes necesarios por razones médicas.	Todos los afiliados.	
Pruebas clínicas	Los costos de los afiliados para estudios dirigidos a probar la eficacia de nuevos tratamientos o fármacos.	Afiliados con enfermedades que representan una amenaza de muerte, cuando tengan autorización.	

B. Servicios opcionales y términos y condiciones aplicables

Beneficios adicionales de Priority Partners

BENEFICIO	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN PUEDE OBTENER ESTE BENEFICIO?	LO QUE USTED NO OBTIENE CON ESTE BENEFICIO
Beneficios dentales para adultos	Exámenes semianuales, radiografías limitadas, extracciones de emergencia y exámenes limitados para evaluar problemas dentales más complejos.	Personas mayores de 21 años.	Otros tipos de extracciones u otros tipos de cuidados dentales como tratamientos de conducto, coronas o dentaduras artificiales, puentes u ortodoncia.
Servicios de cuidados de la vista para adultos Exámenes de la vista Anteojos	Un examen de la vista al año a cargo de un proveedor de la red. Un par de anteojos al año si se escogen a partir de un conjunto seleccionado de monturas y lentes.	Adultos a partir de los 21 años. Adultos a partir de los 21 años.	Lentes de contacto, formación ortóptica o entrenamiento de la vista y cualquier prueba suplementaria asociada; los anteojos rotos y perdidos no serán reemplazados, excepto a intervalos regulares cuando los servicios estén disponibles por otras razones; todos los exámenes de la vista o los artículos de corrección visual requeridos por un empleador como condición para el empleo.
Administración de casos	Puede asignarse un administrador de casos para ayudarle a planificar y recibir servicios de cuidados médicos. También le ayudará a registrar los servicios que se necesitan y los que ya ha recibido, exámenes de la vista o los artículos de corrección visual requeridos por un empleador como condición para el empleo.	Poblaciones especiales: (1) Personas con necesidades médicas complejas	

Evaluación de nuevas tecnologías y beneficios de Priority Partners

El proceso escrito de Priority Partners de nueva tecnología y la nueva aplicación de la ya existente para inclusión en su plan de beneficios incluye la evaluación de procedimientos médicos, procedimientos de salud del comportamiento, fármacos y dispositivos. Al considerar los cambios, Priority Partners revisa los documentos científicos y solicita información de especialistas y profesionales relevantes que conocen la tecnología y tienen experiencia con la misma.

C. Beneficios y servicios que no ofrece Priority Partners, pero sí ofrece el Estado

Éstos son los beneficios y servicios que no proporciona Priority Partners. Las personas que necesiten estos servicios pueden obtenerlos a través del Estado utilizando su tarjeta blanca y roja de Asistencia Médica o su tarjeta dental.

Servicios dentales para niños menores de 21 años y mujeres embarazadas - Se ofrece atención dental incluyendo tanto tratamientos normales como de emergencia. Los servicios dentales son proporcionados por el Programa Dental Healthy Smiles de Maryland, administrado por Doral Dental. Si usted es elegible para el Programa de Servicios Dentales, usted recibirá información y una tarjeta dental de Doral Dental. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Programa Dental Healthy Smiles de Maryland, al 1-888-696-9596.

Servicios especializados de salud mental: Priority Partners ofrece únicamente los servicios básicos y primarios de salud mental que su PAP puede prestarle. Si estos servicios no son suficientes para resolver su problema, usted, su PAP o su especialista pueden solicitar servicios especializados de salud mental a través del Sistema Público de Salud Mental llamando al 1-800-888-1965.

Servicios ICF-MR: Consisten en tratamientos en centros especializados para personas que tienen discapacidades

de desarrollo y necesitan este nivel de atención médica.

Servicios especializados de cuidado personal: Se trata de ayuda especializada con las actividades de la vida diaria.

Servicios de cuidados médicos diarios: Consiste en una ayuda para mejorar las habilidades necesarias para la vida diaria en un centro autorizado por el estado o el departamento de salud local, lo cual incluye servicios médicos y sociales.

Servicios de transporte: Priority Partners no tiene que pagar el transporte que usted necesite para acudir a los servicios médicos, a menos que Priority Partners lo envíe a un condado lejano a recibir un tratamiento que usted no puede obtener en un condado más cercano. Priority Partners le ayudará a organizar su transporte sin carácter de emergencia, si fuese necesario para acudir a una consulta médica o tratamiento, a través del gobierno local de su ciudad o condado (normalmente el departamento de salud del condado). El transporte de emergencia es suministrado por empresas de bomberos locales (servicio de emergencias del "911"), pero sólo para emergencias reales. Entre los ejemplos de una emergencia real están los casos en los que hay problemas respiratorios o dolores en el pecho o envenenamiento.

Servicios de atención a largo plazo y de casas de reposo: Priority Partners no está obligado a pagar sus cuidados en una casa de reposo, hospital de rehabilitación u hospital de cuidados crónicos después de los primeros 30 días. A partir de esa fecha, los servicios se consideran "atención a largo plazo". Después de los primeros 30 días, usted no tendrá que dejar la casa de reposo o el hospital a largo plazo, pero ya no estará afiliado a Priority Partners. (Este trámite será realizado por el Estado y por Priority Partners.) Una vez que usted ya no esté afiliado a Priority Partners, el Estado pagará todos los tratamientos médicos que necesite, incluyendo la estancia en la casa de reposo y demás cuidados a largo plazo.

Servicios de aborto: Este procedimiento médico para terminar ciertas clases de embarazo tiene la cobertura del Estado solamente si:

- La paciente tendrá probablemente graves problemas de salud físicos o mentales o podría morir, si da a luz al bebé;
- El embarazo es el resultado de una violación o incesto, y se ha denunciado el delito; o si
- El bebé tendrá graves problemas de salud.

Las mujeres elegibles para participar en HealthChoice únicamente debido a su embarazo no son elegibles para recibir servicios de aborto.

Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje y audiología para menores de 21 años: El Estado paga esos servicios si son necesarios desde el punto de vista médico. Usted puede llamar al servicio telefónico directo del Estado al 1-800-492-5231, si desea obtener ayuda para encontrar a un proveedor.

VIH/SIDA: Ciertos servicios de diagnóstico de VIH y SIDA son pagados por el Estado (pruebas de carga viral, pruebas de resistencia genotípica o fenotípica u otras pruebas de resistencia al VIH/SIDA). El Estado también pagará la mayoría de los medicamentos para VIH/SIDA.

Dispositivos para aumento del habla: equipo que ayuda a personas con impedimentos del habla a comunicarse.

D. Beneficios y servicios que no ofrece Priority Partners ni el Estado

Éstos son los beneficios y servicios que Priority Partners no está obligado a ofrecer. El Estado no ofrecerá ninguno de los beneficios y servicios incluidos en esta lista.

Si tiene acceso a cualquiera de los servicios en la lista siguiente, usted tendrá toda la responsabilidad del pago de los mismos. En dichos casos, su proveedor debería hacer que firme una renuncia informándole de que los servicios no están cubiertos y si usted continúa con el proceso, será responsable del pago.

- Todo lo que usted no necesite desde el punto de vista médico.
- Todo lo que tenga un carácter

experimental, a menos que forme parte de una prueba clínica autorizada.

- Autopsias.
- Vacunas para viajes fuera de los Estados Unidos continentales y servicios médicos fuera de Estados Unidos.

Programas de dieta y ejercicio para ayudarle a perder peso.

Servicios de tratamiento contra la esterilidad, incluyendo servicios para anular los efectos de una esterilización voluntaria.

Intervenciones quirúrgicas cosméticas para mejorar el aspecto físico que no sean necesarias por razones médicas.

Habitación privada en hospital: A menos que usted la necesite por razones médicas como, por ejemplo, porque tiene una enfermedad contagiosa.

Servicios de enfermería privados: Excepto para personas menores de 21 años de edad.

Servicios de ortodoncia: Los soportes para enderezar los dientes para personas a partir de los 21 años o niños que no tengan un grave problema dental que les impida o dificulte hablar o comer.

Zapatos y soportes especiales (ortopédicos): Para personas que no tengan diabetes o problemas de circulación o tengan más de 21 años de edad.

Cuidados normales de los pies: Para personas que no tengan diabetes o problemas circulatorios o tengan más de 21 años de edad.

Medicamentos de venta directa: Excepto aspirinas recubiertas para la artritis, insulina, píldoras de hierro (sulfato férrico), vitaminas masticables para niños menores de 12 años.

Dispositivos auxiliares de audición: Para personas mayores de 21 años.

Servicios dentales para adultos: Excepto para mujeres embarazadas. Priority Partners ofrece servicios dentales para adultos como beneficio adicional.

E. Servicios seleccionados por autorreferencia

¿Qué son los servicios de autorreferencia?

Usted acudirá a su PAP para obtener la mayoría de sus servicios de atención médica o su PAP le referirá a un especialista afiliado a Priority Partners. Para algunos tipos de servicios, usted puede escoger un proveedor de atención médica que no forme parte de Priority Partners. En ese caso, Priority Partners pagará los servicios de ese proveedor. A esto se le denomina “servicios de autorreferencia”. Priority Partners también pagará las pruebas de laboratorio relacionadas con el caso y los medicamentos recibidos en el mismo sitio que usted reciba la consulta de autorreferencia. A continuación presentamos una lista de los servicios de autorreferencia.

Servicios de planificación familiar

Si usted decide hacerlo, puede acudir a un proveedor de servicios que no forme parte de Priority Partners para recibir cualquiera de estos servicios de planificación familiar:

- Consulta de planificación familiar
- Prueba de Papanicolau
- Artículos anticonceptivos especiales
- Adaptación de diafragma
- Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos
- Inserción y extracción de Norplant
- Anticonceptivos aprobados por la FDA

Para la esterilización voluntaria se requiere una referencia de su PAP.

Servicios de emergencia

Si tiene una verdadera emergencia médica, no necesita una referencia de su PAP para ir a la sala de emergencias (ER). Si no está seguro de si debe ir a emergencias, llame a su PAP y pídale su opinión. Después de recibir tratamiento

para una emergencia, puede que necesite servicios adicionales para asegurarse de no volver a tener la emergencia. Estos servicios se llaman servicios de post-estabilización. Nosotros colaboraremos con el personal del hospital para decidir si usted necesita esos servicios. Si desea más información sobre cómo tomamos esta decisión, llámenos al 1-800-654-9728.

Servicios de centros médicos en las escuelas

Los niños inscritos en escuelas que tengan un centro médico disponen de una variedad de servicios que pueden recibir en el propio centro médico de la escuela.

- Consultas y tratamiento para enfermedades agudas o urgentes, incluyendo los medicamentos necesarios.
- Una consulta médica de seguimiento, a menos que se trate de un caso complicado.
- Servicios de planificación familiar seleccionados por autorreferencia (según se indican arriba en la lista).

Servicios para mujeres embarazadas

Si usted estaba embarazada en la fecha en que se afilió a Priority Partners y ya ha sido atendida por un proveedor de servicios médicos que no forma parte de Priority Partners y le ha realizado al menos un examen médico prenatal completo, entonces puede elegir seguir consultando a ese proveedor durante todo su embarazo, el parto, y durante los dos meses siguientes al nacimiento del bebé para el correspondiente seguimiento médico, si ese proveedor está de acuerdo en continuar viéndola.

Primer examen médico del bebé antes de salir del hospital

Es mejor seleccionar al médico de su bebé antes del parto. Si el médico de Priority Partners que usted seleccione u otro médico de Priority Partners no atiende a su bebé recién nacido para el correspondiente examen médico antes de la salida del hospital, Priority Partners

pagará el costo de la consulta médica que se realice en el hospital por parte del médico de servicio.

Examen médico para menores que ingresen en la custodia del Estado

Los menores que requieran cuidados de crianza (foster care) o cuidados a cargo de parientes (kinship care) deben pasar por un examen médico en un plazo de 30 días. El padre o madre de crianza puede seleccionar un proveedor de servicios que le resulte conveniente para autorreferencia para esa consulta.

Ciertos proveedores para menores con necesidades especiales de atención médica

Los niños que tengan necesidades especiales de atención médica pueden autorreferirse a proveedores fuera de la red de Priority Partners en ciertas condiciones. La autorreferencia para niños con necesidades especiales tiene por finalidad garantizar la continuidad de la atención médica y asegurar la implementación de planes apropiados de atención médica. La autorreferencia para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá de si la enfermedad que es la base de esas necesidades se diagnostica antes o después de la fecha inicial de afiliación del niño en Priority Partners. Los servicios médicos directamente relacionados con el problema de salud que origina las necesidades médicas especiales de un niño pueden obtenerse fuera de la red solamente si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo afiliado:** Un niño que en la fecha de la afiliación inicial estaba recibiendo esos servicios como parte de un plan actual de atención médica puede seguir recibiendo esos servicios especializados siempre y cuando el proveedor preexistente fuera de la red le presente el plan de atención médica a Priority Partners para su revisión y aprobación en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de afiliación del niño a Priority Partners y la fecha en la cual Priority Partners apruebe los servicios al considerarlos

necesarios desde el punto de vista médico.

- **Afiliado ya establecido:** Se pueden solicitar los servicios de un proveedor específico fuera de la red para un niño que ya esté afiliado a Priority Partners en la fecha en que se diagnostica una necesidad especial de atención médica y requiera un plan de atención que incluye tipos específicos de servicios. Priority Partners está obligado a conceder la solicitud del afiliado, a menos que pueda ofrecerle un proveedor de servicios especializados dentro de la red con la misma capacitación profesional y dominio especializado del campo que esté razonablemente disponible y ofrezca los mismos servicios.

Si Priority Partners rechaza, reduce o termina los servicios, los afiliados tienen derecho a presentar una apelación. Consulte las páginas 16 y 17 para información sobre las apelaciones.

Servicio de evaluación de diagnósticos (DES)

Una consulta anual del servicio de evaluación de diagnósticos (DES) para cualquier afiliado que haya recibido un diagnóstico de VIH/SIDA; en ese caso Priority Partners es responsable de facilitar esta evaluación en nombre del afiliado.

Diálisis renal

Algunas personas afectadas por enfermedad renal necesitan limpiar su sangre. A esto se le denomina “diálisis renal”. Una persona que necesite diálisis renal no tiene que acudir a un proveedor de Priority Partners para este tratamiento, sino que puede seleccionar a cualquier proveedor tanto dentro como fuera de la red de Priority Partners. Las personas que necesiten este servicio pueden tener derecho a participar en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM). (Ver la sección sobre el programa REM en la página 13.)

Tratamiento para el abuso de sustancias

Si usted necesita un tratamiento para el abuso de sustancias, puede autorreferirse

a un proveedor de servicios de tratamiento para abuso de sustancias y obtener una Evaluación Completa de Abuso de Sustancias (CSAA). Usted puede autorreferirse a un proveedor de estos servicios para obtener una evaluación CSAA inicial si reúne las siguientes condiciones:

- Usted no está siguiendo un tratamiento para el abuso de sustancias;
- Usted no ha recibido una evaluación CSAA autorreferida ese año de calendario; y
- El proveedor de evaluaciones es un proveedor certificado para casos de abuso de sustancias.

Usted puede autorreferirse también para otros tratamientos tales como asesoramiento individual y en grupo, desintoxicación y atención como paciente interno. Usted debe reunir ciertos criterios para recibir estos servicios. Llámenos al 1-800-654-9728 para obtener más información.

F. Aviso de interrupción o cambio de beneficios, servicios o lugares de prestación de atención médica

Si Priority Partners cambia cualquiera de sus beneficios, servicios o médicos, se lo notificaremos a los miembros enviando una carta personal o un boletín de noticias y/o a través de un anuncio en nuestro sitio web. Si se cambia a su médico, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de 7 días. Si usted tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-800-654-9728.

G. Otros seguros médicos

Si tiene otro seguro médico, debe avisar a Priority Partners durante su inscripción o llamando al 410-424-4716. Este aviso no reduce sus beneficios, sino que le permite a Priority Partners coordinar correctamente los beneficios que están a su disposición.

H. Facturación del saldo

Los afiliados a Priority Partners no deberían recibir facturas por servicios incluidos en el paquete de beneficios de

HealthChoice/Priority Partners. Si recibe una factura por un saldo debido a un proveedor, llame al Departamento de Atención al Cliente para obtener ayuda.

En dichos casos, su proveedor debería haberle pedido que firme una renuncia informándole de que los servicios no

están cubiertos y de continuar con ellos, usted sería responsable del pago.

III. INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES

A. ¿Qué significan los términos PAP, especialista y atención médica especializada?

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PAP):

Un proveedor de atención primaria (PAP) es un médico o un enfermero o enfermera profesional de servicios avanzados que proporciona atención médica básica y coordina toda su atención médica. Entre estos proveedores están los médicos de medicina general, los médicos de medicina familiar, médicos internos, pediatras, algunos obstetras y ginecólogos y algunas enfermeras.

ESPECIALISTA:

Un especialista es un médico que suele tratar un sistema orgánico específico o realizar procedimientos especiales. Entre los ejemplos de especialista están los cardiólogos, dermatólogos y cirujanos.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA:

La atención médica especializada son los cuidados suministrados por un especialista. Su proveedor de atención primaria debe referirle a un especialista.

B. Información acerca de su PAP y los especialistas

CÓMO SELECCIONAR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Su proveedor de atención primaria coordinará toda la atención médica que usted reciba. Si usted todavía no ha seleccionado a un médico, es posible que tenga que seleccionar uno en los 10 primeros días después de su afiliación en Priority Partners. Priority Partners puede ofrecerle un extenso número de médicos entre los cuales usted podrá elegir. Para usted mismo, puede elegir un especialista en medicina interna, un médico de

familia o una enfermera practicante para que actúe como su proveedor de atención primaria.

Para las mujeres afiliadas a Priority Partners, si su PAP no es un especialista en salud femenina, usted tiene derecho a ver a un especialista en salud femenina de la red de Priority Partners sin necesitar referencia.

En nuestro directorio de proveedores se incluye una lista con todos los proveedores de atención primaria divididos por condado. En esa lista se incluyen sus direcciones y horarios de consultorio. Si usted desea obtener ayuda para seleccionar a un proveedor de atención primaria, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-800-654-9728. Si usted no selecciona un proveedor de atención primaria, le asignaremos uno que esté situado cerca de su domicilio.

Si usted desea información respecto a la preparación académica, calificaciones y experiencia del médico que le atiende, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-800-654-9728.

A menos que se requiera un tiempo más corto, Priority Partners debería programar la consulta inicial de una persona recién afiliada dentro de los 90 primeros días contados a partir de la fecha de afiliación.

OBTENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

Su proveedor de atención primaria le referirá a otro médico si usted necesita atención especializada. Sin embargo, tenga en cuenta que esta atención especializada sólo tendrá cobertura si usted recibe una referencia de su proveedor de atención primaria.

Se puede mantener el tratamiento si:

- El proveedor que aplica el tratamiento le entrega a Priority Partners una copia del plan de atención médica, y
- Priority Partners está de acuerdo con dicho plan de atención médica.

C. Selección o cambio de proveedores

Si usted desea cambiar de médico, puede hacerlo en cualquier momento. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-654-9728 para obtener ayuda para el cambio de su Proveedor de Atención Primaria. Su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a su solicitud. Le proporcionaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de 7 días.

Usted puede encontrar una lista de proveedores de atención primaria, especialistas, dentistas y farmacias en el Directorio de Proveedores Miembros de Priority Partners o en nuestro sitio web: www.ppmco.org. Encontrará una copia del directorio en su paquete de bienvenida de Priority Partners. Llame al Departamento de Atención al Cliente de Priority Partners para obtener ayuda por teléfono o pedir el envío de un ejemplar del directorio por correo.

D. Lista de proveedores de atención primaria y proveedores de atención especializada (ver Directorio de Proveedores).

E. Lista de proveedores de hospital (ver Directorio de Proveedores)

F. Lista de proveedores de farmacia (ver Directorio de Proveedores)

IV. SERVICIOS ESPECIALES

A. Servicios de intérprete para personas que no hablan inglés

Muchos de nuestros consultorios y centros médicos tienen servicios de interpretación en sus instalaciones. Avise a su médico si usted necesita los servicios de interpretación y se organizará ese servicio. Priority Partners proporciona intérpretes de idiomas e intérpretes del lenguaje por señas estadounidense para consultas médicas si su médico no puede suministrar este servicio. Para solicitar los servicios de un intérprete, póngase en contacto con el Coordinador de Necesidades Especiales llamando al 410-424-4906, o al número gratuito 1-800-261-2396, ext. 4906, TTY 1-866-438-8912 o envíe un e-mail a snc@jhhc.com.

Usted también puede llamar al Departamento de Atención al Cliente de Priority Partners al 1-800-654-9728.

B. Servicios de intérprete para personas con problemas de audición

Una línea TTY estará disponible para todos los miembros entre las 8 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes. El número telefónico de Operadores de Relé de Maryland es el 1-888-201-7165.

C. Servicios de transporte

Llame a su departamento de salud local si no dispone de transporte para acudir a las citas médicas de rutina. Si aun así necesita ayuda para recibir servicios de transporte, llame al Departamento de Asistencia Externa de Priority Partners al 410-424-4648.

D. Servicios para personas con necesidades especiales

El Estado ha designado a ciertos grupos como personas que necesitan ayuda especial por parte de la organización MCO. A estos grupos se les denomina "poblaciones con necesidades especiales" y entre ellas están las siguientes:

- Niños con necesidades especiales de atención médica;
- Adultos o niños con una discapacidad física;

- Adultos o niños con una discapacidad del desarrollo;
- Mujeres embarazadas y mujeres que acaban de tener un hijo;
- Adultos y niños sin vivienda;
- Adultos y niños con VIH/SIDA;
- Adultos y niños que necesitan tratamiento para el abuso de sustancias; y
- Niños bajo la supervisión del Estado.

Priority Partners dispondrá de un proceso para indicarle si usted forma parte de una población con necesidades especiales.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus necesidades especiales, póngase en contacto con los coordinadores de necesidades especiales de Priority Partners llamando al 410-424-4906 o al 800-261-2396 ext. 4906, TTY 866-438-8912 o por e-mail a snc@jhhc.com.

SERVICIOS QUE RECIBEN TODAS LAS POBLACIONES CON NECESIDADES ESPECIALES

Si usted forma parte de una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios para obtener la cantidad y la clase de atención necesarias:

Administrador del caso: El administrador del caso será una enfermera o trabajador social u otro profesional que puede ser asignado a su caso poco después de su afiliación a Priority Partners. Este profesional le ayudará y ayudará a su proveedor de atención primaria a planificar el tratamiento y los servicios que usted necesite. El administrador del caso no sólo ayudará a planificar los cuidados, sino también realizará un seguimiento a los servicios de atención médica que usted reciba durante el año y ayudará a las personas que le proporcionan tratamiento a coordinar sus esfuerzos.

Especialistas: Tener necesidades especiales exige que usted acuda a

proveedores que tienen el mayor grado de experiencia con su problema de salud. Su PAP y el administrador del caso cooperarán para asegurarse de ponerle en manos de los especialistas más idóneos. Entre esos especialistas están los expertos en equipos y suministros que usted podría necesitar.

Seguimiento cuando no se acude a las consultas: Si su PAP o su especialista observa que usted falta repetidamente a las consultas, avisará a Priority Partners y alguien intentará comunicarse con usted por correo, por teléfono o visitándole en su domicilio para recordarle que debe llamar y solicitar otra cita. Si usted continúa no acudiendo a sus citas, es posible que reciba la visita de un miembro del departamento de salud local cercano a su lugar de residencia.

Coordinador de necesidades especiales: Priority Partners tendrá un Coordinador de Necesidades Especiales entre los miembros de su personal para ayudarle a obtener información sobre su condición y sugerirle lugares en su área donde puede recibir apoyo de personas que conocen sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, usted recibirá todos los servicios indicados arriba. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales que se indican a continuación.

ADULTOS Y MENORES CON VIH/SIDA

Administración de casos de VIH/SIDA: Priority Partners debe tener administradores de casos especiales capaces de ocuparse de los problemas del VIH/SIDA y dirigir a las personas hacia los servicios que necesitan.

Consulta de evaluación del Servicio de Evaluación de Diagnósticos (DES) una vez al año: Una consulta anual con el Servicio de Evaluación y Diagnósticos para todos los afiliados que tengan un diagnóstico de VIH/SIDA que Priority Partners tiene la obligación de facilitar en nombre del afiliado.

Servicios de abuso de sustancias: Todas las personas afectadas por VIH/SIDA que necesitan tratamiento para el abuso de sustancias serán referidas a este servicio en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud.

ADULTOS Y MENORES CON DISCAPACIDADES FÍSICAS Y DISCAPACIDADES DE DESARROLLO

Materiales preparados de una forma que usted puede comprender: Priority Partners encargará la revisión de sus materiales a personas con experiencia en las necesidades de personas discapacitadas. Esto significa que la información deberá ser presentada utilizando los métodos idóneos, de tal forma que las personas discapacitadas puedan comprenderla, bien sea por escrito o por medio de traducciones habladas. El personal de Priority Partners debe recibir información sobre las necesidades especiales de comunicación de personas con discapacidades de desarrollo.

Servicios de la DDA: Los afiliados que reciban servicios actualmente a través de la Administración de Discapacidades de Desarrollo (DDA) o conforme a la autorización de la DDA podrán seguir recibiendo esos servicios.

Equipos médicos y tecnología de asistencia: Los proveedores de Priority Partners deben tener la experiencia y la formación para prestar servicios a menores y adultos en los que se utilicen equipos médicos y servicios de tecnologías de asistencia médica.

Administración de casos: Los administradores de casos deberán ser personas con experiencia en el trabajo con personas discapacitadas.

MUJERES EMBARAZADAS Y MUJERES QUE ACABAN DE TENER UN HIJO

Citas médicas: El proveedor debe programar una cita en un plazo de 10 días a partir de la solicitud. Si no puede obtener una cita, llame a Priority Partners al 1-800-654-9728 o a la Línea de ayuda para afiliados al 1-800-284-4510.

Enlace con un proveedor de servicios

pediátricos: Toda mujer embarazada será vinculada con el pediatra que ella seleccione antes de dar a luz. La persona encargada de la salud del bebé puede ser un médico de familia, un pediatra o una enfermera practicante.

Evaluaciones de riesgos prenatales:

Toda mujer embarazada debe recibir una evaluación de riesgos prenatales en el momento de su primera consulta con el proveedor de servicios prenatales. Si existe algún riesgo que pueda afectar el embarazo y el nacimiento de un bebé saludable, una persona del Departamento de Salud local o de Priority Partners se pondrá en contacto con la mujer embarazada y se ofrecerá a visitarla.

Duración de la hospitalización: La duración de la hospitalización después del parto se limita a 48 horas para partos vaginales sin complicaciones o 96 horas para partos por cesárea sin complicaciones. Si una afiliada decide abandonar el hospital antes de ese tiempo, se debe programar una visita médica a domicilio dentro de 24 horas después de la salida del hospital. Si una afiliada debe permanecer en el hospital después del parto por razones médicas y ella solicita que el recién nacido permanezca en el hospital mientras ella está hospitalizada, se ofrecerá cobertura de hospitalización adicional por un período de hasta cuatro (4) días para el recién nacido.

Seguimiento: Priority Partners tiene la obligación de programar una consulta médica de seguimiento dos semanas después de la fecha de alta del hospital, si no se ha realizado una consulta médica a domicilio para el recién nacido, o en un plazo de 30 días después de la fecha de alta del hospital, si se ha realizado una consulta médica a domicilio para el recién nacido.

Servicios dentales: Las mujeres embarazadas a partir de los 21 años de edad reciben servicios dentales de diagnóstico, emergencia, prevención y terapéuticos para enfermedades orales. Estos servicios son proporcionados por el Programa Dental Healthy Smiles de Maryland. Llámelos al 1-800-696-9596 si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.

Servicios de abuso de sustancias: Toda mujer embarazada, o toda mujer después

de dos meses desde el parto, que consuma indebidamente sustancias será referida para un tratamiento contra el abuso de sustancias dentro de 24 horas a partir de su solicitud. Si se necesita un tratamiento diario, sus hijos pueden estar con ella durante su tratamiento.

Pruebas de detección y orientación para casos de VIH: Se ofrecerá una prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas, quienes también recibirán información sobre la infección de VIH y sus efectos sobre el bebé por nacer.

Orientación sobre nutrición: A toda mujer embarazada se le ofrecerá información sobre nutrición para enseñarle a comer saludablemente.

Orientación para fumadoras: Toda mujer embarazada recibirá información y apoyo respecto a las formas de dejar de fumar.

Citas médicas para detección de enfermedades del programa EPSDT: Las adolescentes embarazadas deberían recibir servicios de detección de enfermedades del programa EPSDT (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment-Pruebas, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos), además de los cuidados prenatales.

ADULTOS Y MENORES QUE NECESITEN TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Si usted necesita ayuda para abandonar las drogas y/o el alcohol, Priority Partners le prestará los siguientes servicios:

Pruebas de detección de abuso de sustancias: Estas pruebas de detección deben realizarse como parte de su examen médico inicial, su primera consulta prenatal o cuando su proveedor de atención médica lo considere necesario. Usted puede autorreferirse para evaluación. (Ver la página 8.)

Tratamiento para el abuso de sustancias: Si se determina que usted necesita tratamiento para controlar el abuso de sustancias, Priority Partners le referirá o usted puede autorreferirse a un proveedor de tratamiento certificado para casos de abuso de sustancias o a otro proveedor (como, por ejemplo, médicos, trabajadores sociales o psicólogos) que

atiendan a los afiliados de HealthChoice, dependiendo del tipo de ayuda que usted necesite. Llámenos al 1-800-654-9728 para obtener más información.

No rechazo por problemas anteriores:

Priority Partners no le puede negar el tratamiento contra el abuso de sustancias, si la única razón es que usted no ha tenido éxito con algún tratamiento anterior de drogas o alcohol.

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

Cooperación con las escuelas: Priority Partners cooperará estrechamente con las escuelas que proporcionan programas de educación y servicios familiares a niños con necesidades especiales.

Conservación de los servicios de ciertos proveedores ajenos a la MCO:

Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autorreferirse a proveedores fuera de la red de Priority Partners en ciertas condiciones. Con esto se pretende asegurar la continuidad de la atención para los niños con necesidades especiales y asegurar la implementación de los planes de atención apropiados. La autorreferencia para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá de si el problema de salud que es la base de esas necesidades se diagnostica antes o después de la afiliación inicial del niño en Priority Partners. Se puede acudir a los servicios médicos fuera de la red directamente relacionados con un problema de salud de un niño con necesidades especiales sólo si se reúnen las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo afiliado:** Un niño que haya estado recibiendo estos servicios en la fecha inicial de su afiliación como parte de un plan actual de atención puede seguir recibiendo esos servicios especializados siempre y cuando el proveedor que tiene fuera de la red le presente el plan de atención a Priority Partners para su revisión y aprobación en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha inicial de afiliación del niño en Priority Partners y si Priority Partners considera que esos servicios son necesarios desde el punto de vista médico.

- **Afiliado ya establecido:** Un niño que ya esté afiliado a Priority Partners en la fecha en que recibe el diagnóstico de necesidad especial de atención médica que requiere un plan de atención que incluya tipos específicos de servicio puede solicitar los servicios de un proveedor fuera de la red. Priority Partners tendrá la obligación de aceptar la solicitud del afiliado a menos que disponga de un proveedor especializado local dentro de la red con la misma formación y especialización profesional que esté razonablemente disponible y preste los mismos servicios.

Cuidados supervisados por el Estado- Cuidados en hogares de crianza y cuidados a cargo de parientes:

Priority Partners debe asegurarse de que los niños que reciban cuidados supervisados por el Estado (cuidados de crianza o cuidados a cargo de parientes) obtengan los servicios que necesitan de parte de proveedores al disponer de una persona en Priority Partners que se encargue de organizar todos los servicios. Si un niño que recibe atención médica supervisada por el Estado se muda fuera de su área y necesita otra MCO, el Estado y Priority Partners cooperarán para encontrarle rápidamente al niño nuevos proveedores cercanos a su nuevo lugar de residencia o en caso necesario, el niño podrá cambiarse a otra MCO.

Detección de casos de maltrato o negligencia: Todo niño del cual se sospeche que ha sufrido maltratos físicos, mentales o sexuales será remitido a un especialista que podrá determinar si se ha producido el maltrato. En caso de posible abuso sexual, Priority Partners se asegurará de que el niño sea examinado por alguien especializado en detectar y conservar las evidencias importantes.

PERSONAS SIN VIVIENDA

Si usted no tiene vivienda, Priority Partners le asignará un administrador del caso que coordine sus servicios de atención médica.

E. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)

¿Qué es el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos?

El Programa de Administración de Casos Raros y Costosos, REM, es un programa

suministrado por el Estado para personas que tienen problemas médicos muy inusuales y caros. Para participar en un programa REM usted debe tener uno de los problemas (diagnósticos) incluidos en la lista de diagnósticos del REM. La mayoría de los diagnósticos incluidos en esa lista se observan en personas menores de 21 años; sin embargo, también se encuentran algunos de estos problemas en adultos.

¿Cómo puedo saber si puedo participar en este programa?

Su proveedor de atención primaria (PAP) y Priority Partners tienen una lista de los diagnósticos REM y le informarán si usted o cualquiera de sus hijos debería considerar participar en este programa. Usted recibirá la información por teléfono, por correo o mediante una visita del administrador del caso REM. Si no desea participar en el programa REM, puede continuar en Priority Partners.

¿Conservaré los mismos beneficios?

El programa REM ofrece los beneficios de Medicaid, además de otros servicios especializados necesarios para sus problemas médicos especiales. El Estado pagará por esta atención médica en lugar de Priority Partners.

¿Las personas afiliadas al REM conservan la afiliación a Priority Partners y a su PAP?

Participar en el programa REM implica dejar de formar parte de Priority Partners. Este cambio ocurrirá automáticamente. Usted cooperará con un administrador del caso REM quien se familiarizará con los cuidados que usted o su hijo necesitan y le ayudará a seleccionar el proveedor adecuado. El administrador del caso REM cooperará con usted o con su hijo para garantizar que usted continúe con el mismo PAP y los mismos especialistas, si fuese posible, aun cuando usted ya no participe en Priority Partners. Si su hijo menor de 21 años estaba recibiendo atención médica de una clínica especializada o de otra institución antes de entrar en el programa REM, usted puede escoger que su hijo pueda seguir recibiendo esos servicios después de incorporarse al programa REM.

¿Cómo conseguir más información acerca del programa REM?

Llame al programa REM al 1-800-565-8190.

F. Administración de Atención: Iniciativa Médica para la Población

En Priority Partners nos preocupamos por su salud y bienestar. Sin costo alguno, Administración de la atención le ofrece las herramientas y el apoyo continuado que necesita para comprender mejor y administrar su salud por medio de la Administración de Atención: Iniciativa Médica para la Población.

La Iniciativa Médica para la Población fue creada para darle el apoyo y servicios individuales diseñados para ayudarlo a comprender y autoadministrar sus condiciones médicas. Se ofrece asistencia a dos niveles, dependiendo de sus necesidades.

Administración de casos complejos –Alta Intensidad

La administración de la atención compleja se proporciona para adultos y niños con diabetes y asma, así como adultos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad cardiovascular. Una vez que se haya identificado a un afiliado con condiciones médicas complejas o necesidades especiales, nuestro personal altamente cualificado determina los servicios específicos que necesita el afiliado. Una amplia gama de servicios son administrados por nuestra plantilla de enfermeras y trabajadores sociales capacitados para ayudar a estos afiliados a coordinar servicios, tener acceso a los recursos disponibles y sirven de defensores de la salud de los afiliados.

La administración de la atención también está disponible para los siguientes casos:

- Embarazos de alto riesgo
- Cáncer
- VIH/SIDA
- Niños con condiciones tales como drepanocitosis, condiciones genéticas, complicaciones por nacimientos

prematuros, obesidad, problemas neurológicos

- Enfermedad renal en estado final y afiliados en diálisis
- Afiliados con necesidades de rehabilitación para lesiones de la columna vertebral, lesión de trauma cerebral, trauma de accidentes automovilísticos y parálisis cerebral

Administración de casos monitoreados –Intensidad moderada

Los afiliados con condiciones de asma y diabetes menos complicadas pueden beneficiarse del seguimiento continuado y la mejora de las aptitudes de autoadministración.

Una vez que se identifique a un afiliado con asma o diabetes y que pueda tener factores de riesgo para desarrollar otras condiciones o complicaciones, nuestros administradores de atención realizan el seguimiento del estado de salud del afiliado y sus necesidades continuadas con el paso del tiempo. Estos administradores personales de atención fomentan el progreso para lograr metas médicas. Proporcionan consejo y herramientas destinados a la mejora general de la autoadministración del asma y la diabetes.

Administradores de atención: representantes de los afiliados

Los administradores de atención trabajan en estrecha colaboración con los afiliados y todos sus proveedores de atención médica para compartir información con el fin de lograr la mejor salud posible para el afiliado. Estos administradores ayudan a los afiliados a mejorar su salud y calidad de vida:

- Evaluando las necesidades físicas, psicosociales, espirituales y financieras de cada afiliado
- Educando a los afiliados sobre los modos de administrar su salud
- Ayudando con referencias para proveedores especializados
- Coordinando la atención con nuestro departamento de alcance y educación sobre la salud, salud en casa y otras agencias comunitarias y médicas

- Proporcionando comunicación continuada para verificar el progreso del miembro y revisar los servicios continuados

Otros servicios

Otros servicios para la población basados en la salud incluyen:

- Envíos periódicos por correo de materiales educativos centrados en el aumento de las aptitudes de autoadministración y en evitar complicaciones
- Comunicación con el afiliado y el proveedor de atención médica sobre los reclamos médicos y de farmacia
- Uso del Sistema de Monitoreo de Pacientes TeleWatch, que permite a los afiliados ingresar datos sobre su estado médico desde casa, para que pueda ser comprobado por su administrador de atención y por su médico
- Revisión de los medicamentos y conversaciones con nuestros servicios clínicos de farmacia si es necesario
- Ayuda para obtener servicios de salud de la conducta, proporcionados por Administración de Atención
- Instructores de tratamiento. Puede comunicarse con este servicio llamando al número gratuito (888) 309-4573
- Departamento de Alcance para seleccionar a afiliados cuando salen de un centro de hospitalización. El personal se asegura de que el afiliado reciba la atención de seguimiento correcta y la asistencia para tener el equipo médico necesario
- Asistencia para los afiliados que pasan de un hospital a un nivel menor de atención y luego a su casa. El personal trabaja con proveedores, afiliados y familias para ayudar en la planificación del alta, la coordinación de la atención y la educación del afiliado y de la familia

Como realizar la autorreferencia:

Lo animamos a que utilice los servicios y programas proporcionados por Administración de Atención; nuestros servicios

V. OBTENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Cómo concertar o cancelar una cita médica

Por favor concierte una cita antes de acudir al médico. La cita permitirá que el personal del consultorio tenga su historia clínica a mano y usted tendrá que esperar menos tiempo. Si no puede acudir a una cita médica, por favor llame al consultorio médico el día anterior para cancelar la cita o programarla para otro día. Así otra persona podrá utilizar el tiempo de la cita que usted cancele o programe para otro día.

B. Referencia a un especialista o atención especializada

Si su proveedor de atención primaria considera que usted necesita acudir a un especialista, le referirá a uno. Si ya tiene un especialista para su caso y le gustaría seguir recibiendo los servicios de ese especialista, revise el directorio de proveedores para comprobar si ese especialista está incluido en la red de Priority Partners. Informe a su proveedor de atención primaria que usted desea seguir recibiendo los servicios de ese médico. Su proveedor de atención primaria debe referirle a ese especialista; en caso contrario, su consulta con ese especialista no tendrá cobertura.

C. Servicios fuera del horario normal, urgencias y emergencias

¿Qué hacer si necesita atención médica inmediata?

Si usted tiene un problema que no es una emergencia médica o si no está seguro, debería llamar a su proveedor de atención primaria (PAP) para hablar sobre el mismo. Según la situación, su médico puede decidir verlo inmediatamente o concertar una cita para otro día.

Si necesita atención inmediata después del horario normal, debería llamar a su PAP. El servicio de respuesta de su médico le dará instrucciones específicas o se comunicará con su médico en su nombre. Es posible que su médico necesite verlo o que lo envíen a un centro de atención de urgencias para recibir

atención.

Algunos ejemplos de situaciones no de emergencia son:

- Dolor de espalda
- Dolor de oídos
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Gripe y resfriados
- Orina frecuente
- Dolor de cabeza
- Enfermedades menores
- Lesiones menores

Recuerde que si no obtiene una referencia, es posible que Priority Partners no cubra estos servicios.

¿Qué hacer en caso de emergencia médica?

Si usted tiene una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911 para una ambulancia. Una emergencia médica es cuando usted se siente muy enfermo repentinamente y tiene un dolor muy fuerte. Si considera que su salud corre un grave peligro o que puede dañar gravemente un órgano o parte del cuerpo, reciba atención médica inmediatamente.

Entre algunos ejemplos de casos de emergencia médica están los siguientes:

- Grandes lesiones, como una pierna rota o una gran herida
- Síntomas de ataque cardíaco, fuerte dolor en el pecho, respiración entrecortada, sudoración y náuseas
- Fuerte hemorragia
- Hemorragia durante el embarazo

- Graves quemaduras
- Desmayos
- Dificultad para respirar
- Envenenamiento
- Fuerte dolor de cabeza o mareos

Llame a su proveedor de atención primaria dentro de 24 horas para informarle lo que ha ocurrido.

D. Cómo obtener atención hospitalaria

Para poder recibir beneficios para ciertos servicios y suministros médicos, debe tenerlos precertificados y coordinados por medio de Priority Partners. Su PAP o especialista iniciarán el proceso de precertificación en su nombre. La atención hospitalaria, tanto como paciente interno como externo, sigue el mismo proceso. Todos los afiliados de Priority Partners podrán recibir atención hospitalaria según los servicios cubiertos por Priority Partners a través del plan de beneficios HealthChoice. La autorización previa para atención como paciente interno y externo será tramitada por el hospital participante. Si no reciben la precertificación o autorización previa, es posible que la cobertura de la atención, servicios o suministros sea limitada o denegada por completo.

E. Cobertura fuera del área de servicio

Qué hacer si está fuera de su ciudad

Cuando esté fuera del área de servicio, los únicos servicios cubiertos por Priority Partners son para emergencias. Si tiene una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

F. Atención para niños sanos (Healthy Kids - EPSDT)

Su médico le pedirá que lleve a sus hijos y jóvenes a citas médicas de rutina y vacunas. Durante estas citas, sus hijos recibirán un examen médico y las

vacunas necesarias. Para ayudar a su hijo a mantenerse sano, estas visitas médicas deben tener lugar cuando su hijo tenga la edad de:

- 2 semanas
- 2-3 meses
- 4-5 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 1 año
- 15 meses
- 18 meses
- 2 años y todos los cumpleaños después de esa fecha.

Recibirá un recordatorio por correo cuando su hijo necesite una de esas visitas médicas. Fije siempre una cita para ver al médico de su hijo cuando reciba uno de estos avisos. Es muy importante mantener estas citas. Si no puede hacerlo, llame al médico para fijar otra fecha.

G. Atención para mujeres durante el embarazo y dos meses después del parto

Si está embarazada, debe cuidarse especialmente, tanto usted como su bebé. Tan pronto como piense que está embarazada o lo sepa con certeza, vea a su médico.

Si ha acudido al médico para atención durante su embarazo antes de afiliarse a Priority Partners, puede continuar viendo a ese médico. Si desea cambiar de médico, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para recibir ayuda. Su médico le dirá con qué frecuencia necesita verla durante su embarazo y después de que nazca su bebé. Es importante acudir a todas sus citas médicas y seguir las indicaciones del médico.

H. Abuso de sustancias

Si necesita tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, puede autorreferirse a

un proveedor certificado de tratamiento de abuso de sustancias para una Evaluación Íntegra de Abuso de Sustancias (Comprehensive Substance Abuse Assessment, CSAA) servicios de consejería individual y de grupo, tratamiento de mantenimiento de opioides, tratamiento de desintoxicación (como paciente interno o externo según sea necesario), hospitalización parcial, y referencia a servicios de abuso de sustancias que no ofrecemos. Los servicios intensivos para pacientes externos están cubiertos para personas menores de 21 años o mujeres embarazadas y postparto.

Puede autorreferirse para una CSAA inicial si cumple las siguientes condiciones:

- Usted no está a tratamiento de abuso de sustancias;
- Usted no ha recibido una CSAA autorreferida ese año calendario; y
- El proveedor de la evaluación es un proveedor certificado sobre el abuso de sustancias.

También puede autorreferirse para otros tratamientos tales como consejería individual y de grupo, desintoxicación y atención como paciente interno. Debe cumplir ciertos criterios para poder recibir estos servicios. Llámenos al 1-800-654-9728 para obtener más información.

Priority Partners ha establecido un Programa Corrector de Atención Administrada. Los afiliados sospechosos de abuso de fármacos pueden inscribirse en este programa. Priority Partners proporciona servicios contra el abuso de sustancias por medio de su Proveedor de Atención Primaria, quien lo enviará a recibir atención más especializada si es necesario. Puede llamarnos al 1-800-261-2429 para la coordinación de atención de abuso de sustancias como paciente externo o interno.

I. Planificación familiar

Puede acudir adonde desee para recibir servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar son servicios tales como anticonceptivos y

servicios relacionados. Los médicos, departamentos de salud y numerosas clínicas proporcionan dichos servicios. Puede elegir una clínica de planificación familiar en su directorio de Priority Partners o a un proveedor cercano a su hogar. Priority Partners pagará por este servicio aunque la clínica no esté en nuestro directorio y si el proveedor acepta verlo. Puede autorreferirse para este servicio. (Ver la página 6).

J. Atención dental

Los servicios de salud dental para menores de 21 años y mujeres embarazadas son proporcionados por el Programa Dental Healthy Smiles de Maryland. Para más información, llame al 1-888-696-9596.

Priority Partners proporciona un beneficio dental para sus afiliados adultos. Priority Partners cuenta con numerosos dentistas de entre los cuales elegir. Para encontrar un dentista en su área, llame a Doral Dental al 1-800-698-9611.

Cuando haya seleccionado a un dentista, llame al número de la oficina y fije una cita. Cuando vaya a su cita dental, solamente necesitará mostrar su tarjeta de identificación para recibir los servicios que necesita para mantener los dientes y las encías sanos.

Priority Partners tendrá el placer de responder a cualquier pregunta que pueda tener referente a sus beneficios dentales. Llame al 1-800-654-9728 o a Doral Dental al 1-800-698-9611 de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes.

K. Programas de educación sobre la salud

Recibirá un boletín regular de Priority Partners con consejos y artículos sobre cómo mantenerse sano. Su médico también le dará información para leer y le indicará actividades a las que puede asistir sin cargo alguno. Partners desea ayudarle a mantenerse sano proporcionándole análisis de presión arterial, cáncer y glaucoma además de su atención regular. Consulte su boletín de afiliado o llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-654-9728 para más información.

L. Cómo tener acceso a administración de utilización

Priority Partners se compromete a mantener la salud y el bienestar de todos nuestros afiliados y por medio de Administración de Utilización, garantiza que se proporcione atención en el momento justo y en el lugar adecuado. El Departamento de Administración de Utilización evalúa las solicitudes de servicios de atención médica y tratamiento de abuso de sustancias según criterios clínicos o pautas adecuadas y opciones locales para proporcionar atención médica. A menudo, esto requiere una autorización previa de su proveedor para ciertos servicios y la revisión de solicitudes de autorización para admisiones a hospitales. Todas las decisiones de revisión se basan en la atención y servicio adecuados y en la

existencia de cobertura. Las enfermeras y médicos registrados administran las políticas del Departamento de Administración de Utilización. Para comunicarse con Administración de Utilización, llame al 410-424-4480 o al 1-800-261-2461.

M. Acceso a la atención fuera de la red de servicio

A veces puede darse el caso de que necesite servicios fuera de la red. Vea el apartado E. sobre autorreferencias en la página 6 para información sobre servicios de autorreferencia a los que puede tener acceso fuera de la red de Priority Partners. Para servicios médicos que no son lo suficientemente graves como para constituir una emergencia, pero que requieren atención médica pronta o

urgente, su PAP puede enviarlo a un centro de atención urgente.

N. Beneficios de medicamentos recetados y farmacia

El formulario de Priority Partners (lista de medicamentos) está disponible en el sitio Web de Priority Partners (www.ppmco.org) o llamando al Departamento de Atención al Cliente. Las recetas para medicamentos genéricos requieren el copago de \$1.00; las recetas para medicamentos de marca requieren el copago de \$3.00. Priority Partners también ofrece gratis ciertos medicamentos vendidos sin recetas, como jarabe para la tos, para sus afiliados, a través de las farmacias de la red de Priority Partners, cuando así lo indique su médico.

VI. SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿Cómo puedo obtener servicios de salud mental?

Si usted cree que tiene problemas mentales y necesita ayuda, póngase en contacto con el Sistema Público de Salud Mental llamando al 1-800-888-1965 o al servicio telefónico directo para miembros de Priority Partners o consulte con su PAP quien le hará preguntas para decidir si usted necesita tratamiento de salud mental. Asimismo, su PAP puede decidir ayudarle directamente suministrándole algunos medicamentos para su problema; así no tendrá que acudir al Sistema Público de Salud Mental. En otros casos, el PAP podrá referirle a dicho sistema. Si usted decide acudir por su cuenta al Sistema Público de Salud Mental, el servicio telefónico gratuito de ese sistema funciona las 24 horas del día todos los días de la semana bajo la dirección de un personal de salud mental denominado Administradores de Atención. Estos administradores han recibido capacitación para responder su llamada y le ayudarán a obtener los servicios que necesite.

Si usted ha recibido servicios de salud mental anteriormente y desea acudir al mismo proveedor, informe al Administrador de Atención, quien se esforzará por ponerle en manos del mismo proveedor.

Si el Sistema Público de Salud Mental determina que usted no necesita servicios especializados de salud mental, se informará a su PAP (con su permiso) de tal forma que usted pueda recibir la atención de seguimiento necesaria.

Si yo necesito servicios de salud mental del Sistema Público de Salud Mental (PMHS), ¿cuánto tardaré en recibirlos?

La rapidez con la que usted reciba los servicios especializados de salud mental dependerá del tipo de tratamiento que necesite. A continuación se describen las reglas para obtener servicios por parte de un especialista en salud mental:

Emergencias: Si el Administrador de

Atención del Sistema Público de Salud Mental determina que su problema es una emergencia, usted será atendido el mismo día, normalmente en un plazo de 4 horas.

Urgencia: Si su problema no es una emergencia, pero implica de todos modos una necesidad urgente de consultar a un especialista en salud mental, usted será atendido el día siguiente en un plazo de 24 horas.

Consulta programada: Si usted no está sufriendo una crisis, pero necesita consultar a un especialista para una evaluación, se programará una cita para cuidados especializados en un plazo de 10 días hábiles.

Priority Partners ha establecido un Programa de Atención Administrada y Corregida. Los miembros de los cuales se sospeche el abuso de fármacos pueden inscribirse en ese programa.

VII. INFORMACIÓN, RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES

A. Servicios para afiliados y servicio telefónico directo de Priority Partners

El Departamento de Atención al Cliente de Priority Partners está disponible para nuestros miembros a partir de las 8 a.m. hasta las 5 p.m. de lunes a viernes. Llame al 410-424-4500 o al 1-800-654-9728 (fuera del horario normal la llamada será respondida por un contestador automático). También disponemos de una línea TTY para nuestros miembros con problemas de audición. Ese número es 410-424-4643 o 1-888-232-0488.

B. Procedimientos internos de respuesta a las quejas de Priority Partners

Estamos muy complacidos de que haya escogido a Priority Partners, pero si usted alguna vez no se siente satisfecho con nuestros servicios, queremos saberlo de inmediato. La información que usted nos proporcione es muy importante porque nos ayudará a mejorar nuestros servicios para todos nuestros miembros. Si tiene quejas, puede llamarnos al 1-800-654-9728. También disponemos de una línea TTY para nuestros miembros con problemas de audición. Ese número es 410-424-4643 o 1-888-232-0488.

Apelaciones

Si su queja está relacionada con un servicio que usted o un proveedor piensa que usted necesita pero nosotros no lo cubrimos, puede pedirnos que revisemos de nuevo su solicitud. Esto se llama apelación.

Si desea presentar una apelación, tiene que hacerlo dentro de 90 días hábiles de la fecha en que recibió la carta diciendo que no íbamos a cubrir el servicio que usted quería.

Puede llamar para presentar la apelación o puede enviarla por escrito. Tenemos un formulario simple que puede utilizar para presentar su apelación. Llámenos al 1-800-654-9728 para obtener uno. Enviaremos el formulario de apelación por correo o fax y le ayudaremos a completarlo si necesita ayuda.

Cuando lo haya completado, debe enviarlo a:

Priority Partners, 6704 Curtis Court,
Glen Burnie, MD, 21060, Attention:
Appeals.

Su médico también puede presentar una apelación para usted si usted firma un formulario dándole permiso. Otras personas, como un familiar o un abogado, también pueden ayudarle a presentar una apelación.

Cuando presente una apelación, asegúrese de comunicarnos toda información nueva que tenga en su poder y que pueda ayudarnos a tomar una decisión.

Le enviaremos una carta haciéndole saber que hemos recibido su apelación dentro de 5 días hábiles. Mientras se esté revisando su apelación, puede enviar o entregar información adicional que considere que pueda ayudarnos a tomar una decisión.

Cuando revisemos su apelación:

- Utilizaremos médicos expertos en el tipo de enfermedad que usted padece.
- No utilizaremos las mismas personas que le denegaron su solicitud de servicio.
- Tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de 30 días.

El proceso de apelación puede durar un máximo de 44 días si usted solicita más tiempo para enviar información o si nosotros necesitamos recibir información adicional de otras fuentes. Si necesitamos información adicional, le enviaremos una carta.

Si su médico o Priority Partners consideran que su apelación debería ser revisada rápidamente debido a la gravedad de su condición, usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 3 días hábiles.

Si no consideramos que su apelación necesita ser revisada rápidamente, intentaremos llamarle y enviarle una carta comunicándole que su apelación será revisada en un plazo de 30 días.

Si su apelación se refiere a un servicio que ya fue autorizado y ya estaba

recibiendo, puede que le permitan continuar recibiendo el servicio mientras revisamos su apelación. Llámenos al 1-800-654-9728 si desea continuar recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su proceso de apelación, puede que tenga que pagar por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

Cuando completemos nuestra revisión, le enviaremos una carta comunicándole nuestra decisión. Si decidimos que no debe recibir el servicio denegado, esa carta le indicará cómo presentar otra apelación o pedir una Audiencia Estatal Junta.

Queja

Una queja no puede tratar sobre no haber recibido un servicio. Por ejemplo, las quejas pueden ser sobre no poder encontrar un médico, tener dificultad para concertar una cita, o no recibir trato justo de alguien que trabaja en Priority Partners o en la consulta de su médico.

Si su queja:

- Es sobre un problema médico urgente que tiene, se resolverá dentro de 24 horas.
- Es sobre un problema médico no urgente, se resolverá dentro de 5 días.
- No es sobre un problema médico, se resolverá dentro de 30 días.
- Si recibe una factura por servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por PPMCO, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-654-9728.

Si desea una copia de nuestro procedimiento oficial de quejas o si desea presentar una queja, llame al 1-800-654-9728.

C. El proceso de respuesta a los reclamos del Estado

Obtener ayuda del servicio telefónico para afiliados de HealthChoice

Si tiene alguna pregunta o reclamo acerca de su atención médica y Priority Partners

no ha resuelto el problema a su satisfacción, usted puede pedir ayuda al servicio telefónico para afiliados de HealthChoice del Estado. Para comunicarse con esta línea, llame al 1-800-284-4510 de lunes a viernes entre 7:30 a.m. y 5:30 p.m. (o puede dejar un mensaje grabado a cualquier otra hora).

Con una llamada a este servicio telefónico, puede formular su pregunta o explicar su problema a uno de los miembros del personal de este servicio quien hará lo siguiente:

- Responder sus preguntas;
- Cooperar con Priority Partners para hablar sobre sus necesidades; o
- Enviar su reclamo a las enfermeras de la Unidad de Resolución de Reclamos que pueden iniciar las siguientes acciones:
- Pedir a Priority Partners información sobre su caso en un plazo de cinco días;
- Cooperar con Priority Partners y su proveedor para ayudarlo a obtener la ayuda necesaria;
- Ayudarlo a obtener más servicios de la comunidad, si es necesario; o
- Ayudarlo a apelar rechazos de solicitudes y enviarle el proceso de audiencia justa por escrito.

D. El proceso de apelaciones del Estado

Cómo pedirle al Estado que revise la decisión de Priority Partners

Cuando usted quiera apelar alguna de las decisiones de Priority Partners:

Cuando no esté de acuerdo con nuestra decisión de denegar, interrumpir o reducir un servicio, puede pedirle al Estado que revise la decisión. Esto se llama apelación.

- Usted puede ponerse en contacto con el servicio telefónico para afiliados del Estado llamando al 1-800-284-4510 y decirle al representante que desea apelar nuestra decisión. Se transferirá su apelación a una enfermera de la Unidad de Resolución de Reclamos.

La Unidad de Resolución de Reclamos intentará resolver su apelación a nuestra decisión en un plazo de 10 días hábiles. Si su reclamo no puede resolverse dentro de ese plazo, a usted se le enviará un aviso que le da la opción de solicitar una audiencia imparcial o esperar hasta que la Unidad de Resolución de Reclamos haya terminado de revisar su apelación.

Una vez que la Unidad de Resolución de Reclamos haya terminado la revisión, le comunicará su decisión.

- Si el Estado considera que debemos proporcionar el servicio solicitado, nos puede exigir que se lo proporcionemos; o
- Si considera que no tenemos que proporcionarle el servicio, le comunicarán que el Estado está de acuerdo con nosotros.

¿Qué clases de decisiones del Estado pueden ser apeladas?

Usted tiene el derecho de apelar tres tipos de decisiones tomadas por el Estado. Cuando el Estado:

- Está de acuerdo con nosotros en que no deberíamos cubrir un servicio solicitado;
- Está de acuerdo con nosotros en que debería interrumpirse o reducirse un servicio que está recibiendo actualmente; o
- Le deniega su solicitud de inscripción en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).

Si no está de acuerdo con la decisión del Estado, la cual la recibirá por escrito, otra vez tendrá la oportunidad de solicitar una Audiencia Estatal Justa.

Continuación de servicios durante la apelación

Si su apelación trata sobre un servicio ya autorizado y que ya estaba recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo el servicio mientras el Estado revisa su apelación. Llame a la Línea de Ayuda para Afiliados al 1-800-284-4510 si desea continuar recibiendo servicios mientras revisan su apelación. Si no gana su

apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Audiencias justas

Para apelar una de las decisiones del Estado, usted debe solicitar que el Estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. Ésta será su apelación contra el Estado. Generalmente, Priority Partners no participará en la apelación, pero los proveedores y los miembros del personal de Priority Partners pueden comparecer como testigos para el Estado en la audiencia de apelación.

La Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha para la audiencia en base al tipo de decisión que se esté apelando.

- Si la apelación se refiere al hecho de que Priority Partners ha reducido un determinado beneficio o servicio para usted o no se lo está prestando porque Priority Partners (y el Estado) considera que usted no tiene una necesidad médica de ese beneficio o servicio, la Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha para la audiencia en un plazo de 20 días a partir del día en que usted presente su reclamo ante dicha oficina, que tomará una decisión sobre el caso en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la audiencia.
- Para todas las demás apelaciones, la Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha de audiencia en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que usted presente su apelación ante ella. Esta oficina tomará su decisión sobre el caso en un plazo de 30 días a partir de la fecha de audiencia.

Puede pedir que se acelere la apelación. Si el Estado piensa que su audiencia debería tener lugar con mayor prontitud debido a la gravedad de su condición médica, se celebrará una audiencia y se tomará una decisión dentro de 3 días.

La Junta de Revisión

Si la Oficina de Audiencias Administrativas toma una decisión en contra de su apelación, usted puede

presentar una apelación ante la Junta de Revisión del Estado. Usted obtendrá la información sobre cómo presentar su apelación ante la Junta de Revisión al recibir la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas.

Apelación judicial

Si la Junta de Revisión toma una decisión en contra de su apelación, usted puede apelar ante el tribunal de circuito.

E. Cómo presentar sugerencias para cambios en políticas o procedimientos

Nos complace recibir sus sugerencias para mejorar Priority Partners. Usted puede

llamar al Departamento de Atención al Cliente para comunicarnos sus opiniones, que serán revisadas por la Junta Asesora de Consumidores de Priority Partners.

Esta junta fue establecida para proporcionar un foro en el que los miembros de Priority Partners puedan compartir ideas importantes sobre cómo mejorar los servicios de atención médica que reciben.

La Junta Asesora de Consumidores de Priority Partners se reúne seis veces al año para hablar sobre temas de afiliaciones,

beneficios, alcance social, educación sobre salud, programas de necesidades especiales, atención al cliente, reclamos y quejas. Las opiniones de los miembros de la junta son comunicadas a todos los departamentos de Priority Partners en un esfuerzo por expandir y mejorar los servicios.

Si desea más información sobre la Junta Asesora de Consumidores de Priority Partners o si desea expresar su interés en integrarse como miembro a esta junta, por favor póngase en contacto con el Educador de Salud (Health Educador) llamando al 1-866-438-8911.

VIII. CÓMO CAMBIARSE DE ORGANIZACIÓN MCO

¿Cuándo puedo cambiar mi MCO?

Durante los primeros 90 días de afiliación

Usted puede solicitar el cambio de su organización MCO durante los primeros 90 días de su afiliación inicial en tanto no esté hospitalizado en la fecha de la solicitud. Usted puede presentar esta solicitud si se le asigna automáticamente una MCO o si ésta es su afiliación inicial.

Una vez al año, en el aniversario de su afiliación

Cada año al aproximarse la fecha en que usted se afilió por primera vez a Priority Partners, recibirá un aviso del Estado preguntándole si desea cambiar de MCO. Usted puede quedarse con Priority Partners o puede optar por elegir otra MCO cerca de donde vive. No necesita tener una razón para realizar este cambio anual.

Casos en los que hay una razón aprobada para cambiar de MCO

Usted puede cambiar su MCO y afiliarse a otra MCO cerca de su lugar de residencia por cualquiera de las siguientes razones en cualquier momento:

- Si usted se muda a otro condado en el cual Priority Partners no ofrece servicios;
- Si usted no tiene vivienda y le parece que hay otra MCO cerca del lugar donde vive o de su refugio, lo que le

facilitaría la asistencia a las citas médicas;

- Si usted o cualquier miembro de su familia tiene un médico en una MCO diferente y el miembro adulto desea tener a todos los miembros de la familia en la misma MCO;
- Si se asigna a un menor a cuidados de crianza y los otros menores de cuidados de crianza o los miembros de la familia reciben los servicios de un médico que pertenece a una MCO diferente a la del menor en cuestión, a ese menor se le puede cambiar a la MCO de la familia de acogida;
- Usted desea seguir recibiendo los servicios de su proveedor de atención primaria y la MCO terminó el contrato de ese proveedor por alguna de las siguientes razones:
 - Razones distintas a la calidad de la atención médica o
 - Su MCO fue adquirida por otra MCO; o
 - El proveedor y la MCO no pueden ponerse de acuerdo en un contrato por determinadas razones financieras.

Razones del Estado para desafiliarlo de una MCO

El Estado lo desafiliará de una MCO en los siguientes casos:

- Usted ingresa en un centro de cuidados

a largo plazo durante más de 30 días continuos;

- Usted ingresa en un centro intermedio para personas con retraso mental;
- Usted recibe aprobación para participar en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos;
- Usted ya no reúne los requisitos para recibir los beneficios del Estado;
- Usted ya no reúne los requisitos para estar en una MCO, porque está ahora en otro programa del Estado que no afilia a sus miembros en organizaciones MCO;
- Usted está afiliado a una MCO que ya no tiene un contrato para proporcionar atención médica en el Estado de Maryland; o
- No debería haber estado afiliado a una MCO.

¿Cómo puedo desafiarme de la MCO?

Si usted decide cambiar de MCO, debería ponerse en contacto con el Agente de Afiliación del Estado llamando al 1-800-977-7388.

Se le pedirá la siguiente información:

- Si usted tiene una historia clínica especial;
- La razón por la cual usted desea cambiar y
- Si se muda, a qué condado y ciudad va a mudarse.

IX. PRIVACIDAD Y FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PRIORITY PARTNERS MANAGED CARE ORGANIZATION

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Salvaguarda de su información médica protegida

Priority Partners Managed Care Organization (PPMCO) se compromete a proteger su información médica. Para proporcionar tratamiento o para pagar su atención médica, PPMCO pedirá cierta información médica y que dicha información se agregue a su expediente. El expediente contiene por lo general sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y tratamiento. Esta información, conocida como su expediente de salud o médico y regulada legalmente como información médica, puede ser utilizada con una serie de fines. PPMCO está obligado a cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, si bien se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Usted puede solicitar una copia del nuevo aviso llamando al Departamento de Atención al Cliente de PPMCO al 1-800-654-9728.

Como PPMCO puede utilizar y divulgar su información médica protegida

El personal de PPMCO solamente utilizará su información médica para realizar su trabajo. Para fines diferentes a lo que PPMCO realiza normalmente, PPMCO debe tener su autorización escrita a menos que así lo permita o requiera la ley. Los siguientes son algunos ejemplos de nuestros posibles usos y divulgaciones de su información médica.

Usos y divulgaciones referentes al tratamiento, pago u operaciones de atención médica:

Para el tratamiento: PPMCO puede utilizar o compartir su información médica para aprobar, denegar tratamiento y para determinar si su tratamiento médico es adecuado. Por ejemplo, los proveedores de atención médica de PPMCO pueden necesitar revisar su plan de tratamiento con su proveedor de atención médica para ver si existe la necesidad médica o para coordinar la atención.

Para obtener pago: PPMCO puede utilizar y compartir su información médica para facturar y cobrar el pago por sus servicios de atención médica y para determinar su elegibilidad para participar en nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos para el pago de servicios médicos que le hayan proporcionado a usted.

Para operaciones de atención médica: PPMCO puede utilizar y compartir su información de médica con el fin de evaluar la calidad de los servicios proporcionados o a nuestros auditores y reguladores estatales o federales.

Otros usos y divulgaciones de información médica requeridos o permitidos por la ley:

Con fines informativos: A menos que usted nos dé otras instrucciones, PPMCO puede enviar recordatorios de citas y otros materiales sobre el programa a su hogar.

Requeridos por la ley: PPMCO puede divulgar información médica cuando así lo requiera la ley.

Actividades de salud pública: PPMCO puede divulgar información médica cuando esté obligado a reunir o reportar información sobre una enfermedad o lesión, o reportar estadísticas vitales a otras divisiones en el departamento y a otras autoridades de salud pública.

Actividades de supervisión médica: PPMCO puede divulgar su información médica al Departamento de Salud Mental e Higiene de Maryland y a otras agencias para actividades de supervisión requeridas por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervisión son las auditorías, inspecciones, investigaciones, acreditaciones y licencias.

Investigadores forenses, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: PPMCO puede divulgar información médica referente a una muerte a los investigadores forenses, médicos forenses o directores de funerarias y a organizaciones autorizadas en relación con la obtención, donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejido.

Con fines de investigación: En ciertos casos y bajo supervisión de una Junta de Revisión Institucional u otra junta de privacidad designada, PPMCO puede divulgar información médica para ayudar a la investigación médica.

Para evitar el peligro a la salud o seguridad: Con el fin de evitar un peligro grave para la salud o seguridad, PPMCO puede divulgar información médica según sea necesario a las autoridades o a otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir el peligro de daño.

Abuso y abandono: PPMCO divulgará su información médica a las autoridades competentes si tiene motivos razonables para creer que usted puede ser víctima de abuso, abandono, violencia doméstica o cualquier otro crimen. PPMCO puede divulgar su información médica en la medida necesaria para evitar un peligro grave para su salud o seguridad o la de otros.

Determinadas funciones gubernamentales: PPMCO puede divulgar información médica de personal militar y de veteranos en ciertas situaciones, a centros penitenciarios en ciertos casos, a programas de beneficios gubernamentales relacionados con la

elegibilidad y la inscripción y por motivos de seguridad nacional tales como la protección del Presidente.

Familiares, amigos u otras personas que participan en su atención: A menos que usted indique lo contrario, PPMCO puede compartir su información médica relacionada directamente con su participación en la atención de usted. PPMCO puede compartir su información médica si está relacionada con el pago de su atención. A menos que usted indique lo contrario, PPMCO también puede compartir su información médica con personas para notificarlas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

Indemnización laboral: PPMCO puede divulgar información médica a los programas de indemnización laboral que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades laborales, independientemente de quién tenga la culpa.

Pleitos, disputas y reclamos: Si usted está involucrado en un pleito, disputa o reclamo, PPMCO puede divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento, investigación de un reclamo presentado en su nombre u otro proceso legal.

Autoridades: PPMCO puede divulgar su información médica a las autoridades con fines requeridos por ley o como respuesta a una citación.

Usted tiene derecho a:

Solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones de la información médica utilizada o divulgada por PPMCO sobre usted. PPMCO respetará esa solicitud si es posible, aunque no está obligada por ley a acatar la restricción solicitada. Si PPMCO acepta una restricción, la cumplirá salvo en casos de emergencia.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a pedirle a PPMCO que le envíe información a una dirección diferente o de otro modo. PPMCO debe aceptar su solicitud siempre y cuando nos sea fácil hacerlo.

Inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a ver su información médica con

previo aviso. Si desea copias de la misma, es posible que deba pagar una tarifa por ellas, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene derecho a elegir qué porciones de la información desea copiar y a recibir información de antemano sobre el costo de las copias.

Solicitar enmiendas: Usted puede solicitar por escrito que PPMCO corrija o agregue información a su expediente médico. PPMCO puede denegar la solicitud si determina que la información médica: (1) es correcta y completa; (2) no forma parte de nuestro expediente; o (3) no se permite divulgarla. Si solicita una enmienda de expedientes que no hayamos creado nosotros, consideraremos su solicitud solamente si el autor de los mismos no está disponible. Si PPMCO aprueba la solicitud de enmienda, modificará la información médica y lo notificará, así como avisará a otras personas que necesitan estar informados sobre el cambio en la información médica.

Listado de divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones realizadas de su información médica después del 14 de abril de 2003. La excepción a esto es toda información médica que haya sido utilizada para tratamiento, pago y operaciones. Además, PPMCO no tiene que enumerar las divulgaciones realizadas a usted, realizadas en conexión con un uso o divulgación permitido, basadas en su autorización escrita, realizadas a sus familiares, amigos u otras personas que participan en su atención, realizadas por motivos de seguridad nacional, a autoridades competentes o centros penitenciarios, o realizadas como parte de un “conjunto limitado de datos” (en el cual se eliminan todos los identificadores, salvo unos cuantos). No se cobrará por un máximo de una lista al año.

Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y/o una copia electrónica por correo electrónico si así lo solicita.

Para más información

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos que cumplen con las pautas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Si tiene preguntas y

desea más información, puede contactar a la División de Conformidad de PPMCO llamando al 1-800-654-9728.

Reporte de un problema sobre nuestras prácticas de privacidad

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja.

- Puede presentar una queja ante la División de Quejas llamando al 1-800-654-9728 o escribiendo a

Priority Partners MCO
6704 Curtis Court
Glen Burnie MD 21060

- Puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles. Puede llamar a PPMCO para obtener la información de contacto.

PPMCO no tomará represalias contra usted por presentar quejas.

Fecha de efecto: Este aviso tiene efecto el 14 de abril de 2003.

Fraude de atención médica – Lo que debería saber

Se ha estimado que se gastan más de 60 mil millones por año en fraude de la atención médica. Priority Partners quiere encontrar y parar el fraude de la atención médica. Se considera como fraude todo acto deshonesto cometido por una persona o en nombre de otra persona, que dé como resultado beneficios a los que no tiene derecho. Algunos ejemplos de fraude de atención médica son:

- Utilizar la tarjeta o el número de asistencia médica de otra persona para obtener servicios de atención médica.
- Prestar su tarjeta de asistencia médica a otra persona para que puedan recibir servicios de atención médica.
- Usar el nombre, número de seguro social u otra información personal de otra persona para ser elegible para el programa de asistencia médica.
- Ocultar ingresos y activos para calificar para el programa de atención médica.
- Vivir en otro estado mientras recibe beneficios de asistencia médica de Maryland.

- Vender medicamentos recetados o productos proporcionados para usted en virtud del programa de asistencia médica.
- Obtener muchos medicamentos recetados para el mismo medicamento de varios médicos durante el mismo periodo de tiempo.
- Falsificar o cambiar los formularios de recetas.

El Departamento de Cumplimiento de Priority Partners investiga las acusaciones de fraude de atención médica, tanto real como alegado. Estos resultados se reportan después al Departamento de Salud Mental e Higiene de Maryland (DHMH). El DHMH puede realizar su propia investigación y tomar acción contra personas que hayan cometido fraude.

¿Cómo puedo ayudar?

Usted puede ayudar a reducir el fraude de la atención médica siguiendo estas sencillas reglas:

- No preste nunca su tarjeta de asistencia médica a nadie;
- Guarde su número de asistencia médica como guardaría el del seguro social;
- Siga todas las reglas de asistencia médica;
- Reporte todas las sospechas de fraude; y

- Reporte la pérdida o el robo de tarjetas de asistencia médica al Departamento de Atención al Cliente de Priority Partners llamando al 1-800-654-9728.

Recuerde que el fraude de atención médica nos afecta a todos. Si cree que alguien está cometiendo fraude contra Priority Partners o el Programa de Atención Médica de Maryland, repórtelo a Priority Partners, al DHMH o al Departamento de Servicios Sociales. Usted puede permanecer anónimo y todos los informes de fraude se mantienen en confidencialidad. Priority Partners se compromete a seguir todas las leyes y reglamentos aplicables, en especial aquellos que tratan sobre el fraude de la atención médica, el derroche y el abuso y facturación incorrecta de servicios de atención médica.

¿Qué me sucederá si reporto una preocupación?

¡Priority Partners toma seriamente su responsabilidad de proteger su “derecho a reportar”! Ningún empleado de Priority Partners puede amenazar, coaccionar, acosar, tomar represalias o discriminar contra cualquier persona que reporte una preocupación de cumplimiento. Para apoyar este esfuerzo, el Plan Médico ha implementado políticas de tolerancia cero y capacita anualmente a todo el personal sobre su obligación de mantener la mayor integridad posible cuando tramiten asuntos relacionados con el cumplimiento. Toda persona que reporte

una preocupación de cumplimiento tiene ‘derecho’ a permanecer en el anonimato y ¡Priority Partners se compromete a vigilar que se cumpla este ‘derecho’!

¿Cómo puedo reportar fraude?

¡Reportar es simple! Usted puede reportar por medio de la Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), el Departamento de Salud Mental e Higiene (DHMH) o el Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Puede comunicarse con el Departamento de Conformidad de los siguientes modos: llamando al 410-424-4996 o al 1-800-654-9728 y preguntando por el Departamento de Conformidad; o escribiendo a Priority Partners Compliance Department, 6704 Curtis Ct, Glen Burnie, MD 21060. Correo electrónico: Compliance@jhhc.com Fax: 410-424-4996

Puede comunicarse con el DHMH de los siguientes modos: llamando directamente al DHMH al 1-800- 284-4510 o a la Oficina del Inspector General de Maryland al 1-866-770-7175; o escribiendo a DHMH Program Integrity Unit, 201 West Preston Street, Baltimore, Maryland 21201. Correo electrónico: <http://www.dhmh.state.md.us/oig/fraud/reportfraud.htm>

También puede reportar fraude en su Departamento local de Servicios Sociales.

X. DIRECTIVAS AVANZADAS

DIRECTIVA AVANZADA DE MARYLAND

CÓMO PLANIFICAR FUTURAS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO MÉDICO

Una guía para la legislación de Maryland sobre decisiones relativas al cuidado médico

(Se incluyen los formularios)

Oficina del Procurador General del Estado de Maryland

Estimado residente de Maryland:

Tengo el placer de enviarle un formulario de directiva avanzada para que planifique sus decisiones futuras sobre cuidado médico. Es un formulario opcional, es decir, que puede utilizarlo si lo desea o puede utilizar otro diferente con la misma validez legal. Si tiene preguntas legales sobre su situación personal, debería consultar a su abogado. Si decide realizar una directiva avanzada, hable sobre ella con sus seres queridos. La conversación es tan importante como el documento. Dé copias del documento a sus familiares o amigos y a su médico. Lleve una copia con usted cuando vaya al hospital. Por favor, no devuelva los formularios completados a esta oficina.

Es difícil hablar de enfermedades incurables, pero si hace planes ahora, se respetarán sus decisiones y usted puede poner menos responsabilidad en sus seres queridos en el futuro. Puede utilizar también otro de estos formularios para realizar donaciones de órganos o hacer planes para que se donen después de su muerte.

A continuación tiene información importante:

- Si desea información sobre Cuidado Paliativo/Órdenes de No Resucitar de Servicios Médicos de Emergencia (EMS), comuníquese con el Instituto para Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia de Maryland llamando al (410) 706-4367. Una Orden de EMS/DNR es una instrucción de un médico para el personal médico de emergencia (los que responden al 911) para proporcionar cuidado paliativo en lugar de resucitación. Encontrará un ejemplo en <http://www.miemss.org>. En

esa página, haga clic en “EMS Forms” (Formularios EMS).

- El Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland permite la directiva avanzada para preferencias de tratamiento de salud mental. Encontrará el formulario en <http://www.dhmh.state.md.us/mha>. En esa página, haga clic en “MHA Forms” (Formularios MHA).

Espero que esta información le sea útil. **Lamentablemente, debido a la gran demanda, solamente podemos entregar un juego de formularios a cada solicitante.** Puede hacer todas las fotocopias que desee. Encontrará información adicional sobre directivas avanzadas en <http://www.oag.state.md.us/healthpol/advancedirectives.htm>.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADO MÉDICO CON DIRECTIVAS AVANZADAS

Se incluyen formularios opcionales

Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si quieren recibir tratamiento médico o no. Este derecho a decidir que sí o que no a las propuestas de tratamiento se aplica a los tratamientos que prolongan la vida, como por ejemplo una máquina respiratoria o un tubo de alimentación. Trágicamente, un accidente o enfermedad puede impedir que una persona pueda tomar decisiones sobre su cuidado médico. A pesar de eso, las decisiones son necesarias. Si no puede tomar decisiones, tendrá que tomarlas otra persona. Estas decisiones deberían reflejar sus prioridades y valores.

La Ley de Decisiones de Cuidado Médico de Maryland declara que usted puede realizar sus planes de cuidado médico por medio de “directivas avanzadas”. Puede utilizar una directiva avanzada, por ejemplo, para nombrar a un agente de cuidado médico. El agente es alguien en quien usted confía para tomar decisiones de cuidado médico en su nombre. También puede utilizar una directiva avanzada para decir qué tratamientos preferiría para mantener las funciones vitales si se diese el caso.

El Estado ofrece un formulario para hacer esta planificación, incluido con este folleto. El formulario se llama “Directiva Avanzada de Maryland: Planificación de Decisiones Futuras de Cuidado Médico”. Tiene tres partes: Parte I, Selección de un Agente de Cuidado Médico; Parte II, Preferencias de Tratamiento (“Testamento”); y Parte III, Firma y Testigos. Este panfleto explicará cada una de esas partes.

La directiva avanzada debe reflejar sus preferencias. Puede completarla toda o solamente las partes que desee y puede cambiar la forma en que está redactada. No tiene la obligación legal de utilizar estos formularios. Puede utilizar otros diferentes que estén escritos de la forma que usted prefiera. Por ejemplo, hay un formulario popular denominado Cinco Deseos, que está disponible (por un costo módico) en la organización sin fines de lucro Aging With Dignity. Puede recibir información sobre el documento en www.agingwithdignity.org o escribir a Aging With Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Este formulario opcional puede ser completado sin necesidad de consultar a un abogado. Pero si no comprende algo sobre la ley o sus derechos, es posible que desee consultar a un abogado. También puede pedirle a su médico que le explique los temas médicos, incluidos los posibles beneficios o riesgos para usted de las diversas opciones. Debería decirle a su médico que ha realizado una directiva avanzada y darle una copia, así como a otras personas que podrían participar en la toma de estas decisiones en su nombre en el futuro.

En la Parte III del formulario, necesita dos testigos de su firma. Casi todos los adultos pueden servir de testigos. Si nombra a un agente de cuidado médico, esa persona no puede hacer de testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no se beneficiaría financieramente de su muerte ni vaya a ser responsable de su herencia. No necesita llevar el formulario a un notario.

Este panfleto también contiene un formulario separado llamado “Después de mi Muerte”. Al igual que la directiva avanzada, es un formulario opcional. Está

formado por cuatro partes: Parte I, Donación de Órganos; Parte II, Donación del cuerpo; Parte III, Deshecho del Cuerpo y Trámites Funerarios; y Parte IV, Firma y Testigos.

Una vez que haya realizado una directiva avanzada, tendrá efecto hasta que usted la revoque. No caduca y nadie puede cambiarla (ni siquiera su familia), salvo usted. Debería revisar sus decisiones cada cierto tiempo. Es posible que su situación o su actitud cambie. Puede enmendar o revocar una directiva avanzada en cualquier momento, siempre y cuando continúe teniendo la capacidad de tomar decisiones. Hable con su médico y cualquier otra persona que tenga una copia de su directiva avanzada si hace cambios en la misma o la revoca.

Si ya ha realizado antes una directiva avanzada de Maryland, testamento o un poder notarial duradero para cuidado médico, ese documento continúa siendo válido. Además, si hace una directiva avanzada en otro estado, es válida en Maryland. Es posible que desee revisar esos documentos para ver si prefiere hacer una nueva directiva avanzada.

Parte I de la Directiva Avanzada: Selección de un Agente de Cuidado Médico

Puede nombrar a cualquier persona que desee (salvo, en general, alguien que trabaje para un centro de cuidado médico donde esté recibiendo cuidado médico), como su agente de cuidado médico. **Para ello, utilice la Parte I del formulario de directiva avanzada.** (Algunas personas prefieren esta opción como “poder notarial duradero para cuidado médico”). Su agente hablará y tomará por usted según lo que usted desee que se haga o sus mejores intereses. Usted decide cuánto poder tiene su agente para tomar decisiones de cuidado médico. También puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder: inmediatamente o solamente cuando un médico diga que usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Puede seleccionar a un familiar como agente de cuidado médico, aunque no está obligado a hacerlo. Recuerde que su agente tendrá poder de tomar decisiones importantes sobre su tratamiento, incluso aunque otra gente cercana a usted recomiende una decisión diferente. Seleccione a la persona más calificada

para ser su agente de cuidado médico. Además, considere seleccionar a uno o dos agentes “suplentes”, en caso de que su agente no esté disponible cuando sea necesario. No se olvide de informar a la persona seleccionada y asegúrese de que entienda lo que es importante para usted. Cuando llegue la hora de tomar decisiones, su agente debería cumplir con sus instrucciones escritas.

Tenemos un folleto útil que puede dar a su agente de cuidado médico. Se llama “Making Medical Decisions for Someone Else: A Maryland Handbook” (“Cómo Tomar Decisiones Médicas para Otra Persona: Un Manual de Maryland”). Usted o su agente pueden obtener una copia visitando la página de Internet del Fiscal General <http://www.oag.state.md.us>, y haciendo clic en “Guidance for Health Care Proxies” (“Guía para Poderes de Cuidado Médico”). También puede obtener una copia llamando al 410-576-7000.

El formulario incluido con este panfleto no confiere ningún poder para manejar su dinero. No tenemos un formulario estándar para enviar. Hable con su abogado sobre la planificación de cuestiones financieras en caso de incapacidad.

Parte II de la Directiva Avanzada: Preferencias de Tratamiento (“Testamento”)

Usted tiene derecho a utilizar la directiva avanzada para decir lo que desea sobre cuestiones futuras de mantenimiento de funciones vitales. Puede hacer esto en la Parte II de este formulario. Si nombra a un agente y también toma decisiones sobre tratamiento en una directiva avanzada, es importante que indique (en la Parte II, párrafo G), si desea que su agente esté sometido estrictamente a las decisiones que usted tome.

La Parte II es un testamento. Le permite tomar decisiones sobre los procedimientos de mantenimiento de funciones vitales en tres casos: cuando la muerte causada por una condición terminal es inminente a pesar de la aplicación de procedimientos de mantenimiento de las funciones vitales; una condición de inconsciencia permanente denominada estado vegetativo persistente; y una condición en estado final, lo cual es una condición avanzada, progresiva e incurable que resultará en dependencia física total. Un

ejemplo de condición en estado final podría ser un estado avanzado de enfermedad de Alzheimer’s.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LAS DIRECTIVAS AVANZADAS EN MARYLAND.

1. ¿Debo utilizar un formulario específico?

No. Se incluye un formulario opcional pero puede cambiarlo o utilizar otro diferente. Por supuesto, ningún proveedor de cuidado médico le denegará cuidado únicamente porque haya decidido que no quiere completar un formulario.

2. ¿Quién puede ser seleccionado como agente para cuidado médico?

Cualquier persona mayor de 18 años de edad, salvo por lo general, el propietario, operador o empleado de un centro de cuidados médicos en el que reciba cuidado el paciente.

3. ¿Quién puede hacer de testigo para una directiva avanzada?

Se necesitan dos testigos. Por lo general, cualquier adulto competente puede ser testigo, incluido su médico u otro proveedor de cuidado médico (aunque debe tener en cuenta que algunos centros tienen normas en contra de que sus empleados sean testigos). Si nombra a un agente de cuidado médico, esa persona no puede ser a la vez testigo de su directiva avanzada. Uno de los dos testigos debe ser una persona que (i) no vaya a recibir dinero ni propiedades de su herencia, y (ii) que no sea la misma persona nombrada por usted como albacea de su testamento después de su muerte.

4. ¿Tengo que llevar los formularios a un notario?

No, pero si viaja con frecuencia a otro estado, consulte a un abogado experto en el tema para saber si ese estado requiere que los formularios hayan sido notariados.

5. ¿Trata alguno de estos documentos de cuestiones financieras?

No. Si desea planificar como gestionar sus asuntos financieros si pierde sus facultades, hable con su abogado.

6. Cuando use estos formularios para tomar una decisión, ¿cómo puedo mostrar las decisiones que he tomado?

Escriba sus iniciales al lado de la frase que indique lo que usted desea. No util-

ice marcas ni “X”. Si lo prefiere, puede tachar las frases no aplicables.

7. ¿Debo completar las Partes I y II del formulario de directiva avanzada?

Depende de lo que quiera hacer. Si lo que quiere hacer es nombrar solamente a un agente de cuidado médico, sólo necesita completar las Partes I y III y hablar con la persona sobre cómo tomar decisiones por usted. Si desea dar instrucciones para tratamiento, complete las Partes II y III. Si desea hacer las dos cosas, complete las tres partes.

8. ¿Son válidos estos formularios en otro estado?

Depende de la ley en ese otro estado. La mayoría de los estados reconocen las directivas avanzadas realizadas en otros lugares.

9. ¿Cómo puedo obtener formularios de directivas avanzadas para otro estado?

Comuníquese con Caring Connections (NHPCO) llamando al 1-800-658-8898 o visitando su página Web en <http://www.caringinfo.org>.

10. ¿A quién debería dar copias de mi directiva avanzada?

Dé copias a su médico, su agente de cuidado médico y agentes “suplentes”, hospital, residencia de cuidados si va a estar en una, y familiares o amigos que deban conocer cuáles son sus deseos. Puede resultar una buena idea tener una tarjeta en su cartera indicando que tiene

una directiva avanzada y con quién ponerse en contacto.

11. ¿Requiere la legislación federal sobre la confidencialidad de historiales médicos (HIPAA) un lenguaje especial sobre mi agente de cuidado médico?

No requiere ningún lenguaje especial pero es una buena precaución a tomar. El lenguaje sobre HIPAA ha sido incorporado en el formulario.

12. ¿Pueden mi agente de cuidado médico o mi familiar decidir cuestiones de tratamiento de modo diferente al que yo haya escrito?

Depende de la flexibilidad que desee darles. Algunas personas quieren darles a sus familiares o a otros la flexibilidad para aplicar el testamento. Otra gente prefiere que lo sigan al pie de la letra. Puede expresar sus deseos en la Parte II, Párrafo G.

13. ¿Puede mi médico anular mi testamento?

Por lo general, no. No obstante, un médico no está obligado a proporcionar un tratamiento que “no sea eficaz desde un punto de vista médico” aunque haya un testamento que lo pida.

14. Si tengo una directiva avanzada, ¿necesito también una Orden de Servicios Médicos de Emergencia, Cuidado Paliativo/No resucitar?

Sí. Si no quiere que el personal de ambulancias lo resucite en caso de paro cardíaco

o respiratorio, debe pedir a su médico que firme ese formulario.

15. ¿Tiene la Orden de Servicios Médicos de Emergencia, Cuidado Paliativo/No Resucitar que ser de un modo específico?

Sí. El personal de ambulancias tiene muy poco tiempo para evaluar la situación y reaccionar. Por eso, no es práctico pedirles que interpreten documentos que pueden variar de forma y contenido. Existe un formulario estándar. Su médico o centro de cuidado médico pueden comunicarse con el Instituto para el Sistema de Servicios Médicos de Emergencia de Maryland (Maryland Institute for Emergency Medical Services System), llamando al (410) 706-4367 para obtener información sobre las Órdenes de Servicio Médico de Emergencia, Cuidado Paliativo/No Resucitar.

16. ¿Puedo completar un formulario para convertirme en donante de órganos?

Sí. Utilice la Parte I del formulario “Después de Mi Muerte”.

17. ¿Puedo donar mi cuerpo para educación médica o investigación?

La Parte II del formulario “Después de Mi Muerte” es una declaración general de estos deseos. La Junta Estatal de Anatomía tiene un programa específico de donación, con un formulario pre-registro específico. Llame a la Junta de Anatomía al 1-877-463-3464 para ese formulario e información adicional.

SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, HABLE CON SU MÉDICO O ABOGADO, O SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS FORMULARIOS Y NO ENCUENTRA LAS RESPUESTAS AQUÍ, PUEDE LLAMAR A LA DIVISIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD DE LA OFICINA DEL FISCAL GENERAL, AL (410) 576-6327 O ESCRIBIRNOS A ADFORMS@AG.STATE.MD.US.

PUEDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS AVANZADAS EN NUESTRO SITIO WEB,

<http://www.oag.state.md.us/Healthpoll/>

DIRECTIVA AVANZADA DE MARYLAND: PLANIFICACIÓN DE DECISIONES FUTURAS SOBRE CUIDADO MÉDICO

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Escriba el nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

El uso de este formulario de directiva avanzada para planificar el cuidado médico es opcional. Otros formularios son también válidos en Maryland. Independientemente de qué formulario utilice, hable con su familia y otras personas sobre sus deseos.

Este formulario tiene dos partes en las que puede indicar sus deseos, y una tercera parte para las firmas. La Parte I de este formulario le da la oportunidad de responder a esta pregunta: Si no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones de cuidado médico, ¿quién quiere que las tome en su nombre? La persona que usted elija será su agente de cuidado médico. **No se olvide de hablar con su agente de cuidado médico (y cualquier agente “suplente”) sobre esta función importante.** La Parte II le permite escribir sus preferencias sobre esfuerzos para prolongar su vida en tres casos: condición terminal, estado vegetativo persistente, y condición en estado final. Además de sus decisiones de planificación de cuidado médico, usted tiene la opción de donar órganos después de su muerte rellenando el formulario para ese fin.

Puede completar las Partes I y II de este formulario, o solamente la Parte I, o solamente la Parte II. Utilice el formulario para reflejar sus deseos y luego firme ante dos testigos (Parte III). Si cambia de opinión sobre sus deseos, haga una nueva directiva avanzada.

No se olvide de dar una copia del formulario completo a su agente de cuidado médico, su médico y otras personas que puedan necesitarlo. Guarde una copia en casa en un lugar en el que alguien la pueda encontrar si es necesario. Revise regularmente lo que ha escrito.

PARTE I: SELECCIÓN DE UN AGENTE DE CUIDADO MÉDICO

A. Selección de un Agente Principal

Yo selecciono a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de cuidado médico por mí:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

B. Selección de Agentes “Suplentes”

(Opcional; el formulario es válido si se deja en blanco)

1. Si no es posible contactar a mi agente principal a tiempo o si por cualquier motivo no está disponible por cualquier motivo o no es capaz de o no desea ser mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona como agente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

2. Si no es posible contactar a mi agente principal ni a mi primer agente “suplente” a tiempo o si por cualquier motivo no están disponibles o no son capaces de o no desean ser mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona como agente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

C. Poderes y Derechos del Agente de Cuidado Médico

Quiero que mi agente tenga poder pleno para tomar decisiones de cuidado médico en mi nombre, incluido el poder de:

1. Consentir o no a procedimientos y tratamientos médicos ofrecidos por mis médicos, incluidas cosas con el fin de mantenerme vivo, como ventiladores y tubos de alimentación;
2. Decidir quiénes deberían ser mis médicos y otros proveedores de cuidados médicos; y

3. Decidir dónde debería recibir tratamiento, incluyendo si debería estar hospitalizado, en una casa de reposo, en otro centro de cuidados médicos o en un programa de residencia para enfermos terminales.
4. También quiero que mi agente:
 - a. Vaya conmigo en una ambulancia si necesito que me lleven a un hospital; y
 - b. Pueda visitarme si estoy en un hospital o en cualquier otro centro de cuidados médicos.

ESTA DIRECTIVA AVANZADA NO CONVIERTE A MI AGENTE EN RESPONSABLE
DE LOS COSTOS DE MI CUIDADO MÉDICO.

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones: (Opcional; el formulario es válido si se deja en blanco)

D. Cómo Puede Decidir Mi Agente Temas Específicos

Tengo confianza en el juicio de mi agente. Mi agente debería ver primero si hay algo en la Parte II de esta directiva avanzada que ayude a tomar la decisión. Luego, mi agente debería pensar en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias y valores, religiosas y de otro tipo, mi personalidad, y cómo afronté decisiones médicas y otras decisiones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría continúa no estando claro, mi agente puede tomar las decisiones en mi nombre que considere en mi mejor interés. Al hacer esto, mi agente debería considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones presentadas por mis médicos.

E. Personas a Quienes Debería Consultar Mi Agente

(Opcional; el formulario es válido si se deja en blanco)

Al tomar decisiones importantes en mi nombre, animo a mi agente a que consulte a las siguientes personas. Al rellenar esta parte del formulario, no tengo la intención de limitar el número de personas a quienes mi agente puede consultar ni el poder de mi agente para tomar decisiones.

Nombre(s)

Número(s) de teléfono:

F. En Caso de Embarazo

(Opcional, sólo para mujeres en edad de tener hijos; el formulario es válido si se deja en blanco)

Si estoy embarazada, mi agente debe seguir las siguientes instrucciones:

G. Acceso a Mi Información Médica – Autorización de la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA)

1. Si antes de que la persona que he seleccionado como mi agente, tenga poder mediante este documento, mi médico desea hablar con esa persona sobre mi facultades para tomar mis propias decisiones sobre mi cuidado médico, autorizo a mi médico a divulgar la información médica protegida referente a esas cuestiones.
2. Cuando mi agente tenga todo el poder mediante este documento, mi agente podrá solicitar, recibir y revisar toda información, oral o escrita, referente a mi salud física y mental, incluidos, entre otros, los historiales médicos y hospitalarios y otra información médica protegida, y consentir en divulgar esta información.
3. Para todos los fines relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal en virtud de la Ley de Portabilidad y Asignación de Responsabilidades del Seguro Médico (HIPAA). Mi agente puede firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de divulgación u otros materiales relacionados con HIPAA.

H. Eficacia de esta Parte

(Lea detenidamente ambas opiniones. Luego, ponga sus iniciales solamente en una de ellas.)

El poder de mi agente entra en vigor:

1. Inmediatamente después de que firme este documento, sujeto a mi derecho a tomar decisiones sobre mi cuidado médico si quiero y puedo. _____
- O
2. Cuando no pueda tomar decisiones informadas sobre mi cuidado médico, ya sea porque el médico a cargo de mi cuidado (médico a cargo) decide que he perdido esta facultad **temporalmente**, o el médico a cargo de mi caso y un médico consultado acuerden que he perdido esta facultad **permanentemente**. _____

Si lo único que desea hacer es seleccionar a un agente de cuidado médico, omita la Parte II. Pase a la Parte III para firmar y que sus testigos firmen la directiva avanzada. Si también desea escribir sus preferencias de tratamiento, pase a la Parte II. Considere también convertirse en donante de órganos, utilizando el formulario separado para ello.

PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO (“TESTAMENTO”)

A. Declaración de Metas y Valores

(Opcional; el formulario es válido si se deja en blanco)

Quiero decir algo sobre mis metas y valores, y especialmente, sobre lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

B. Preferencia en Caso de Condición Terminal (si desea indicar su preferencia, ponga sus iniciales solamente junto a una de estas opciones. De lo contrario, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que mi muerte de una condición terminal es inminente, incluso aunque se utilicen procedimientos para el mantenimiento de las funciones vitales:

1. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No quiero recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico.

2. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No obstante, si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

3. Intentar prolongarme la vida todo lo posible, empleando todas las intervenciones disponibles que en la opinión médica razonable, prevendrían o postergarían mi muerte. Si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

C. Preferencia en Caso de Estado Vegetativo Persistente (si desea indicar su preferencia, ponga sus iniciales solamente junto a una de estas opciones. De lo contrario, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que estoy en estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no tengo consciencia de que existo ni de mi alrededor, ni puedo comunicarme con otras personas y no existe expectativa razonable de que vuelva a recuperar el conocimiento nunca:

1. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No quiero recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico.

2. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No obstante, si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

3. Intentar prolongarme la vida todo lo posible, empleando todas las intervenciones disponibles que en la opinión médica razonable, prevendrían o postergarían mi muerte. Si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

D. Preferencia en Caso de Condición en Estado Final (si desea indicar su preferencia, ponga sus iniciales solamente junto a una de estas opciones. De lo contrario, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que estoy en una condición en estado final, es decir, una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha causado la pérdida de facultades y la dependencia física completa:

1. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No quiero recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

2. Mantenerme cómodo y permitir que se produzca la muerte natural. No quiero que se realicen intervenciones médicas para prolongarme la vida. No obstante, si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

3. Intentar prolongarme la vida todo lo posible, empleando todas las intervenciones disponibles que en la opinión médica razonable, prevendrían o postergarían mi muerte. Si no puedo tomar la nutrición suficiente por vía oral, deseo recibir nutrición y líquidos por tubo u otro medio médico. _____

E. Alivio del Dolor

Independientemente de la condición en que esté, darme medicina u otro tratamiento que necesite para aliviar el dolor.

F. En Caso de Embarazo

(Opcional, solamente para mujeres en edad de tener hijos; el formulario es válido si se deja en blanco)

Si estoy embarazada, mi decisión en relación con los procedimientos para el mantenimiento de las funciones vitales deberán modificarse del siguiente modo:

G. Efecto de las Preferencias Indicadas (lea detenidamente ambas opiniones. Luego, marque sus iniciales solamente junto a una de ellas.)

1. Sé que no puedo prever todo lo que podría ocurrirme una vez que no pueda tomar decisiones por mí mismo. Las preferencias que he indicado aquí tienen el objetivo de guiar a quien tome las decisiones en mi nombre y a mis proveedores de cuidados médicos, pero los autorizo a que sean flexibles al aplicarlas si creen que eso sería en mi mejor interés. _____

O

2. Sé que no puedo prever todo lo que podría ocurrirme una vez que no pueda tomar decisiones por mí mismo. Quiero que la persona que tome las decisiones en mi nombre y mis proveedores de cuidados médicos sigan las preferencias que he indicado aquí exactamente como las he escrito, aunque piensen que hay alternativas mejores. _____

PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

Mediante mi firma abajo como Declarante, indico que tengo facultades emotivas y mentales para hacer esta directiva avanzada y que comprendo su finalidad y efecto. También entiendo que este documento sustituye a toda otra directiva avanzada similar que pueda haber hecho anteriormente.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento ante mí, y según he observado personalmente, parece tener facultades emotivas y mentales para hacer esta directiva avanzada.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

Números de Teléfono:

(Firma del Declarante)

(Fecha)

Números de Teléfono:

(Nota: Una persona que haya sido seleccionada como agente de cuidado médico en la Parte I no puede hacer de testigo. Al menos uno de los testigos debe ser una persona que no vaya a sabiendas a heredar algo del Declarante o a recibir un beneficio financiero de la muerte del Declarante. La legislación de Maryland no requiere que este documento sea notariado.)

DESPUÉS DE MI MUERTE

(Este documento es opcional. Haga solamente lo que exprese sus deseos)

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Escriba el nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

PARTE I: DONACIÓN DE ÓRGANOS

(Ponga sus iniciales junto a los que desee. Tache lo que no desee donar.)

Cuando me muera, deseo donar:

Todos los órganos, tejidos u ojos que se necesiten. _____

Solamente estos órganos, tejidos u ojos: _____

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

Para trasplantes _____

Para terapia _____

Para investigación _____

Para educación médica _____

Para cualquier fin autorizado por la ley _____

Comprendo que no se retirará ningún órgano vital, tejido u ojo para trasplante hasta después de que me declaren muerto. *Este documento no tiene la finalidad de cambiar nada sobre mi cuidado médico mientras esté vivo.* Después de mi muerte, autorizo todas las medidas de apoyo adecuadas para que sea posible trasplantar mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya completado la recuperación de los mismos. Entiendo que no se cobrará a mi patrimonio por los costos relacionados con esta donación.

PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

Después de que se hayan realizado las donaciones indicadas en la Parte I, deseo que se done mi cuerpo para utilizarlo en un programa de estudio médico. _____

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y GESTIONES PARA EL FUNERAL

Quiero que la siguiente persona tome decisiones sobre cómo disponer de mi cuerpo y hacer trámites para mi funeral: (Marque sus iniciales junto a la primera o complete la segunda opción.)

El agente de cuidado médico a quien nombré en mi directiva avanzada. _____

O

Esta persona:

Nombre: _____

Dirección:

Números de teléfono: _____
(Casa y celular)

Si he escrito mis deseos abajo, deberían cumplirse. De lo contrario, la persona a quien he nombrado debería decidir según las conversaciones que hayamos tenido, mis creencias religiosas y valores, mi personalidad y cómo reaccioné a los trámites funerarios de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mis trámites funerarios son:

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

Mediante mi firma abajo, indico que tengo facultades emotivas y mentales para hacer esta donación y que entiendo la finalidad y el efecto de este documento.

(Firma del donante)

(Fecha)

El donante firmó o reconoció haber firmado el documento anterior en mi presencia y, basándose en observación personal, parece tener facultades emotivas y mentales para realizar esta donación.

(Firma del testigo)

(Fecha)

Números de Teléfono:

(Firma del testigo)

(Fecha)

Números de Teléfono:

¿Ha recordado...

- Llenar la Parte I si desea nombrar a un agente de cuidado médico?

- Nombrar a uno o dos agentes “suplentes” en caso de que su agente principal no esté disponible cuando sea necesario?

- Hablar con sus agentes y agente “suplente” sobre sus valores y prioridades, y decidir si es suficiente o si desea tomar decisiones específicas de cuidado médico en la directiva avanzada?

- (Si desea tomar decisiones específicas), llenar la Parte II seleccionando cuidadosamente las alternativas?

- Firmar y fechar la directiva avanzada en la Parte III, ante dos testigos y obtener las firmas de ellos?

- Mirar el formulario “Después de Mi Muerte” para ver si desea completar alguna parte del mismo?

- Asegurarse de que su agente de cuidado médico (si nombró a uno), sus familiares y su médico saben que ha planificado su cuidado por adelantado

- Dar una copia de su directiva avanzada a su agente de cuidado médico, familiares, médico y hospital o

Información sobre directivas avanzadas

Lo que debería saber sobre las directivas avanzadas

Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones personales sobre su cuidado médico. Los médicos le preguntan si aceptará un tratamiento hablando sobre los riesgos y beneficios y trabajando con usted para decidir. Pero, ¿qué sucede si usted no puede tomar sus propias decisiones? Cualquiera puede estar herido o enfermo y ser incapaz de tomar decisiones sobre tratamientos médicos. Una directiva avanzada habla por usted si usted no puede hacerlo y contribuye a que se respeten sus creencias religiosas y personales. Es un documento legal útil para un adulto de cualquier edad, para planificar futuras necesidades de cuidado médico. Aunque nadie tiene la obligación de tener una directiva avanzada, es una buena idea pensar en el futuro y hacer un plan ahora. Si no tiene una directiva avanzada y en el futuro no puede hablar por sí mismo, entonces, normalmente su pariente más cercano tomará las decisiones de cuidado médico en su nombre. Pero aunque usted quiera que su pariente más cercano tome decisiones por usted, una directiva avanzada puede facilitar las cosas para sus seres queridos, ayudándoles a evitar malentendidos o discusiones sobre su cuidado.

¿Qué puede hacer usted en una directiva avanzada?

Una directiva avanzada le permite decidir quién quiere que tome decisiones de cuidado médico por usted si usted no puede hacerlo por sí mismo. También puede utilizarla para decir qué tipos de tratamientos desea o no, especialmente los utilizados frecuentemente en una emergencia médica o hacia el final de la vida de una persona.

1. Agente de Cuidado Médico. Alguien que usted nombra para tomar decisiones sobre su cuidado médico (a veces también se llama un “poder notarial duradero para cuidado médico, pero a diferencia de otros poderes notariales, no se refiere a dinero). Puede nombrar a un familiar o a otra persona. Esta persona tiene autoridad de hacer que los médicos y otros proveedores de cuidados médicos le den el tipo de cuidado que usted desea y de hacer que no

le den tratamiento contrario a sus deseos. Elija a alguien en quien confíe para tomar este tipo de decisiones importantes y hable con esa persona para asegurarse de que comprenda y esté dispuesto a aceptar esta responsabilidad.

2. Instrucciones de cuidado médico.

Usted puede informar a los proveedores sobre los tratamientos que desea o no. (A veces esto se llama un “testamento” pero no tiene nada que ver con un testamento normal sobre propiedades). Algunos ejemplos de los tipos de tratamiento sobre los que puede decidir son:

- Mantenimiento de funciones vitales – como por ejemplo, la respiración con un ventilador.
- Esfuerzos para revivir un corazón o respiración que se hayan interrumpido (CPR).
- Alimentación por tubos introducidos en el cuerpo.
- Medicina para aliviar el dolor.

Pídale a su médico más información sobre estos tratamientos. Piense en cómo si se lesiona o enferma gravemente, estos tratamientos se adaptarían a sus objetivos, creencias y valores.

¿Cómo preparar una directiva avanzada?

Comience hablando, si lo desea, con familiares, amigos cercanos, su médico o un consejero religioso. Muchas personas consultan a un abogado para preparar una directiva avanzada. También puede obtener ejemplos de formularios en muchos lugares, incluidos los que se encuentran al final de esta hoja informativa. No hay un formulario obligatorio. Usted puede incluso crear su propio documento de directiva avanzada.

Para que su directiva avanzada sea válida, debe estar firmada por usted en presencia de dos testigos, quienes deben firmarla también. Si nombra a un agente de cuidado médico, asegúrese de que esa persona no haga de testigo. La legislación de Maryland no requiere que se notarice el documento. Debería entregar una copia de su directiva avanzada a su médico, quien la guardará en su historial médico, y a otras personas en quienes confíe para que esté disponible cuando sea necesario. Las copias son igual de válidas que los originales.

También puede hacer una directiva avanzada válida hablando con su médico en presencia de un testigo.

¿Cuándo tendría efecto su directiva avanzada?

Por lo general, su directiva avanzada tendría efecto cuando su médico certifique por escrito que usted no tiene facultades para tomar una decisión sobre su cuidado médico. Si su directiva avanzada contiene instrucciones sobre cuidado médico, estas instrucciones tendrán efecto dependiendo de su condición médica en ese momento. Si nombra a un agente de cuidado médico, debería dejar claro en la directiva avanzada cuándo quiere que el agente pueda tomar decisiones por usted.

¿Puede cambiar su directiva avanzada?

Sí, puede cambiar o retirar su directiva avanzada en cualquier momento. La directiva válida será la más reciente.

¿Dónde se pueden obtener formularios y más información sobre directivas avanzadas?

Existen muchos lugares para obtener formularios, incluidas las organizaciones médicas, religiosas, de asistencia con el envejecimiento y legales. Abajo se muestran tres lugares, pero son solamente ejemplos. Cualquiera de estos formularios son válidos en Maryland, pero no todos pueden estar de acuerdo con sus creencias y valores. Su directiva avanzada no tiene que estar realizada en un formulario específico.

Llame a la Oficina del Procurador General de Maryland

al 410-576-7000 o al 1-888-734-0023.
www.oag.state.md.us/healthpol/adirective.pdf

Llame a Caring Connections (NHPCO)

al 1-800-658-8898
www.caringinfo.org

Llame a Aging with Dignity

al 1-800-594-7437
www.agingwithdignity.org

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland



6704 Curtis Court
Glen Burnie, MD 21060
1-800-654-9728
www.ppmco.org

