

Manual para Afiliados

Families and Children

También conocido como Programa de Asistencia Médica Prepaga (PMAP)

1 de enero de 2026

Este folleto contiene información importante sobre sus servicios de atención médica.

South Country Health Alliance, 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049

Servicios para Afiliados: 1-866-567-7242 (Línea gratuita) La llamada no tiene costo.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711

Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Visite nuestro sitio web: www.mnscha.org

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ:- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለምንም ክፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይቻላል። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

تنبيه: نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့၊ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចមានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយភាគតិចថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤကညီကိၣ်အဃိ, နမၤန့ၢ် ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျဉ်လၢ်စ့ၤ ဒီးတအိၣ်ဒီး တၢ်မၤယံာ်မၤနီၢ်သးဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါန့ၢ်အန့ၣ်, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကိးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢ်အီၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘူးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစ့ၤ ကိးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့ၢ် တဲသကိးတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီကိၣ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໃຫ້ຄຳເປີດໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda'u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda'an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta'an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проволочек. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqqigeeda. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recibo de servicios de salud
- experiencia en reclamos
- historial médico
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Coordinador de Derechos Civiles

South Country Health Alliance

6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049

Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774

Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

Ayuda y servicios auxiliares: South Country brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese** con Servicios para Afiliados en members@mnscha.org llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Servicios de asistencia lingüística: South Country proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados sin cargo y de manera oportuna cuando los servicios de asistencia lingüística sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese** con Servicios para Afiliados en members@mnscha.org llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Quejas relacionadas con los derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Región del Medio Oeste

233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601

Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota
 540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
 651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 800-627-3529 o 711 (retransmisión de MN),
 651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluye los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Coordinador de Derechos Civiles
 Departamento de Derechos Humanos de Minnesota
 División de Igualdad de Oportunidades y Acceso
 P.O. Box 64997
 St. Paul, MN 55164-0997
 651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.

Los indígenas estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas de los Servicios de salud para indígenas (IHS) y tribales. No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de Exención para personas mayores (EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo deriva a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la derivación.

Índice

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto	4
Cómo comunicarse con nuestros Servicios para Afiliados	4
Nuestra información de contacto del plan para ciertos servicios	4
Otros contactos importantes	5
Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita	5
Transición de atención	6
Gestión de uso	6
Autorización previa	6
Servicios cubiertos y no cubiertos	8
Pagos a los proveedores	8
Consciencia cultural	9
Servicios de interpretación	9
Otro seguro de salud	9
Información privada	9
Programa de Beneficiarios Restringidos	9
Cancelación	10
Sección 3. Declaración de derechos de los afiliados	10
Sección 4. Responsabilidades de los afiliados	11
Sección 5. Tarjeta de identificación del afiliado del plan de salud	12
Sección 6. Costo compartido	12
Copagos	13
Sección 7. Servicios cubiertos	13
Servicios de acupuntura	13
Controles para niños y adolescentes (C&TC)	14
Atención quiropráctica (para afiliados menores de 21 años)	15
Servicios dentales	15
Servicios de diagnóstico	17
Servicios médicos y otros servicios de salud	17
Servicios de intervención temprana intensiva para el desarrollo y la conducta (EIDBI)*, <i>para</i> <i>afiliados menores a 21 años</i>	19
Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización	20
Servicios de planificación familiar	20
Aparatos auditivos	21
Servicios de atención en el hogar	21
Centro de cuidados paliativos	22
Internación en el hospital	22
Servicios ambulatorios en el hospital	23
Servicios de interpretación	23
Suministros y equipos médicos	24
Servicios de salud mental	24
Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN)	26
Servicios oculares	28

Servicios fuera del área	28
Servicios fuera de la red*	29
Medicamentos recetados (<i>para afiliados que NO tienen Medicare</i>)	29
Medicamentos recetados (para afiliados que tienen Medicare)	32
Atención recuperativa (para afiliados de 21 años o más)	32
Rehabilitación	33
Servicios comunitarios en las escuelas (para los afiliados menores de 21 años)	33
Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)	34
Cirugías	35
Servicios de telemedicina	35
Control a distancia (telemonitoreo)	35
Cese de consumo de tabaco y nicotina	36
Trasplantes	36
Traslado hacia los servicios médicos o desde ellos	37
Atención de urgencia	37
Sección 8. Servicios que no cubrimos	38
Sección 9. Servicios que no están cubiertos por el plan pero es posible que estén cubiertos a través de otra fuente	38
Sección 10. Cuándo llamar a su trabajador de condado	39
Sección 11. Uso de la cobertura del plan con otros seguros	40
Sección 12. Subrogación u otras demandas	40
Sección 13. Proceso de reclamo, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)	40
Términos del sistema de reclamos y apelaciones que debe conocer	41
Plazos importantes de las apelaciones	42
Cómo presentar una apelación oral o escrita ante nosotros	42
Presentación de una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota	43
Reclamos (quejas)	44
Información importante sobre sus derechos al presentar un reclamo, una apelación o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)	45
Sección 14. Definiciones	46

Le damos la bienvenida a South Country Health Alliance

Nos complace darle la bienvenida como afiliado del producto Families and Children de South Country Health Alliance (denominado como “plan” o “el plan”).

South Country Health Alliance (de aquí en adelante, “nosotros”, “nosotros” o “nuestro”) es parte del programa Families and Children. Nos encargamos de coordinar y cubrir sus servicios médicos. Usted obtendrá la mayoría de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del plan. Cuando necesite atención médica o tenga preguntas sobre sus servicios de salud, puede llamarnos. Le ayudaremos a decidir qué hacer a continuación y a qué proveedor de atención médica calificado acudir.

Si es nuevo en South Country Health Alliance, recibirá una evaluación para inscritos nuevos para que complete por correo. Esta evaluación es voluntaria. Solo le llevará unos pocos minutos completarla. Lo invitamos a completar esta evaluación. La evaluación nos ayudará a conectarlo con los servicios de atención médica o con otros servicios que estén disponibles para usted como afiliado. Según sus respuestas, es posible que lo contactemos para pedirle más información. Si tiene preguntas acerca de esta evaluación, llame a Servicios para Afiliados.

Este Manual para Afiliados es nuestro contrato con usted. Es un documento legal importante.

Este Manual para Afiliados incluye:

- Información de contacto
- Información sobre cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan
- Información sobre los costos compartidos
- Una lista de los servicios de atención médica cubiertos y no cubiertos
- Cuándo llamar a su trabajador de condado
- Utilizar el plan de cobertura con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información de qué hacer si tiene un reclamo (queja) o quiere apelar a una acción del plan, como es definido en la sección 13
- Definiciones

Estos son los condados de la zona de servicio del plan: Brown, Dodge, Goodhue, Sibley, Steele, Wabasha y Waseca.

Queremos conocer su opinión sobre nosotros. Puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico, o escribirnos en cualquier momento. (En la sección 1 de este Manual para afiliados, encontrará las formas de contacto). Sus comentarios son siempre bienvenidos, tanto positivos como negativos. De vez en cuando, hacemos encuestas en las que pedimos que nuestros afiliados nos cuenten sobre su experiencia con nosotros. Si lo contactan, esperamos que participe en las encuestas de satisfacción para afiliados. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber cómo estamos trabajando y qué necesitamos mejorar.

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto

Cómo comunicarse con nuestros Servicios para Afiliados

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llame, envíe un correo electrónico o escriba a Servicios para Afiliados. Con todo gusto lo ayudaremos. Horario de atención del Servicio para Afiliados: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

LLAMADA: 1-866-567-7242 (la llamada no tiene costo)
TTY: 1-800-627-3529 o 711 (la llamada no tiene costo)
FAX: 1-507-431-6328
CORREO South Country Health Alliance
Attn: Member Services
6380 West Frontage Road
Medford, MN 55049
SITIO WEB: www.mnscha.org
CORREO ELECTRÓNICO: members@mnscha.org

Nuestra información de contacto del plan para ciertos servicios

Apelaciones y reclamos	Llame al 1-866-567-7242 (línea gratuita), al TTY 1-800-627-3529 o al 711 (la llamada no tiene costo); o escriba a South Country Health Alliance, Attn: Grievance & Appeals Department, a la dirección que figura a continuación; o envíe un fax a: 1-507-444-7774 Consulte la sección 13 para obtener más información.
Servicios quiroprácticos	Llame a Servicios para Afiliados
Servicios dentales	Servicio de atención al cliente de Delta Dental: 1-866-398-9419 (esta llamada es gratuita) o 1-651-348-3222 TTY 711
Criterios de cobertura para el equipo médico duradero	Llame a Servicios para Afiliados.
Línea telefónica para preguntas sobre salud	Línea de enfermería disponible las 24 horas: utilice el número que figura en el reverso de su identificación de afiliado
Servicios de interpretación	Lengua de señas estadounidense (ASL): 711 o 1-800-627-3529 (TTY), la llamada no tiene costo Lengua hablada: 1-866-567-7242 (la llamada no tiene costo)
Servicios de salud mental	Llame a Servicios para Afiliados o escriba a South Country Health Alliance a la dirección a continuación.
Recetas médicas	Llame a Servicios para Afiliados.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias	Llame a Servicios para Afiliados o escriba a South Country Health Alliance a la dirección a continuación.
Transporte	Llame a Servicios para Afiliados.
Escriba a South Country	South Country Health Alliance 6380 West Frontage Road Medford, MN 55049

Otros contactos importantes

Las personas con pérdida auditiva o discapacidad del habla pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos que aparecen en el Manual para Afiliados: 711, servicio de retransmisión de Minnesota al 800-627-3529 (TTY, voz, ASCII, transmisión de audición) o al 877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para acceder a más información y para aprender más sobre las directivas de atención médica y cómo aplicar una directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Afiliados en el número de teléfono indicado en la sección 1. Encontrará más información sobre las directivas de atención médica en línea en www.mnscha.org. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de Minnesota (MDH): <https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdire.html>

Para denunciar situaciones de fraude y abuso, comuníquese con los Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1. Si sospecha de situaciones de fraude o abuso por parte de alguien que recibe beneficios, de proveedores de atención médica que trabajan con los Programas de Atención Médica de Minnesota o de proveedores de cuidado infantil que reciben fondos de asistencia, puede realizar una denuncia al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) de las siguientes maneras:

- presentando el formulario de la [línea directa](#) de Supervisión de la Integridad de los Programas (recomendado): <https://mn.gov/dhs/general-public/office-of-inspector-general/report-fraud/>;
- llamando a la línea directa de Supervisión de la Integridad de los Programas en el 651-431-2650 o 800-657-3750 o 711 (TTY), o con el servicio de retransmisión que prefiera (la llamada no tiene costo);
- enviando su denuncia por correo electrónico a OIG.Investigations.DHS@state.mn.us;
- enviando una carta por correo a: Office of Inspector General – Program Integrity Oversight Division – PO Box 64982, St. Paul, MN 55164-0982.

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota es una agencia estatal que ayuda a las personas a cubrir sus necesidades básicas. Brinda o administra atención médica, ayuda financiera y otros servicios. El DHS también administra el programa Medical Assistance en los condados. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medical Assistance, comuníquese con un trabajador de su condado.

Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

El defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver sus problemas de acceso, servicio y facturación. Puede ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nosotros. El defensor del pueblo también puede ayudarle a solicitar una apelación estatal (una audiencia imparcial ante el Estado). Llame al 651-431-2660, al 800-657-3729 o al 711 (TTY), o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. Los horarios de atención son de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.

Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Siempre que necesite servicios médicos, asegúrese de que el proveedor sea un proveedor de la red del plan. En la mayoría de los casos, debe acudir a proveedores de la red del plan para recibir los servicios.

Los afiliados tienen acceso a un [directorio de proveedores](#) en el que se enumeran los proveedores de la red del plan. En el directorio de proveedores, encontrará información sobre cada proveedor, como el nombre, la dirección, el número de teléfono, las certificaciones profesionales, la especialidad y los idiomas que habla. Llame a Servicios para Afiliados si le gustaría recibir información sobre la certificación del consejo de la especialidad del proveedor, la asistencia a la facultad de medicina, el programa de residencia y el estado de la certificación del consejo. Además, puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores en cualquier momento. Para verificar la información actual, puede llamar al proveedor, llamar a Servicios para Afiliados al número en la sección 1 o visitar nuestro sitio web, que también figura en la sección 1.

Cuando usted es afiliado o se convierte en afiliado de South Country, escogió o se le asignó una clínica de atención primaria (PCC). Su clínica de atención primaria (PCC) puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y ayudarlo a coordinar su atención. Usted puede cambiar su clínica de atención primaria (PCC). Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si quiere cambiar su PCC. Puede acudir a cualquier clínica de atención que aparece en nuestro directorio de proveedores o en nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea en <https://www.mnscha.org>.

No necesita una remisión para acudir a un especialista de la red del plan. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y ayudarlo a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para recibir información sobre los horarios de la clínica, autorizaciones previas, y para coordinar una cita. Si no puede cumplir con una cita, llame a la clínica de inmediato.

Si desea cambiar de proveedor de clínica de atención primaria, puede hacerlo. Para saber cómo hacerlo, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Transición de atención

Si usted es un afiliado recién inscrito quien actualmente recibe atención de un proveedor que no es parte de la red del plan, lo ayudaremos a hacer la transición a un proveedor de la red.

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal para un máximo de 90 días. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

Gestión de uso

South Country desea que usted obtenga la cantidad correcta de atención de calidad. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención médica son médicamente necesarios, adecuados para su condición y que sean proporcionados en el mejor centro de atención. También necesitamos asegurarnos de que la atención que usted reciba sea un beneficio cubierto. El proceso a realizar es llamado gestión de uso (UM). Nosotros seguimos políticas y procedimientos para tomar decisiones acerca de aprobar servicios médicos. No recompensamos a los proveedores ni al personal por negar cobertura. No brindamos incentivos por decisiones de UM. No recompensamos a nadie por decir no a la atención necesitada.

Autorización previa

Necesita nuestra aprobación para que cubramos algunos servicios. Esto se denomina autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes de que usted reciba los servicios o antes de que nosotros paguemos por ellos. Muchos de estos servicios se detallan en la sección 7. Trabaje con su proveedor de

atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. En situaciones urgentes, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas después de la recepción de la solicitud de su médico. Si no obtiene nuestra autorización previa cuando sea necesaria, es posible que no se pague la factura. Sin embargo, si resulta que el servicio habría estado cubierto si se hubiera obtenido la autorización previa, no se denegará la cobertura. Las autorizaciones previas pueden solicitarse de forma retroactiva. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

En la mayoría de los casos, debe acudir a proveedores de la red del plan para recibir los servicios. Si necesita cubrir un servicio que no puede obtener de un proveedor de la red del plan, debe solicitar nuestra autorización previa para contratar a un proveedor fuera de la red. Hay algunas excepciones a esta regla:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnósticos de infertilidad, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y detección del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otras afecciones relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Para recibir estos servicios, puede elegir cualquier proveedor de atención médica, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar calificados, incluso si no son parte de nuestra red.
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del plan, debemos darle una autorización previa permanente para que usted acuda a un especialista calificado para cualquier de las siguientes condiciones:

- Una afección crónica (continua).
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre).
- Una enfermedad o discapacidad degenerativa.
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento con un especialista.

Si no obtiene nuestra autorización previa cuando sea necesaria, es posible que no se pague la factura. Sin embargo, si resulta que el servicio habría estado cubierto si se hubiera obtenido la autorización previa, no se denegará la cobertura. Las autorizaciones previas pueden solicitarse de forma retroactiva. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Si usted escoge un proveedor que ya no se encuentre en nuestra red de plan, debe elegir otro proveedor de la red de plan. Es posible que pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red del plan por un máximo de 120 días por los siguientes motivos:

- Una afección aguda.
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Un embarazo que supere los tres primeros meses (primer trimestre).
- Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto aplica a las discapacidades que duraron o se espera que duren, al menos, un año, o que posiblemente causen la muerte.

- Una afección discapacitante o crónica que esté en fase aguda

Si su proveedor de atención médica calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, es posible que durante el resto de su vida pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

En South Country Health Alliance, contamos con personal que puede ayudarle a decidir cuál es la mejor manera de aprovechar los servicios de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre cuestiones como dónde recibir servicios, cómo obtener las autorizaciones para los servicios o cuáles son las restricciones en los medicamentos recetados, podemos ayudarlo. Llámenos al 1-866-567-7242 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Esta llamada es gratuita. Si necesita asistencia lingüística para hablar sobre estas cuestiones, South Country Health Alliance puede brindarle información en su idioma mediante un intérprete. Para acceder a los servicios de lengua de señas, llame al 711 o al 1-800-627-3529. Para acceder a los servicios de asistencia en otros idiomas, llame al 1-866-567-7242. Estas llamadas son gratuitas.

Servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en el plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados o equipos médicos no estén cubiertos. Esto aplica incluso si estaban cubiertos anteriormente.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que se cubran. Lea con atención este Manual para Afiliados. En él, se enumeran muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las secciones 7 y 8.

Si bien algunos servicios no están cubiertos por el plan, es posible que estén cubiertos a través de otra fuente. Consulte la sección 9 para obtener más información. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Es posible que cubramos servicios adicionales o sustitutos bajo ciertas condiciones.

Nuestro equipo de gestión de uso revisa las solicitudes de cobertura de nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos. Este equipo está conformado por médicos y otros expertos en atención médica. Usan diversas pautas nacionales y evidencia médica y científica para decidir si South Country debería aprobar el nuevo equipo, procedimiento o medicamento.

Pagos a los proveedores

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que pague. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle directamente a usted. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, llame a Servicios para Afiliados. Si recibió una factura médica que debería haber sido cubierta, llame a Servicios para Afiliados.

Puede acceder a servicios médicos o suministros no cubiertos por el plan si acepta pagar por ellos. Los proveedores deben pedirle que firme un formulario en el que usted reconozca que será el responsable de pagar la factura. Los proveedores deben tener el formulario firmado antes de brindarle los servicios o suministros que no están cubiertos por el plan.

Consciencia cultural

Sabemos que sus creencias, su cultura y sus valores son importantes en su salud. Queremos ayudarlo a mantener una buena salud y una buena relación con su proveedor de atención médica calificado. Queremos asegurarnos de que reciba una atención que contemple su cultura.

Servicios de interpretación

Le brindaremos servicios de interpretación para ayudarlo a acceder a sus servicios. Esto incluye tanto intérpretes de idiomas hablados como intérpretes de lengua de señas estadounidense (ASL). Los servicios presenciales de intérpretes de idiomas hablados solo están cubiertos si el intérprete está incluido en la lista de intérpretes de atención médica para idiomas hablados del Departamento de Salud de Minnesota. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 para conocer a qué intérpretes puede acceder.

Otro seguro de salud

Si tiene otro seguro de salud o dental, díganos **antes** de recibir atención. Le haremos saber si debe usar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica de su otro seguro. En ese caso, lo coordinaremos con su otro plan de seguro. Si hay algún cambio en su otro seguro de salud o dental, dígale a un trabajador de su condado.

Si tiene Medicare, debe surtir la mayoría de sus medicamentos recetados por medio del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir estos servicios. El plan no paga por recetas que están cubiertas bajo el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare.

Información privada

Nosotros y los proveedores de atención médica que cuidan de usted tenemos derecho a recibir información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de Atención Médica de Minnesota, dio su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos la privacidad de esta información, conforme lo establece la ley.

Programa de Beneficiarios Restringidos

El Programa de Beneficiarios Restringidos (RRP) es para los afiliados que hayan usado los servicios de salud de forma indebida. Esto incluye recibir servicios de salud que no necesitaban, usarlos de maneras que cuesten más de lo que deberían o usarlos de formas que podrían ser peligrosas para la salud del afiliado. South Country Health Alliance notificará a los afiliados si son incluidos en el Programa de Beneficiarios Restringidos.

Si usted es parte del Programa de Beneficiarios Restringidos, debe recibir servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado en su área de negocios local, una única clínica, un único hospital donde trabaje el proveedor de atención médica primaria y una única farmacia. South Country Health Alliance puede designar a otros proveedores de atención médica. También se le puede asignar una agencia de atención médica en el hogar. No podrá recibir la asistencia con el cuidado personal, las opciones de uso flexible ni los servicios dirigidos al consumidor.

Estará restringido a los proveedores de atención médica designados durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota (MHCP). Todas las referencias a especialistas deben provenir de su proveedor de atención primaria y deben recibirse en el Programa de Beneficiarios Restringidos de South Country Health Alliance. Los beneficiarios restringidos no podrán pagar de su bolsillo para ver a un proveedor no designado que sea el mismo tipo de proveedor que el designado.

Permanecerá en este programa si cambia de plan de salud. También permanecerá en este programa si cambia al MHCP con cargo por servicio. No perderá la elegibilidad al MHCP por estar en el programa.

Cuando finalicen los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si siguió usando los servicios médicos de forma indebida, permanecerá en el programa durante 36 meses más de elegibilidad. Tiene derecho a apelar la incorporación en el Programa de beneficiarios restringidos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en nuestra notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que la restricción se implemente durante la apelación. Puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) después de recibir nuestra decisión de aplicar la restricción. Consulte la sección 13.

Cancelación

Su cobertura con nosotros será cancelada si usted no es elegible para Medical Assistance o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para Medical Assistance, es posible que sea elegible para comprar una cobertura de salud por medio de MNSure. Para recibir más información sobre MNSure, llame al 855-3MNSURE o al 855-366-7873, TTY, use el servicio de retransmisión que prefiera, o visite www.MNSure.org. Esta llamada es gratuita.

Sección 3. Declaración de derechos de los afiliados

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración por su privacidad.
- Recibir los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye emergencias.
- Ser informado sobre sus problemas de salud.
- Tener una charla abierta para obtener información acerca de opciones de tratamientos apropiados o médicamente necesarios para sus afecciones incluyendo cómo estos tratamientos le ayudarán o perjudicarán, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los afiliados
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Rechazar un tratamiento y obtener información sobre qué podría suceder si rechaza un tratamiento.
- Rechazar la atención de proveedores específicos.
- Saber que mantendremos la privacidad de sus registros, conforme lo establece la ley.
- Pedir y obtener una copia de su historial clínico. También tiene derecho a pedir que se corrijan los registros.
- Recibir avisos de nuestras decisiones si denegamos, reducimos o cancelamos un servicio, o si denegamos el pago de un servicio.
- Presentar un reclamo o una apelación ante nosotros. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también llamado “el Estado”). Debe apelar ante nosotros antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 15 días para decidir sobre su

apelación al plan y no hemos pedido una prórroga, no es necesario que espere a que le informemos nuestra decisión para solicitar una apelación estatal.

- Recibir una explicación clara de los servicios de atención en el hogar cubiertos.
- Brindar instrucciones escritas para informar a los demás sus deseos de atención médica. Esto se llama “directiva de atención médica”. Le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si usted no puede decidir o si quiere que alguien más decida por usted.
- Elegir dónde recibirá los servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y servicios de detección de sida y HIV.
- Obtener una segunda opinión de los servicios médicos, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias.
- Verse libre de limitaciones o aislamiento usados como forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar una copia escrita de este Manual para Afiliados al menos una vez por año.
- Recibir la siguiente información de nuestra parte, si lo solicita. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.
 - Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecte el uso de los servicios de referencias, y detalles sobre el plan si usamos uno.
 - Resultados de un estudio externo de revisión de calidad del estado.
 - Las licencias profesionales de los proveedores de atención médica.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
- Ejercer los derechos enumerados aquí.

Sección 4. Responsabilidades de los afiliados

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer este Manual para Afiliados y conocer qué servicios están cubiertos por el plan y cómo acceder a ellos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de afiliado del plan de salud y su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota siempre que reciba atención médica. Debe mostrar también las tarjetas de otras coberturas de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.
- Establecer una relación con un proveedor calificado de atención médica de la red del plan antes de enfermarse. Esto ayuda a usted y a su proveedor calificado de atención médica a entender su condición de salud en su totalidad.
- Brindar la información que le pida su proveedor de atención médica calificado y/o su plan de salud para que le puedan brindar la atención o los servicios correctos. Compartir información sobre sus antecedentes de salud.
- Trabajar con su proveedor de atención médica calificado para comprender su estado de salud general. Establecer metas de tratamiento acordadas mutuamente, siempre que sea posible. Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su médico. Si tiene preguntas sobre su atención, consulte a su proveedor de atención médica calificado.
- Saber qué hacer cuando se presenta un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda, y cómo prevenir problemas de salud.
- Practicar la atención médica preventiva. Hacerse las pruebas y los exámenes, y ponerse las vacunas recomendadas para usted según su edad y género.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1.

Sección 5. Tarjeta de identificación del afiliado del plan de salud

Todos los afiliados recibirán una tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Siempre lleve con usted la tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado del plan siempre que reciba atención médica.

Debe usar su tarjeta de identificación de afiliado del plan junto con su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota. Debe mostrar también las tarjetas de otras coberturas de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 inmediatamente si pierde o le roban su tarjeta de identificación de afiliado. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Llame a un trabajador de su condado si pierde o le roban su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota.

Esta es una tarjeta de identificación de afiliado del plan de muestra para que sepa cómo se ve:



South Country
HEALTH ALLIANCE

Name: **John Doe** DOB: **01/01/1989**
ID: **G1234567801** Issue Date: **01/01/2026**
PMI#: **12345678** Issuer: **80480**

Svc Type: Medical/Dental/Rx Medicaid RxPCN: 06180000
Care Type: SCHA PMAP Medicaid Rx BIN: 019595
Dental Netwk: MN Select Dental

www.mnscha.org

Authorization is not required for emergency care.

Member Services: 1-866-567-7242 TTY 1-800-627-3529 or 711
Dental: Delta Dental of MN 1-866-398-9419 TTY 711
24/7 Nurse Advice: 1-866-538-1226 TTY 1-877-777-6534

Plan Grievance & Appeals: 1-866-567-7242, or write SCHA, Grievance & Appeals
Dept. 6380 W Frontage Rd, Medford, MN 55049. **State Appeal:** DHS Appeals Unit,
PO Box 64941, St. Paul, MN 55164. **Ombudsperson:** 1-651-431-2260 (metro) or
1-800-657-3729 (greater MN) TTY 711.

Provider Services: Medical: 1-888-633-4055 Dental 1-866-398-9419
Medicaid Pharmacy: 1-866-935-8874
Medical claims to SCHA, Electronic Payer ID# 81600.
Dental claims to Delta Dental of Minnesota, PO Box 9120, Farmington Hills, MI 48333-9120

Sección 6. Costo compartido

Los costos compartidos son la cantidad que los afiliados del plan de salud pueden tener que pagar a sus proveedores por los servicios médicos o farmacéuticos. **No tendrá que compartir costos por los servicios cubiertos por nuestro plan.**

Copagos

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla:

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (por ejemplo, por dolor de garganta, control de la diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) brindadas por un médico, un asistente, personal de enfermería de práctica avanzada, enfermero obstétrico, quiropráctico, acupuntor, podólogo, audiólogo, oftalmólogo u optometrista.	\$0.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, endoscopia, artroscopia).	\$0.00
Visita a la sala de emergencias cuando no es una emergencia.	\$0.00
Recetas de medicamentos de marca.	\$0.00
Recetas de medicamentos genéricos.	\$0.00

Si tiene Medicare, debe surtir la mayoría de sus medicamentos recetados por medio del plan del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que se apliquen copagos diferentes sin límites mensuales en algunos de estos servicios. Si usted tiene un copago, debe abonar el copago directamente a su proveedor.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si tiene alguna pregunta.

Sección 7. Servicios cubiertos

Esta sección describe los servicios principales que están cubiertos por el plan para los afiliados de Medical Assistance. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1. Algunos servicios tienen limitaciones. Algunos servicios exigen una autorización previa. Si el servicio está marcado con un asterisco (*), esto significa que se necesita o podría necesitarse una autorización previa. Asegúrese de tener una autorización previa válida antes de recibir el servicio. Para acceder a la cobertura, todos los servicios de atención médica deben ser necesarios médicamente necesarios. Consulte la sección 2 para obtener más información sobre las autorizaciones previas. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si desea obtener más información.

Servicios de acupuntura

Servicios cubiertos:

- Los servicios de acupuntura se cubren cuando son ofrecidos por un acupunturista certificado o por otro profesional certificado de Minnesota que se haya capacitado en acupuntura y tenga las credenciales correspondientes.
- Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite una autorización previa si necesita unidades adicionales.*
- Los servicios de acupuntura se cubren para lo siguiente:
 - dolor agudo y crónico
 - depresión
 - ansiedad
 - esquizofrenia
 - síndrome de estrés postraumático
 - insomnio
 - asesoramiento para dejar de fumar

- síndrome de las piernas inquietas
- trastornos menstruales
- xerostomía (sequedad de la boca) asociada con lo siguiente:
 - síndrome de Sjögren
 - radioterapia
- náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - procedimientos posoperatorios
 - embarazo
 - tratamientos contra el cáncer

Controles para niños y adolescentes (C&TC)

Servicios cubiertos:

- C&TC ofrece visitas médicas y servicios dentales relacionados con la edad para niños, adolescentes y jóvenes menores de 21 años. Los servicios de este beneficio están cubiertos incluso si no se incluyen en la prestación para adultos. Los niños, adolescentes y jóvenes que reúnen los requisitos reciben la atención médica necesaria, en el momento oportuno y en el entorno más adecuado. Las visitas del C&TC son frecuentes para bebés y niños pequeños y al menos anuales para niños de 3 años o más.

Los menores deben ser atendidos a estas edades:

0 a 1 mes	12 meses
2 meses	15 meses
4 meses	18 meses
6 meses	30 meses
9 meses	3 años y cada año hasta los 21 años de edad

Estas revisiones periódicas ofrecen la oportunidad de controlar el crecimiento y el desarrollo, proporcionar vacunas, detectar posibles inconvenientes y tratarlos para evitar problemas mayores. En este formulario puede consultar las pruebas de detección que se realizan en cada visita médica relacionada con la edad: [Minnesota C&TC Schedule of Age-Related Screening Standards](https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/public/DHS-3379-ENG) (https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/public/DHS-3379-ENG). Es importante mantener la salud de los niños para aumentar las posibilidades de que crezcan y se conviertan en adultos saludables.

Qué está cubierto

Los Programas de Atención Médica de Minnesota (MHCP) cubren sin costo cada revisión preventiva según la edad del menor y todas las evaluaciones requeridas en cada consulta, de acuerdo con el calendario [Minnesota C&TC Schedule of Age-Related Screening Standards](https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/public/DHS-3379-ENG) (https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/public/DHS-3379-ENG)

Esto incluye:

- examen físico exhaustivo
- vacunas y pruebas de laboratorio según sea necesario
- controles del desarrollo y el crecimiento

- historial médico, incluida la nutrición
- educación sobre la salud
- controles de la audición y la visión
- información sobre la buena salud física y mental
- tiempo para realizar preguntas y obtener respuestas sobre la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño y para hablar sobre el aprendizaje, los sentimientos, las relaciones, la crianza y el bienestar de los cuidadores
- barniz de flúor para mantener la salud de los dientes y remisiones al dentista

Notas:

Si es necesario, se pueden cubrir más revisiones. Los niños que vivan fuera del hogar o en hogares de acogida deben recibir estos servicios con más frecuencia.

Estas revisiones son útiles para el ingreso a la guardería y Head Start y deben combinarse con los requisitos de los exámenes físicos deportivos de Minnesota State High School League. Asegúrese de llevar a la cita los formularios que su médico debe completar.

Desde los 11 años, las visitas pueden incluir entrevistas individuales entre el paciente y el proveedor. Esto les permite a los adolescentes y jóvenes adultos realizar preguntas en privado y aprender a cuidar de su propia salud.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para programar sus visitas de salud preventiva de C&TC.

Atención quiropráctica (para afiliados menores de 21 años)

Servicios Cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario.
- Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral hasta 24 tratamientos por año calendario, limitado a seis por mes. Los tratamientos que excedan los 24 por año calendario o los seis por mes requerirán una autorización previa.
- Radiografías, cuando sean necesarias para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral

Servicios no cubiertos:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico.

Servicios dentales

IMPORTANTE: Esta no es una lista exhaustiva. No se garantiza una cobertura específica.

Pueden aplicarse límites de servicio a los servicios listados en la sección de servicios dentales. Algunos servicios pueden o no requerir autorización previa por necesidad médica. Para obtener más información sobre estos servicios, contacte a Servicios para Afiliados.

Servicios Cubiertos:

- Servicios de diagnóstico:
 - examen y evaluación oral
 - servicios de diagnóstico por imágenes, que incluyen los siguientes servicios:
 - radiografía interproximal
 - radiografía simple para el diagnóstico de problemas
 - panorámica
 - radiografías de la boca completa
- Servicios preventivos:

- tratamiento para caries
- limpieza o limpiezas dentales
- barniz de flúor
- selladores
- instrucciones sobre la higiene oral
- Servicios de restauración:
 - empastes
 - empaste calmante para el alivio del dolor
 - coronas individuales, limitadas a la resina* y al acero inoxidable.
- Endodoncia (endodoncias)
 - otros procedimientos de endodoncia
- Periodoncia:
 - eliminación importante de placa y sarro (desbridamiento de la boca completa)
 - raspado del sarro y alisado radicular*
 - procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (por dos años luego del raspado del sarro y alisado radicular)
- Prostodoncia:
 - prótesis extraíbles (dentaduras completas, parciales, sobredentadura) (una prótesis cada tres años por arco dental)
 - ajustes, modificaciones, revestimientos, rebasado y reparaciones de las prótesis extraíbles (dentaduras completas y parciales)
 - reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas que no puedan repararse en ciertas circunstancias*
 - reemplazo de prótesis parciales si la existente no puede modificarse para cubrir las necesidades dentales*
 - recubrimiento para acondicionamiento del tejido
 - ajustes de precisión y reparaciones
- Cirugía oral
 - Extracción de dientes
 - extracción de muelas de juicio* (con autorización previa).
- Ortodoncia con autorización previa*
- Servicios dentales generales adicionales:
 - tratamiento de emergencia por dolor
 - anestesia general, sedación profunda
 - Instalaciones de cuidados prolongados y visitas a domicilios en ciertos entornos institucionales, que incluyen hogares de cuidado residencial, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento prolongado de Minnesota (METO), centros de enfermería, programas escolares o de Head Start y camas adaptables (una cama de un centro de enfermería en un hospital);
 - gestión de la conducta cuando sea necesario para garantizar que el servicio dental cubierto se brinde de forma segura
 - óxido nitroso
 - ajustes de la mordida

- sedantes orales o por vía intravenosa

Notas:

Si elige recibir beneficios dentales de un centro de atención calificado a nivel federal (FQHC) o en una clínica dental de gestión estatal, tendrá los mismos beneficios a los que accede con Medical Assistance.

Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no requeriremos que complete el plan de tratamiento para pagar al proveedor por los servicios recibidos.

Si usted es nuevo en nuestro plan de salud y ya inició un plan de tratamiento de servicio dental (p. ej., ortodoncia), comuníquese con nosotros para la coordinación de la atención.

Consulte la sección 1 para obtener la información de contacto de los Servicios dentales.

Servicios de diagnóstico

Servicios cubiertos:

- Análisis de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico solicitadas por su proveedor de atención médica calificado

Notas:

Los exámenes de diagnóstico están cubiertos si cumplen con los criterios de Medicare o de nuestra cobertura y el examen es necesario por motivos médicos. No todos los exámenes serán cubiertos.

Los servicios pueden proporcionarse en un consultorio médico, en un entorno clínico, en un hospital ambulatorio, en un laboratorio independiente o en un entorno de radiología.

Servicios médicos y otros servicios de salud

Servicios cubiertos:

- Las visitas médicas incluyen:
 - inmunoterapia por alergias y pruebas de alergias
 - atención para personas embarazadas
 - planificación familiar **servicio de acceso abierto**
 - análisis de laboratorio y radiografías
 - exámenes físicos
 - exámenes preventivos
 - visitas preventivas al consultorio
 - especialistas
 - consulta por telemedicina
 - vacunas y medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de atención médica calificado
 - visitas por enfermedades o lesiones
 - visitas en el hospital o en un hogar para ancianos y convalecientes
- Servicio de enfermería de práctica avanzada: servicios provistos por un enfermero especializado, un enfermero anestesista, un enfermero obstétrico o un especialista en enfermería clínica.
- Hogar de salud conductual: coordinación de atención primaria, servicios de salud mental y servicios sociales.
- Sangre y hemoderivados.
- Cobertura para pruebas clínicas: atención de rutina 1) que se brinda como parte del tratamiento del protocolo de un ensayo clínico, 2) es usual, habitual y apropiada para su

- afección y 3) en general, se ofrece fuera de un ensayo clínico. Esto incluye servicios y elementos necesarios para el tratamiento de los efectos y las complicaciones del tratamiento del protocolo.
- Evaluaciones para detección de cáncer (incluye mamografías, papanicolaou, evaluaciones para detectar cáncer de próstata, cáncer colorrectal).
 - Servicios clínicos.
 - Coordinación de la atención con un agente de salud comunitario y servicios de educación para el paciente.
 - Servicios de técnicos en emergencias médicas de la comunidad (CMET)
 - visitas de alta posteriores a la hospitalización/estadía en un hogar para ancianos y convalecientes, solicitadas por su proveedor de atención primaria
 - visitas de evaluación de la seguridad solicitadas por su proveedor o médico de atención primaria (PCP)
 - Servicios de paramédicos comunitarios: ciertos servicios están a cargo de los paramédicos de la comunidad. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir:
 - evaluaciones de salud
 - control de enfermedades crónicas y educación
 - ayuda con medicamentos
 - inmunizaciones y vacunas
 - recolección de muestras para laboratorio
 - atención de seguimiento después de haber recibido tratamiento en un hospital
 - otros procedimientos médicos menores
 - Asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**.
 - Servicios de refuerzo de atención del asma (para los afiliados elegibles menores de 21 años diagnosticados con asma mal controlada, cuando se cumplan criterios específicos)
 - visitas al hogar para determinar si hay desencadenantes de ataques de asma en el hogar del afiliado
 - Deben estar a cargo de un especialista en salud ambiental registrado, un especialista en hogares saludables o un evaluador del riesgo de plomo. Su agencia de salud pública local puede ayudarle a encontrar uno de estos profesionales de atención médica para que lo asista, o bien puede comunicarse con Servicios para Afiliados.
 - Servicios de atención médica en el hogar: coordinación de la atención para afiliados con necesidades de atención de salud complejas o crónicas.
 - Educación y asesoramiento sobre la salud (por ejemplo, cómo dejar de fumar, asesoramiento sobre nutrición, educación sobre la diabetes).
 - Coordinación del Servicio de Extensión Comunitaria del Hospital (Hospital In-Reach Community-Based Service, IRSC): coordinación de servicios que buscan reducir el uso de la sala de emergencias (ER) del hospital en ciertas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales y económicas, entre otras, para que los afiliados reduzcan el uso de la ER y otros servicios de atención médica.
 - Inmunizaciones.
 - Servicios de podología (desbridamiento de las uñas de los pies, callos infectados y durezas y otros cuidados no rutinarios de los pies).
 - Terapia respiratoria.

- Servicios de un enfermero de salud pública certificado o un enfermero registrado que ejerza en una clínica de enfermería de salud pública de una unidad gubernamental.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento de ETS: **servicio de acceso abierto**
- Gestión de la atención de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos.

Servicios no cubiertos:

- Métodos artificiales para lograr un embarazo (inseminación artificial, lo que incluye fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados).

Servicios de intervención temprana intensiva para el desarrollo y la conducta (EIDBI)*, para afiliados menores a 21 años.

El objetivo del beneficio de la EIDBI es ofrecer una intervención necesaria por motivos médicos, temprana e intensiva para personas con un trastorno del espectro autista (ASD) y afecciones relacionadas. Las familias pueden obtener más información sobre los servicios EIDBI con la capacitación en línea [EIDBI 101](#)

(https://pathlore.dhs.mn.gov/Courseware/DisabilityServices/EIDBI/EIDBI101_F/index.html).

La [carta de bienvenida de EIDBI para cuidadores](#) (https://mn.gov/autism/assets/EIDBI-welcome-parent-letter_tcm1070-538390.pdf) proporciona más información sobre el programa una vez que una familia comienza a recibir los servicios.

Las familias pueden obtener más información sobre el autismo y acceder a recursos y a apoyo visitando la página [Minnesota Autism Resource Portal](#) (<https://mn.gov/autism/>).

El beneficio tiene los siguientes objetivos:

- Educar, capacitar y apoyar a los padres y las familias
- Promover la independencia de las personas y la participación en la vida familiar, escolar y comunitaria
- Mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida para las personas y sus familias.

Los servicios de la EIDBI están a cargo de proveedores inscritos con experiencia en las [modalidades de tratamiento](#) aprobadas, que incluyen:

- Análisis conductual aplicado (ABA)
- Modelo basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones (DIR)/Floortime
- Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM)
- Intervención para el desarrollo de relaciones (RDI)

(<https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI-TreatmentModalities>)

Servicios cubiertos:

- La [Evaluación multidisciplinaria exhaustiva](#) (CMDE), necesaria para determinar la elegibilidad y la necesidad médica para los servicios de la EIDBI (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195210)

- [Desarrollo del plan de tratamiento individual \(ITP\)](#) (inicial)
 - Desarrollo y monitoreo del progreso del plan de tratamiento individual (ITP) (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195402)
- [Intervención directa](#): individual, grupal* o de mayor intensidad (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195212)
- [Observación y dirección*](#) (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195401)
- [Capacitación y asesoramiento para familias y cuidadores](#): individual o grupal* (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195340)
- [Conferencia de atención coordinada](#) (https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS16_195209)
- Tiempo de viaje

Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización

Servicios cubiertos:

- Servicios en la sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización.
- Ambulancia (por aire o tierra, incluye transporte acuático).

Servicios no cubiertos:

Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica prestados, o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.).

No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento inmediato, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y pídale que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

En todos los demás casos, llame a su proveedor de atención médica calificado, si es posible. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana, para recibir instrucciones sobre qué hacer.

Si está fuera de la ciudad, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y pídale que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

Debe llamar a su clínica de atención primaria o a Servicios para Afiliados dentro de las 48 horas o tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia en un hospital que no sea parte de la red del plan.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico: **servicio de acceso abierto.**
- Pruebas diagnósticas y de laboratorio para planificación familiar: **servicio de acceso abierto.**

- Métodos para la planificación familiar (por ejemplo, pastillas anticonceptivas, parches, anillos, dispositivos intrauterinos [DIU], inyecciones e implantes): **servicio de acceso abierto**.
- Suministros para la planificación familiar recetados (por ejemplo, condones, esponjas, espuma, diafragma, capuchón cervical): **servicio de acceso abierto**.
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, que incluyen los servicios relacionados: **servicio de acceso abierto**.
- Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan. Nota: Este servicio no incluye métodos artificiales para lograr un embarazo.
- Asesoramiento y pruebas de detección de ETS, sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**.
- Tratamiento de ETS: **servicio de acceso abierto**.
- Esterilización voluntaria: **servicio de acceso abierto**.
Nota: Debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético: **servicio de acceso abierto**.
- Pruebas genéticas*: **NO** son un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.

Servicios no cubiertos:

- Métodos artificiales para lograr un embarazo (inseminación artificial, que incluye fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados).
- Métodos para revertir la esterilización voluntaria.
- Esterilización de una persona bajo custodia o tutela legal.

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para recibir **servicios de acceso abierto**, incluso si no forman parte de la red del plan.

Aparatos auditivos

Servicios cubiertos:

- Baterías para aparatos auditivos
- Aparatos auditivos*
- Reparación y reemplazo* de aparatos auditivos por desgaste normal, con límites*

Servicios de atención en el hogar

Servicios cubiertos:

- Visita de enfermeros especializados
- Terapias de rehabilitación para restablecer las funciones corporales (por ejemplo, terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria)
- Visita de un asistente de salud a domicilio

Centro de cuidados paliativos

Servicios cubiertos:

Los beneficios del centro de cuidados paliativos incluyen cobertura para los siguientes servicios, cuando se brinden directamente como respuesta a la enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios médicos sociales
- Consejería
- Suministros y equipos médicos
- Medicamentos ambulatorios para controlar los síntomas y el dolor
- Asesoramiento nutricional y otros
- Cuidados hospitalarios a corto plazo
- Atención de relevo
- Servicios de asistente de salud a domicilio y tareas domésticas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Voluntarios
- Otros elementos y servicios incluidos en el plan de atención que, en otras circunstancias, serían servicios médicos cubiertos

Notas:

Los afiliados de 21 años o menos pueden recibir tratamiento para su afección terminal además de los servicios del centro de cuidados paliativos.

Elección de Medicare

Debe elegir los beneficios del centro de cuidados paliativos para recibir dichos servicios.

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medical Assistance y elige un centro de cuidados paliativos, debe elegir la atención de cuidados paliativos de Medicare junto con la atención de Medical Assistance para la atención de cuidados paliativos. Las pautas federales le prohíben elegir la atención en un centro de cuidados paliativos por medio de un programa y no del otro si usted es elegible para ambos.

Si le interesan los servicios del centro de cuidados paliativos, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1.

Internación en el hospital

Servicios cubiertos:

Los servicios de hospitalización en un hospital están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye:

- Estadía de hospitalización
- Habitación semiprivada y comidas
- Habitación privada cuando sea médicamente necesaria
- Pruebas y radiografías
- Cirugía*
- Medicamentos
- Suministros médicos
- Servicios profesionales

- Servicios de terapia (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia respiratoria).

Servicios no cubiertos:

- Artículos para comodidad personal, como televisión, teléfono, servicio de peluquería o belleza, servicios para invitados
- Los cargos relacionados con la atención en el hospital para servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía estética no están cubiertos, salvo que se determine que son necesarios por motivos médicos mediante el proceso de revisión médica.

Notas:

Para información adicional sobre los diferentes tipos de admisiones de hospitalización incluyendo hospitalización por salud mental o trastorno por uso de sustancias (SUD), consulte esas secciones específicas en este manual para afiliados.

Es posible que la atención que no sea de emergencia recibida en un hospital requiera una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 si desea obtener más información.

Servicios ambulatorios en el hospital

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia para afecciones que no son tan graves como una emergencia.
- Centro quirúrgico ambulatorio*.
- Pruebas y radiografías.
- Diálisis.
- Servicios en la sala de emergencias.
- Atención posterior a la estabilización.
- Servicios de observación: si no lo admiten como paciente interno en el hospital, puede ingresar en estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión en el hospital o el alta médica. Los servicios de observación se cubren por un máximo de 48 horas. South Country Health Alliance considerará servicios de observación de hasta 72 horas en circunstancias inusuales cuando se presente documentación adicional.

Notas:

Es posible que la atención que no sea de emergencia recibida en un hospital requiera una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece en la sección 1 si desea obtener más información.

Servicios de interpretación

Servicios cubiertos:

- Servicios de interpretación de idiomas hablados
- Servicios de interpretación de lengua de señas

Notas:

Los servicios de interpretación están disponibles para ayudarle a acceder a los servicios cubiertos.

Consulte los Servicios de interpretación en la sección 1 para acceder a la información de contacto y conocer a qué intérpretes puede acceder.

Suministros y equipos médicos

Servicios cubiertos:

- Prótesis y órtesis*.
- Equipos médicos duraderos* (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, caminadores, muletas, andadores, equipos para bañera e inodoro y pelucas para personas que pierdan el cabello por una afección médica). Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información sobre la cobertura y los límites del beneficio de las pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos*.
- Baterías para equipos médicos.
- Algunos zapatos, incluidos los zapatos terapéuticos apilados cuando se cumplen criterios específicos y cuando están moldeados a medida o forman parte de un aparato ortopédico para la pierna*.
- Oxígeno y equipos de oxígeno.
- Dispositivos de limpieza de las vías respiratorias.
- Dispositivos eléctricos de estimulación.
- Suministros médicos que necesite para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad.
- Equipos y suministros para diabéticos.
- Productos nutricionales o enterales* cuando se cumplan criterios específicos.
- Productos para tratar la incontinencia.
- Suministros para planificación familiar: **servicio de acceso abierto**. (Consulte Servicios de planificación familiar en esta sección).
- Dispositivos de comunicación aumentativa*, incluidas las tabletas electrónicas.
- Productos para la reducción de alérgenos (para los afiliados elegibles menores de 21 años diagnosticados con asma mal controlada).
- Dispositivos de detección de convulsiones.

Servicios no cubiertos:

- Modificaciones constructivas en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, incluidas las barras de agarre en los baños.
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores), salvo que estén cubiertos como productos para la reducción de alérgenos para afiliados elegibles.
- Equipos para ejercicio.

Notas:

Necesitará acudir a su proveedor de atención médica calificado y pedir una receta para que se cubran los equipos médicos y los suministros.

Llame al número de teléfono de los criterios de cobertura de los equipos médicos duraderos en la sección 1 si necesita más información sobre nuestros criterios de cobertura de los equipos médicos duraderos.

Servicios de salud mental

Servicios cubiertos:

- Clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC).
- Servicios intensivos de salud conductual para niños (CIBHS) (para afiliados menores de 21 años).
- Consulta de atención clínica.

- Servicios de respuesta ante crisis que incluyen:
 - detección
 - evaluación
 - intervención
 - estabilización, incluida la estabilización residencial
 - intervención comunitaria (para afiliados de 18 años o más)
- Evaluaciones diagnósticas, que incluyen las evaluaciones para detección de enfermedades mentales simultáneas y trastornos por consumo de sustancias.
- Programa ambulatorio intensivo de terapia conductual dialéctica (DBT IOP)* (para afiliados adultos de 18 años o más y afiliados adolescentes de entre 12 y 17 años que cumplan con ciertos criterios).
- Tratamiento comunitario asertivo forense (FACT) (para afiliados de 18 años o más).
- Hospitalización en un hospital psiquiátrico, incluida la estadía de hospitalización extendida en un hospital psiquiátrico.
- Tiempo de traslado del proveedor de salud mental.
- Gestión de casos específicos de salud mental (MH-TCM).
- Servicios de salud mental ambulatorios, incluidos:
 - Explicación de los hallazgos
 - Servicios de psicoeducación familiar (para los afiliados menores de 21 años)
 - Gestión de medicamentos para la salud mental
 - Servicios neuropsicológicos
 - Psicoterapia (paciente y/o familia, familia, crisis y grupo)
 - Pruebas psicológicas
- Servicios de médicos de salud mental, incluidos:
 - Evaluación/intervención de la salud y la conducta
 - Visitas hospitalarias
 - Consultas psiquiátricas con proveedores de atención primaria.
 - Consulta médica, evaluación, y manejo
- Servicios de rehabilitación de salud mental, incluidos:
 - Tratamiento comunitario asertivo (ACT) (para afiliados de 18 años o más).
 - Tratamiento diurno para adultos (para los afiliados de 18 años o más)
 - Los Servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (ARMHS) están disponibles para los afiliados de 18 años o más.
 - Especialistas certificados en apoyo familiar (para los afiliados menores de 21 años).
 - Especialista certificado de apoyo (CPS) en situaciones limitadas.
 - Servicios de tratamiento residencial de la salud mental para niños* (para afiliados menores de 21 años).
 - Servicios y apoyo terapéuticos para niños (CTSS), incluido el tratamiento diurno para niños (para los afiliados menores de 21 años).
 - Servicios de psicoeducación familiar (para los afiliados menores de 21 años).
 - Servicios de cuidado de acogida con tratamiento intensivo (para los afiliados menores de 21 años).
 - Programa de hospitalización parcial (PHP)*.
 - Servicios intensivos de rehabilitación en salud mental (IRMHS) y tratamiento comunitario asertivo para jóvenes (Youth ACT): servicios intensivos de rehabilitación de salud mental no residenciales (para los afiliados de entre 8 y 20 años).

- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF)* para afiliados menores de 21 años en el momento del ingreso. Sin embargo, los servicios continuarán hasta que la persona cumpla los criterios de alta o alcance los 22 años de edad, lo que suceda primero.
- Telemedicina.

Servicios no cubiertos:

- Terapia de reorientación sexual.

Los siguientes servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles por medio de su condado. Llame a su condado para solicitar más información. También puede consultar la sección 9.

- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Tratamiento y servicios de alojamiento y comida en algunos centros de tratamiento de salud mental residenciales para niños en estados limítrofes

Notas:

Consulte Servicios de salud mental en la sección 1 para tener información de a dónde debe llamar o escribir.

Acuda a un proveedor de la red del plan para servicios de salud mental.

Si decidimos que no es necesario un tratamiento de salud mental estructurado, puede buscar una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle que acuda a cualquier profesional de salud calificado que no forme parte de la red del plan. Pagaremos esta consulta. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con ella. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos la necesidad médica para los servicios de salud mental por orden judicial. Acuda a un proveedor de la red del plan para la evaluación de salud mental por orden judicial.

Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN)

Servicios cubiertos:

- Atención prenatal, de parto y posparto.
- Clases de preparación para el parto.
- Servicios hospitalarios para recién nacidos.
- Asesoramiento y detección de VIH en personas embarazadas: **servicio de acceso abierto.**
- Tratamiento para personas embarazadas infectadas por el HIV.
- Tratamiento para recién nacidos de padres infectados por el HIV.
- Pruebas y tratamiento de ETS: **servicio de acceso abierto.**
- Servicios relacionados con el embarazo que se prestan en el contexto de un aborto (*no incluye los servicios directamente relacionados con el aborto, que están cubiertos por el Estado y se facturan directamente a MHCP*).
- Servicios de doula por una doula certificada.
- Servicios brindados por un profesional de la salud con licencia en centros de parto con licencia, incluyendo los servicios de enfermeros certificados y parteras tradicionales con licencia.

- Los partos planificados en casa están cubiertos para personas con bajo riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto.
 - Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes (que pueden realizarse en el domicilio cuando el equipamiento y las condiciones del embarazo lo permitan):
 - visita de atención prenatal;
 - servicios de laboratorio;
 - ecografías;
 - partos de bajo riesgo (cuando no hay preocupación por posibles complicaciones);
 - visitas posparto;
 - servicios de atención al recién nacido.
 - Las condiciones que impiden la cobertura de un parto en casa incluyen, entre otras, las siguientes:
 - diabetes que requiere el uso de insulina;
 - presión arterial alta que continúa durante el embarazo;
 - cualquier preocupación sobre la salud o el desarrollo del bebé mientras está en el útero;
 - tener más de un bebé (gemelos y otros tipos de embarazos múltiples);
 - cesárea previa;
 - tener otro diagnóstico o complicación que se considere de alto riesgo según el proveedor de atención médica calificado.
- **DelfinaCare:** el programa de salud materna DelfinaCare de South Country es un programa educativo voluntario que apoya las diversas necesidades de las afiliadas embarazadas desde su primer trimestre de embarazo hasta los 12 meses posparto. Los afiliados pueden acceder a contenido educativo y apoyo personalizado usando una aplicación de gestión integral de atención en un dispositivo móvil tal como un teléfono celular o tableta. Este programa opcional complementa la atención tradicional en persona con guías (doulas) y proveedores especializados en embarazo, como profesionales de salud mental y dietistas registrados. Para más información comunicarse con Servicios para Afiliados o su agencia pública de salud local.

Servicios no cubiertos:

- **Abortos:** este servicio no está cubierto en el plan, lo cubre el estado y se factura directamente a MHCP. Llame a Apoyo para Consumidores de Atención Médica (HCCS) de DHS al 651-297-3862 o 800-657-3672 o al 711 (TTY) o use sus servicios de retransmisión de preferencia. También puede consultar la sección 9. Esta llamada es gratuita.

Notas:

Tiene “acceso directo” a los proveedores obstetras-ginecológicos sin derivación para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, que incluye los exámenes de seguimiento que su médico considere necesarios, atención de maternidad, evaluación y tratamiento de afecciones o emergencias ginecológicas. Para acceder a los servicios de acceso directo, debe acudir a un proveedor de la red del plan. En el caso de los servicios catalogados como de **acceso abierto**, puede acudir a cualquier clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar que sea un proveedor de atención médica calificado.

DelfinaCare: los afiliados no están obligados a usar este servicio. Si decide utilizar este servicio, usted conservará todos sus derechos. Su plan de salud no puede negarle el acceso a ningún servicio solo porque se le haya ofrecido, lo esté utilizando o lo haya utilizado anteriormente.

Servicios oculares

Servicios cubiertos:

- Exámenes oculares.
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios (la elección del marco puede ser limitada).
- Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios.
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño irreparable.
- Reparación de marcos y lentes para anteojos cubiertos por el plan.
- Lentes tintados, fotocromáticos (por ejemplo, lentes Transition®) o polarizados, cuando sean necesarios por motivos médicos*.
- Lentes de contacto, cuando sean necesarios por motivos médicos*.

Servicios no cubiertos:

- Par de anteojos adicional.
- Lentes progresivos bifocales/trifocales (sin líneas).
- Recubrimiento protector para lentes de plástico.
- Suministros para lentes de contacto.

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que necesite cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los afiliados deben preguntar al proveedor si acepta South Country Health Alliance y deben tener en cuenta que se puede requerir una autorización previa para los servicios médicos que no sean emergencias. Llame a Servicios para Afiliados para saber si hay un proveedor de la red cerca de donde usted se encuentra.
- Un servicio que necesita después de mudarse de nuestra área de servicio mientras aún es un afiliado del plan.
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento inmediato.
- Atención posterior a la estabilización.
- Atención de urgencia médicamente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 lo antes posible).
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del plan*.

Servicios no cubiertos:

- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica o elementos brindados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Si necesita acudir a una farmacia cuando esté fuera del área de servicio del plan, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece en la sección 1 antes de pagar por un medicamento recetado o uno de venta libre, incluso si el medicamento está en nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (formulario). No podemos reembolsarle lo que pague.

Servicios fuera de la red*

Servicios cubiertos:

- Ciertos servicios que necesita y que no puede obtener de un proveedor de la red del plan.
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento inmediato.
- Atención posterior a la estabilización.
- Una segunda opinión para salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
- Servicios de acceso abierto.
- Servicios relacionados con el embarazo que se prestan en el contexto de un *aborto* (*no incluye los servicios directamente relacionados con el aborto, que se facturan a MHCP*).
- Un servicio que no es de emergencia médica y que usted necesita cuando se encuentra temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan, que un proveedor de la red receta o recetó, recomendó, o está brindando actualmente.
- Servicios relacionados al diagnóstico, monitoreo, y tratamiento de una enfermedad o afección rara.

Notas:

Algunas veces los afiliados necesitan ver a un tipo de doctor muy especializado. Trabajaremos con su proveedor de atención médica calificado para asegurarnos de que acuda al especialista o servicio cuando lo necesite, por el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es un proveedor de la red actualmente. No hay costo para usted cuando autorizamos la atención o el servicio antes de que vea al proveedor.

Medicamentos recetados (para afiliados que NO tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Medicamentos recetados
- Servicios de administración de terapia con medicamentos (MTM).
- Ciertos medicamentos de venta libre (cuando los receta un proveedor de atención médica calificado con autoridad para recetar).

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos usados para tratar la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos usados con propósitos estéticos, incluidos aquellos para tratar la pérdida de cabello.
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal.
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados ni autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Cannabis medicinal.

Notas:

La *lista de medicamentos cubiertos* (formulario) incluye los medicamentos recetados que cubre South Country Health Alliance. El plan selecciona los medicamentos de la lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe ser similar a la que cubre Medical Assistance con cargo por servicio. También debe incluir los medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

Además de los medicamentos que cubre South Country Health Alliance, algunos de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medical Assistance. Puede buscar los medicamentos recetados con nuestra herramienta de búsqueda en línea en www.mnscha.org. También hay una *lista de medicamentos cubiertos* (formulario) publicada en el sitio web. Puede llamar a Servicios para Afiliados y pedir una copia escrita de nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (formulario).

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal para un máximo de 90 días. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa (PA):** South Country Health Alliance requiere que usted o su proveedor de atención médica obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de South Country Health Alliance antes de surtir sus medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que South Country Health Alliance no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL):** para ciertos medicamentos, South Country Health Alliance limita la cantidad que cubre.
- **Preferidos o no preferidos(P/NP):** para algunos grupos de medicamentos, South Country Health Alliance requiere que pruebe los medicamentos preferidos antes de pagar por los no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica deberá obtener una autorización previa.
- **Requisitos de edad:** en algunos casos, hay requisitos de edad para acceder a ciertos medicamentos. Según su edad y el medicamento específico recetado, podría necesitar una autorización previa.
- **Medicamentos de marca:** South Country Health Alliance solo cubrirá la versión de marca del medicamento cuando:
 1. quien emite la receta informa por escrito a South Country Health Alliance que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; o
 2. South Country Health Alliance prefiere brindar la versión de marca en lugar de la versión genérica del medicamento; o
 3. la ley de Minnesota exige que se brinde la versión de marca del medicamento

Para saber si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, es preferido o no preferido o tiene requisitos de edad, comuníquese con Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web www.mnscha.org. Se puede eliminar una restricción o límite en un medicamento si su médico presenta una declaración o documentación que respalde el pedido. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos comunicándose con Servicios para Afiliados o visitando nuestro sitio web www.mnscha.org.

Si South Country Health Alliance cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad y/u otras restricciones en un medicamento que usted está tomando actualmente, South Country Health Alliance notificará a usted y a su médico sobre el cambio al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cubriremos los medicamentos no incluidos en el formulario si el proveedor de atención médica calificado demuestra lo siguiente: 1) el medicamento que suele cubrirse le ha causado una reacción perjudicial; 2) hay motivos para creer que el medicamento que suele cubrirse podría causarle una reacción perjudicial; o 3) el medicamento recetado por su proveedor de atención médica calificado es

más efectivo para usted que el que suele cubrirse. El medicamento debe ser de una clase de medicamento cubierta.

Cubriremos medicamentos antipsicóticos, incluso si no están en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que es lo mejor para usted. No se aplican copagos a los medicamentos antipsicóticos. En ciertos casos, también cubriremos otros medicamentos que se usan para tratar enfermedades mentales, incluso si no están en nuestra lista de medicamentos aprobados. Lo haremos durante un año como máximo si su proveedor certifica que el medicamento es la mejor opción para usted y que ya fue tratado con el medicamento durante 90 días antes de lo siguiente: 1) eliminemos el medicamento de nuestra lista o 2) se inscriba en el plan.

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros están disponibles en cantidades para un máximo de 34 días. Ciertos medicamentos que toma de forma habitual para tratar una afección crónica o a largo plazo están disponibles en un suministro de hasta 90 días y se identifican en la *lista de medicamentos cubiertos* de South Country Health Alliance como suministro con extensión de (90 días) **EDS**.

Si South Country Health Alliance no cubre su medicamento o aplica restricciones o límites en el medicamento, y usted considera que eso no funcionará en su caso, puede hacer lo siguiente:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si existe otro medicamento cubierto que funcione en su caso.
- Usted y/o su proveedor de atención médica pueden solicitar a South Country Health Alliance que haga una “excepción” y cubra el medicamento para usted o quite las restricciones o límites. Si se aprueba su solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al nivel de copago del medicamento de marca o genérico correspondiente.

El medicamento debe figurar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario). Si su proveedor de atención médica calificado receta un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, el plan puede denegarlos u ofrecer otro del formulario que funcione de la misma manera. En el caso de las recetas de medicamentos fuera del formulario, el médico recetador debe comunicarse con el Departamento de Asistencia de Farmacia al 1-866-935-8874 (llamada gratuita) para obtener excepciones médicas para el medicamento.

Si el personal de farmacia le informa que el medicamento no está cubierto y debe pagarlo, pídales que llamen a su proveedor de atención médica calificado. No podemos reembolsarle lo que pague. Es posible que haya otro medicamento que funcione y que cubramos con el plan. Si la farmacia no llama a su proveedor de atención médica calificado, puede hacerlo usted. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si necesita ayuda.

Si el personal de la farmacia le informa que la farmacia está fuera de la red, contacte a Servicios para Afiliados.

Las personas con enfermedades complejas o crónicas utilizan medicamentos de especialidad. Estos medicamentos suelen requerir una manipulación, preparación o control especial a cargo de un farmacéutico especializado. La farmacia de especialidad solo es necesaria si el medicamento de especialidad recetado se usa para tratar fibrosis quística, hemofilia, hepatitis C, esclerosis múltiple, afecciones oncológicas o artritis reumatoide.

Si le recetan un medicamento que está en la lista de medicamentos de especialidad de South Country Health Alliance, su médico deberá enviar la receta de ese medicamento de especialidad a la Farmacia de Especialidad de South Country Health Alliance.

- Nombre de la farmacia de especialidad: AcariaHealth
- Número de teléfono y TTY: 1-800-511-5144 o 711

- Fax: 1-877-541-1503
- Horarios de atención:
 - Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m. CST
 - Sábados de 8:00 a. m. a 2:00 p. m. CST
 - Servicio fuera del horario de atención: AcariaHealth cuenta con servicio de guardia fuera del horario de atención, por lo que los pacientes pueden comunicarse con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año
- <https://acariahealth.envolvehealth.com/>

La farmacia de especialidad se comunicará con usted para configurar su cuenta cuando usted haya autorizado a su médico a enviar la receta a la farmacia de especialidad y se reciba la autorización de South Country Health Alliance.

Medicamentos recetados (para afiliados que tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Algunos productos de venta libre, algunos productos recetados contra la tos y el resfriado, y algunas vitaminas no cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D).

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos recetados elegibles para la cobertura mediante el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D).
- Medicamentos usados para tratar la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos usados con propósitos estéticos, incluidos aquellos para tratar la pérdida de cabello.
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal.
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados ni autorizados por la FDA.
- Cannabis medicinal.

Notas:

Medicare paga por la mayoría de sus medicamentos recetados mediante el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). **Debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare** para recibir la mayoría de los servicios de medicamentos recetados. Recibirá sus servicios de medicamentos recetados mediante el plan de medicamentos recetados de Medicare, no mediante nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las recetas cubiertas por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

Atención recuperativa (para afiliados de 21 años o más)

La atención recuperativa ayuda a los afiliados elegibles a evitar ser readmitidos al hospital. Proporciona alojamiento a corto plazo, atención médica y apoyo por hasta 60 días a quienes se están recuperando de una enfermedad y no tienen vivienda. Este servicio está dirigido a quienes necesitan apoyo para su recuperación, pero no requieren permanecer en el hospital.

Servicios cubiertos:

- Cuidados básicos de enfermería, como comprobar la salud y el dolor.
- Cuidado de heridas.
- Ayuda para tomar medicamentos.

- Enseñanza sobre salud.
- Revisión y actualización de vacunas (inmunizaciones).
- Planificación de la recuperación y la vuelta a casa.
- Comprobación y planificación de las necesidades médicas, emocionales y sociales.
- Creación y seguimiento de un plan de atención.
- Asistencia con asuntos legales, búsqueda de vivienda, transporte y otros servicios comunitarios.
- Apoyo para acceder a atención médica y otros beneficios.
- Seguimiento de los planes de atención.
- Apoyo médico, social y emocional, como asesoramiento.
- Servicios de trabajadores comunitarios de la salud.

Servicios no cubiertos:

- Servicios relacionados con las necesidades de salud emocional de un afiliado que excedan el apoyo que un proveedor puede brindar.
- Servicios relacionados con las actividades de la vida diaria (ADL) que un afiliado no pueda realizar por sí mismo, como levantarse o usar el baño.
- El pago de hospedaje y alimentación asociado con los servicios de atención recuperativa es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Un afiliado debe contar con una remisión para recibir servicios de atención recuperativa en un hospital o clínica.

Rehabilitación

Servicios cubiertos:

- Terapias de rehabilitación para restablecer las funciones corporales: fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla*.
 - La fisioterapia se limita a 14 visitas al año, salvo autorización previa.
 - La terapia ocupacional se limita a 24 visitas al año, salvo autorización previa.
- Dispositivos de comunicación aumentativa.
- Servicios de audiolgía, incluidas pruebas de audición.

Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional.
- Gimnasios y spas.

Servicios comunitarios en las escuelas (para los afiliados menores de 21 años)

Los servicios comunitarios basados en la escuela (SBCS) son ciertos servicios necesarios por motivos médicos que el MHCP reembolsarán cuando sean proporcionados a niños en la escuela por un proveedor de atención médica calificado empleado o contratado por la escuela. Las escuelas públicas de Minnesota podrán facturar por estos servicios.

Los SBCS son opcionales. No son servicios nuevos o extendidos, pero son parte del paquete de beneficio de Medical Assistance. Las escuelas tienen la opción de proporcionar estos servicios para ayudar a los estudiantes que no están recibiendo servicios relacionados con la salud a través de un Programa de Educación Individualizada (IEP) o Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) o cuando los servicios no están identificados en el IEP.

Servicios cubiertos:

- Servicios de rehabilitación
 - Audiología
 - Terapia ocupacional
 - Fisioterapia
 - Patología del habla y del lenguaje
- Servicios de salud mental
 - Servicios y apoyos terapéuticos para niños
 - Evaluaciones de diagnóstico
 - Explicación de los hallazgos
 - Psicoeducación familiar
 - Evaluación/intervención de la conducta de salud
 - Servicios de salud mental ambulatorios
 - Pruebas psicológicas
 - Psicoterapia
 - Psicoterapia para crisis

Servicios no cubiertos:

- Asistencia para el cuidado personal
- Tecnología de asistencia
- Atención médica en el hogar
- Transporte especial
- Servicios del Plan de Educación Individualizado (IEP) que deban cubrirse por medio de la escuela

Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)**Servicios cubiertos:**

- Pruebas/evaluación/diagnóstico, incluyendo los servicios autorizados de evaluación breve, intervención y referencia a tratamiento (SBIRT)
- Evaluaciones exhaustivas
- Tratamiento ambulatorio
- Internación en hospital.
- Tratamiento residencial no hospitalario
- Tratamiento ambulatorio asistido con medicamentos
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria por las condiciones resultantes de una lesión o accidente, o por complicaciones médicas durante la desintoxicación).
- Coordinación del tratamiento para SUD.
- Apoyo para la recuperación
- Manejo de la abstinencia

Servicios no cubiertos:

El pago de alojamiento y comida que se determine necesario a partir de la evaluación del trastorno por consumo de sustancias está a cargo del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Consulte la sección 1 para acceder a la información de contacto de los servicios para trastornos por consumo de sustancias.

Un profesional calificado que forme parte de la red del plan le recomendará servicios para trastornos por consumo de sustancias. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendado por el profesional calificado. Puede realizar una evaluación adicional en cualquier momento de su tratamiento si no está de acuerdo con los servicios recomendados. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con los estándares del trastorno por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a apelar. Consulte la sección 13 de este Manual para afiliados.

Cirugías

Servicios cubiertos:

- Visitas al consultorio/clínica/cirugía*
- Eliminación de marcas de nacimiento (manchas de vino Oporto)
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, después de una mastectomía, después de una cirugía por una lesión, una enfermedad u otras afecciones; por defectos de nacimiento)*
- Servicios de anestesia
- Circuncisión, cuando sea médicamente necesario*
- Cirugía afirmativa de género*

Servicios no cubiertos:

- Cirugía estética

Servicios de telemedicina

Servicios cubiertos:

- Los servicios de telemedicina cubren los servicios y las consultas médicamente necesarias que brinde un proveedor de atención médica con licencia por teléfono o videollamada con el afiliado. El afiliado puede estar en su casa. La telemedicina se define como la provisión de servicios de atención médica o consultas mediante el uso de comunicaciones de audio y visuales interactivas y bilaterales en tiempo real. El objetivo es brindar o respaldar la provisión de atención médica, y facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, la educación sobre el tratamiento y la administración de atención para la atención médica de un paciente mientras este se encuentra en un lugar de origen y el proveedor de atención médica con licencia se encuentra en un lugar distante.

Control a distancia (telemonitoreo)

El control a distancia es el uso de la tecnología para brindar atención y apoyo para las necesidades complejas de salud de un afiliado en un lugar remoto, como la casa del afiliado. Con el control a distancia, se puede hacer un seguimiento de los signos vitales del afiliado con un dispositivo o equipo que envía los datos de forma electrónica para que su proveedor los revise. Algunos ejemplos de los signos vitales que pueden controlarse de forma remota son la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y el nivel de glucosa en la sangre.

Servicios cubiertos:

- Servicios de control a distancia para los afiliados con afecciones de alto riesgo y complejas desde el punto de vista médico, como la insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o la diabetes (cuando sea médicamente necesario).

Cese de consumo de tabaco y nicotina

Servicios cubiertos:

- Asesoramiento en persona: puede recibir ayuda para dejar el tabaco o la nicotina a través de sesiones individuales o grupales dirigidas por profesionales de la salud capacitados.
- Asesoramiento telefónico: puede llamar al Programa Ex para recibir apoyo. Este servicio está disponible por teléfono y no requiere video. Desarrolle un plan de abandono personalizado, únase a una comunidad de apoyo activa y acceda al programa desde su dispositivo móvil en cualquier momento y lugar. El asesoramiento por mensajes en vivo está disponible, y los miembros pueden recibir hasta 8 semanas de parches, chicles, pastillas gratuitas o una combinación de terapias gratuitas entregadas directamente a ellos. El programa también ofrece apoyo para cigarrillos electrónicos y el vapeo.
 - 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224)
 - Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
 - GO.TheEXProgram.com/SCHA
- Medicamentos: puede acceder a medicamentos recetados y de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para dejar de fumar o usar nicotina.
- Telemedicina: los servicios también pueden prestarse a través de la telemedicina (videollamadas o en línea).

Notas:

Sin límites: no hay límites en la frecuencia con la que puede utilizar estos servicios ni en la cantidad de veces que puede recibir asesoramiento o medicamentos para el cese de consumo de tabaco y nicotina.

Servicios múltiples: puede utilizar diferentes tipos de apoyo al mismo tiempo, como asesoramiento y medicamentos.

No se requiere autorización previa para ningún servicio para el cese de consumo de tabaco y nicotina ni para los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de cese de consumo de tabaco.

Trasplantes

Servicios cubiertos:

- Trasplantes de órganos y tejidos*, incluidos los siguientes: médula ósea, córneas, corazón, corazón y pulmón, intestinos, intestinos e hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas y riñón, células del islote pancreático, células madre y otros trasplantes.
- Dispositivo de asistencia ventricular*: insertado como un puente al trasplante de corazón o como tratamiento de terapia de destino.

Notas:

El tipo de trasplante: 1) debe estar incluido en el Manual del Proveedor del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) debe ser de un tipo cubierto por Medicare, o 3) estar aprobado por el agente de revisión médica estatal.

Los trasplantes deben hacerse en un centro de trasplantes catalogado como centro de trasplante aprobado por Medicare.

Los centros de trasplante de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT).

Traslado hacia los servicios médicos o desde ellos

Servicios cubiertos:

- Ambulancia (por aire o tierra, incluye transporte acuático)
- Traslado con conductor voluntario
- Traslado sin asistencia (taxi o transporte público)
- Traslado con asistencia*
- Traslado con elevador/rampa*
- Traslado protegido*
- Traslado en camilla*

Servicios no cubiertos:

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles mediante las agencias del condado o las tribales. Llame a la agencia del condado o la tribal para obtener más información.

Notas:

Si necesita traslado ida y vuelta para recibir servicios médicos cubiertos, llame al número de teléfono para traslados que figura en la sección 1. Le brindaremos la forma más apropiada y económica de traslado.

El plan no está obligado a brindarle transporte hasta su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige a un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Llame al número de teléfono de transporte que figura en la sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible en un radio de 30 millas de su hogar y/o si no tiene un proveedor de especialidad que esté disponible en un radio de 60 millas de su hogar.

Atención de urgencia

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del plan
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del plan

Servicios no cubiertos:

- Servicios de urgencia, de emergencia, u otros servicios de atención médica prestados, o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.

Notas:

Una afección urgente no es tan grave como una emergencia. Esto se refiere a la atención para una afección que necesita tratamiento inmediato para no empeorar. La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

Usted también puede llamar al servicio de Atención de enfermería de 24 horas al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de South Country. El servicio de Atención de enfermería de 24 horas proporciona apoyo las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Doctor On Demand es un servicio de telemedicina para atención de urgencia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para los afiliados de South Country. Los afiliados pueden consultar a un médico de forma virtual en lugar de ir a la clínica o consultar fuera del horario de atención. Doctor On Demand

puede evaluar y tratar una amplia variedad de condiciones.

Visite <https://doctorondemand.com/southcountry> o descargue la aplicación Doctor On Demand desde la tienda de aplicaciones.

Es bueno saber cuál es la clínica de atención de urgencia en la red que está más cerca de usted.

Puede encontrar una clínica de atención de urgencia aquí: <https://mnscha.org/provider-search/>.

O puede llamar a Servicios para Afiliados.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono en la sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

Sección 8. Servicios que no cubrimos

Si recibe servicios médicos o suministros no cubiertos, es posible que tenga que pagar por ellos.

En la sección 7, se enumeran algunos servicios y suministros “no cubiertos” en cada categoría.

A continuación, se enumeran otros servicios y suministros que no se cubren en el plan. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

- Autopsias (exámenes realizados en el cuerpo de las personas que han fallecido para determinar la causa de la muerte).
- Procedimientos o tratamientos estéticos.
- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención médica prestados, o elementos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos de América (EE. UU.). No pagaremos por la atención médica de un proveedor o entidad fuera de EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios o suministros de atención médica que no sean médicamente necesarios.
- Productos homeopáticos o de hierbas.
- Servicios secundarios en hospitales de internación o en hogares para ancianos y convalecientes, como televisión, teléfono, peluquería y servicios de belleza, y servicios para invitados.
- Suministros que no se usen para tratar una afección médica.

Sección 9. Servicios que no están cubiertos por el plan pero es posible que estén cubiertos a través de otra fuente

La cobertura de estos servicios no está incluida en el plan, pero podrían estar cubiertos por otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal, la tribu, o un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para conocer más sobre estos servicios, llame al DHS Health Care Consumer Support (HCCS) (Apoyo al Consumidor de Atención Médica de DHS) al 651-297-3862 o 800-657-3672 o 711 (TTY), o use sus servicios de retransmisión de preferencia. Esta llamada es gratuita.

- Servicios de aborto (están cubiertos por el MHCP y se facturan directamente a este programa).
- Gestión de casos para afiliados con discapacidades del desarrollo.
- Gestión de casos específicos para el bienestar infantil.
- Servicios de habilitación y capacitación durante el día.
- Gestión de casos de HIV.
- Atención médica en el hogar (HCN): para obtener más información sobre los servicios de HCN, comuníquese con una agencia de atención médica en el hogar para completar una evaluación. Si desea encontrar una agencia de atención médica en el hogar en su área, llame al número de HCCS que aparece al principio de esta sección.

- Centro de cuidados intermedios para afiliados con discapacidades del desarrollo (ICF/DD).
- Servicios educativos y de capacitación laboral.
- Servicios necesarios por motivos médicos especificados en un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP) provistos por un distrito escolar y cubiertos por Medical Assistance.
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Llame a su condado para obtener más información.
- Servicios de Moving Home Minnesota.
- Estadías en un hogar para ancianos y convalecientes.
- Programa Community First Services and Supports (CFSS). En la actualidad se está eliminando la asistencia para la atención personal (PCA) y se está sustituyendo por el CFSS. A partir del 1 de octubre de 2024, no se realizarán nuevas evaluaciones para los servicios de PCA. Sin embargo, algunas personas pueden seguir recibiendo los servicios durante este periodo de transición. Ahora, el CFSS sustituye a la PCA en el momento de la evaluación anual del afiliado. Si desea obtener más información sobre CFSS o solicitar una evaluación, comuníquese con la oficina de admisión del condado en el que resida para recibir apoyo y servicios de atención a largo plazo.
- Coordinación de servicios en la comunidad posteriores al arresto.
- Si tiene la Parte A o la Parte B de Medicare, o ambas, las recetas estarán cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibir estos servicios.
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de atención recuperativa.
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento en centros de salud mental residenciales para niños. El alojamiento y la comida pueden estar cubiertos por su condado. Llame a su condado para solicitar más información.
- Servicios brindados por instituciones federales.
- Servicios brindados por un centro de tratamiento regional estatal, un centro de atención a largo plazo de propiedad estatal, salvo que esté aprobado por nosotros o que el servicio se brinde por orden judicial bajo condiciones especificadas por la ley.
- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Exenciones para servicios domiciliarios y comunitarios.

Sección 10. Cuándo llamar a su trabajador de condado

Llame a un trabajador de su condado para notificar estos cambios:

- Cambios de nombre
- Cambios de dirección, inclusive si se muda de Minnesota
- Fecha de inicio y finalización de un embarazo
- Adición o pérdida de un miembro de la familia
- Pérdida o robo de la tarjeta de identificación del Programa de Atención Médica de Minnesota
- Seguro nuevo o Medicare: fecha de inicio/finalización
- Cambio en los ingresos, inclusive cambios de empleo

Sección 11. Uso de la cobertura del plan con otros seguros

Si tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención. Le haremos saber si debe usar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica de su otro seguro.

Coordinaremos nuestros pagos con ellos. Esto se denomina “coordinación de beneficios”. Ejemplos de otros seguros incluyen:

- Seguro para automóvil sin culpa
- Compensación para trabajadores
- Medicare
- Tricare
- Otra cobertura de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando se convierte en afiliado del plan, acepta lo siguiente:

- Nos permite enviar facturas a otros seguros
- Nos permite obtener información sobre usted de otros seguros.
- Nos permite recibir pagos de otro seguro en lugar de que los pagos se envíen a usted
- Nos ayuda a recibir pagos de sus otros seguros

Si cambia su otro seguro, infórmele a un trabajador de su condado.

Sección 12. Subrogación u otras demandas

El primer párrafo aplica a ciertas personas no ciudadanas del programa Families and Children:

Puede tener otras fuentes de pago para su atención médica. Estas pueden provenir de otra persona, otro grupo, otra compañía de seguros u otra organización. Si tiene una demanda contra otra fuente por lesiones, haremos una demanda por la atención médica que cubrimos para usted. La ley estatal exige que usted nos ayude a hacerlo. La demanda debe cubrirse con cualquier acuerdo o decisión recibidos por usted de la otra fuente. Esto aplica incluso si usted no recibió el pago total de su demanda. El monto de la demanda no será mayor que lo permitido por la ley estatal.

El segundo párrafo aplica a los afiliados del programa Families and Children, excepto ciertas personas no ciudadanas:

Puede tener otras fuentes de pago para su atención médica. Estas pueden provenir de otra persona, otro grupo, otra compañía de seguros u otra organización. Las leyes federales y estatales establecen que los beneficios de Medical Assistance se abonan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene una demanda contra otra fuente por lesiones, haremos una demanda independiente por la atención médica que cubrimos para usted. La ley exige que usted nos ayude a hacerlo. La demanda puede cubrirse con cualquier fuente que sea responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto de la demanda no será mayor que lo permitido por las leyes estatales y federales.

Sección 13. Proceso de reclamo, apelación y apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)

En esta sección se explica el proceso de reclamos y apelaciones, lo que incluye los avisos, los reclamos (quejas), las apelaciones al plan de salud y las apelaciones estatales (audiencia imparcial ante el Estado). Se describe cómo y cuándo usar el sistema de reclamos y apelaciones si no está satisfecho con su atención médica o servicios, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Se detallan también sus derechos al usar el sistema de reclamos y apelaciones.

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación.

Términos del sistema de reclamos y apelaciones que debe conocer

Un reclamo se hace cuando no está satisfecho con los servicios que recibió y puede incluir cualquiera de los siguientes casos:

- calidad de la atención o de los servicios brindados
- incumplimiento de sus derechos
- trato descortés de un proveedor o de un empleado del plan de salud
- retraso en el tratamiento o la referencia correspondientes
- falta de accionar dentro del período de tiempo requerido para los reclamos y las apelaciones

Una denegación, finalización o reducción (DTR) de servicios (aviso de acción) es un formulario o una carta que le enviamos para informarle de una decisión que tomamos sobre una solicitud de servicio, el pago de un reclamo o cualquier otra solicitud. En el aviso, se le informará cómo presentar una apelación ante el plan de salud o cómo solicitar una apelación estatal (una audiencia imparcial ante el estado) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Una apelación ante el plan de salud es una solicitud para que revisemos una decisión que tomamos. Puede pedir una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de **estas acciones** (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio solicitado por su proveedor
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio con autorización previa
- denegación de todo el pago o de parte del pago por un servicio
- falta de prestación de servicios (incluido el traslado) en un tiempo razonable
- denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera de la red, en el caso de afiliados que vivan en un área rural con solo un plan de salud
- falta de una respuesta a su reclamo o apelación en los plazos de tiempo exigidos
- denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos

Su proveedor puede apelar en su nombre con su autorización escrita. Su proveedor tratante puede apelar una decisión sobre la autorización de un servicio previo sin su consentimiento.

Una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) es una solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe presentar una apelación ante South Country Health Alliance antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 15 días para decidir sobre su apelación y no ha pedido una extensión o no agregamos una, no es necesario que espere a que le informemos nuestra decisión para solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio con autorización previa
- denegación del pago por un servicio en parte o en su totalidad
- falta de prestación de servicios en un plazo de tiempo razonable
- nuestra falta de acción en los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos
- cualquier otra acción

Plazos importantes de las apelaciones

Debe cumplir con los plazos establecidos para presentar apelaciones ante el plan de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales ante el Estado). Si no respeta los plazos permitidos, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de apelación.

Debe presentar la apelación **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la DTR (aviso de acción). Podemos otorgarle más tiempo si tiene un motivo válido para no cumplir ese plazo. Debe presentar la apelación ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 15 días para decidir sobre su apelación y no ha solicitado una extensión o no agregamos un, puede solicitar una apelación estatal sin esperarnos.

Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** desde nuestra decisión de la apelación.

Si cancelamos o reducimos un servicio, puede continuar recibéndolo si presenta una apelación ante el plan de salud **dentro de los 10 días** desde la fecha del aviso, o antes de que el servicio se cancele o reduzca, lo que ocurra más tarde. **Debe pedir que se continúe brindando el servicio cuando presente la apelación.** El servicio puede continuar hasta que se decida sobre la apelación. Si usted pierde la apelación, es posible que deba pagar por estos servicios, pero solo si la política estatal lo permite.

Si pierde la apelación, puede continuar recibiendo el servicio durante la apelación estatal si solicita esta última dentro de los 10 días de la fecha de la decisión sobre la apelación al plan.

En el caso del Programa de Beneficiarios Restringidos, el afiliado que reciba el aviso de la restricción puede presentar una apelación ante nosotros. Debe presentar una apelación **dentro de los 60 días** desde la fecha de la notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que la restricción se implemente durante la apelación. Puede solicitar una apelación estatal después de recibir nuestra decisión.

Cómo presentar una apelación oral o escrita ante nosotros

Puede presentar la apelación por teléfono, por escrito, por fax o de manera presencial. Encontrará la información de contacto y la dirección en “Apelaciones y reclamos” en la sección 1.

Usted puede presentar cualquier documento y proporcionar información personalmente, por teléfono o por escrito. Se mantendrá la privacidad de sus registros, de conformidad con la ley. Recibirá una carta de nuestra parte en la que le confirmamos que hemos recibido su solicitud de apelación.

En la solicitud de apelación, debe incluir los siguientes datos:

- Su nombre
- Fecha de nacimiento
- Dirección
- Número de afiliado
- Número de teléfono
- Motivos de la apelación

También puede incluir toda la información que desee que analicemos, como, por ejemplo, historial clínico, cartas de proveedores u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Llame a su proveedor si necesita esta información. Le recomendamos conservar una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Las apelaciones rápidas se usan para los servicios urgentes. Si acordamos que es urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Intentaremos llamarlo para informarle la decisión antes de enviarle la decisión por escrito.

Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le explicaremos por qué necesitamos el tiempo adicional.

Si su apelación no es urgente, le informaremos dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la recibamos. Le informaremos la decisión por escrito en un plazo de 15 días. Es posible que demoremos hasta 4 días adicionales si necesitamos más información y si es lo más conveniente para usted o si solicita tiempo adicional. Le diremos que nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

La persona que toma la decisión no será la misma que estuvo involucrada en la revisión previa ni en la toma de decisiones.

Si estamos decidiendo una apelación sobre un servicio que se denegó porque no era necesario por motivos médicos, la decisión la tomará un profesional de atención médica con experiencia clínica apropiada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar la información en persona, por teléfono o por escrito.

Si apela, le enviaremos a usted o a su representante el archivo del caso, previa solicitud, incluyendo historial clínico y cualquier documento o registro que consideremos durante el proceso de apelación.

Presentación de una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

Debe presentar la apelación ante plan de salud con nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** desde la fecha de nuestra decisión de la apelación (resolución).

Su apelación estatal debe hacerse por escrito. Puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una apelación estatal.

Escriba a: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Para presentaciones en línea: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

Por fax: 651-431-7523

Explique al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Puede pedirle ayuda a un amigo, un familiar, un defensor, un proveedor o un abogado. Su proveedor deberá tener su permiso por escrito para solicitar una audiencia estatal por usted.

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones del estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, por videollamada o en persona. Puede pedirles a sus proveedores o a otras personas que den su testimonio. También puede presentar documentos para que el juez los considere.

El proceso puede demorar 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio urgente, dígaselo al juez o al defensor del pueblo cuando los llame o les escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio que se denegó porque no era necesario por motivos médicos, puede pedir que lo revise un experto médico. El experto médico es independiente tanto del estado como de South Country Health Alliance. El estado paga esta revisión. No tiene ningún costo para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedir al estado que reconsidere la decisión. Envíe una solicitud por escrito para la reconsideración a la Oficina de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota dentro de los 30 días desde la fecha de la decisión. La información de contacto se detalla más arriba en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar en la corte del distrito de su condado.

Reclamos (quejas)

Puede presentarnos un reclamo **en cualquier momento** por problemas o inquietudes que ocurrieron cuando estaba afiliado al plan de salud. No hay plazos para presentar un reclamo ante nosotros.

Para presentar un reclamo oral ante nosotros:

Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 y cuéntenos el problema.

Le informaremos la decisión en un plazo de 10 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales para tomar una decisión si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. En un plazo de 10 días, le diremos si nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

Si su reclamo es sobre la denegación de una apelación rápida o un reclamo por cuestiones de atención médica urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas.

Cómo presentar un reclamo por escrito ante nosotros:

Envíenos una carta con su reclamo. Envíela a la dirección que figura en “Apelaciones y reclamos” de la sección 1. También puede enviarnos la carta por fax al número que figura en la sección 1.

Podemos ayudarlo a escribir su reclamo. Llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si necesita ayuda.

Le informaremos que recibimos su reclamo escrito dentro de los 10 días.

Le informaremos la decisión por escrito en un plazo de 30 días. Es posible que demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le diremos que nos tomaremos tiempo adicional y por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Escriba a la dirección: Minnesota Department of Health
Managed Care Systems Section
P.O. Box 64975
St. Paul, MN 55164-0975

Llame a los números: 800-657-3916 (esta llamada es sin cargo) o (651) 201-5100.
711 (TTY) o use el servicio de retransmisión que prefiera.

Visite: health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html

Si necesita ayuda, también puede llamar al defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. La información de contacto se detalla después de esta sección.

Información importante sobre sus derechos al presentar un reclamo, una apelación o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado)

Si decide presentar un reclamo o una apelación, o solicitar una apelación estatal, esto no afectará su elegibilidad para los servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Puede pedirle a un familiar, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado que le ayuden con el reclamo, la apelación o la apelación estatal.

La presentación de una apelación o un reclamo ante el plan de salud o de una apelación estatal no tiene costo para usted. Es posible que paguemos algunos gastos, como transporte, cuidado infantil, fotocopias, etcétera.

Si solicita su historial clínico u otros documentos que usamos para tomar una decisión o si quiere copias de estos, nosotros o su proveedor debemos brindárselas sin costo. Si lo solicita, debemos brindarle sin costo alguno una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión. Es posible que deba presentar esa solicitud por escrito.

Si necesita ayuda con su reclamo, apelación o apelación estatal, puede llamar o escribir al defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. Es posible que puedan ayudarle con sus problemas de acceso, servicio o facturación. También pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nosotros, o a solicitar una apelación estatal.

Llame a los números: 651-431-2660,
800-657-3729 o 711 (TTY), o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita.
Los horarios de atención son de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

O bien

escriba al siguiente destinatario: Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs
P.O. Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249

Envíe un fax al número: 651-431-7472

Sección 14. Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras que se utilizan en este Manual para afiliados.

Acción: incluye:

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio con autorización previa
- denegación de todo el pago o de parte del pago por un servicio
- falta de prestación de servicios en un plazo de tiempo razonable
- falta de accionar dentro del período de tiempo requerido para los reclamos y las apelaciones
- denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera de la red, en el caso de afiliados que vivan en un área rural con solo un plan de salud

Anestesia: medicamentos que hacen que se duerma para una cirugía.

Apelación: una forma de objetar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación escrita u oral.

Niño: afiliado menor de 21 años.

Child and Teen Checkups: programa de atención médica especial para visitas de control infantil destinadas a afiliados menores de 21 años. Incluye pruebas para detectar problemas de salud. También incluye remisiones para diagnóstico y tratamiento, de ser necesario.

Ensayo clínico: estudio médico calificado que está sujeto a revisión científica externa, patrocinado por un programa de investigación clínica que cumple con las normas estatales y federales y con los estándares aprobados, cuyos resultados verdaderos se informan.

Copagar/copago: monto fijo que es posible que deba pagar como parte compartida del costo cada vez que reciba ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos suelen pagarse cuando se recibe el servicio, los suministros o los medicamentos recetados.

Costos compartidos: montos que posiblemente deba pagar por servicios médicos. Consulte la sección 6 para acceder a información sobre el costo compartido.

Servicios cubiertos: servicios de atención médica que son elegibles para pago.

Competencia cultural: la competencia cultural y lingüística es la habilidad de las organizaciones de atención administrada y de los proveedores de la red de brindar atención a los afiliados con diversidad de valores, creencias y comportamientos y de adaptar la atención brindada para cubrir las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los afiliados. La meta principal es lograr un sistema de prestación de atención médica y una fuerza de trabajo que pueda brindar la mejor calidad de atención a cada paciente, independientemente de la raza, el grupo étnico, los antecedentes culturales, la competencia lingüística, la alfabetización, la edad, el género, la orientación sexual, la discapacidad, la religión o la posición socioeconómica.

Denegación, finalización o reducción del servicio (aviso de acción): formulario o una carta que le enviamos para informarle de una decisión que tomamos sobre una queja, un servicio, o cualquier acción que llevemos a cabo.

Acceso directo a los servicios: puede acudir a cualquier proveedor en la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una remisión ni una autorización previa de su médico de atención primaria (PCP) o de su centro de atención primaria (PCC) antes de recibir los servicios.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos que solicita su médico para que los utilice en el hogar. Algunos ejemplos son los caminadores, las sillas de ruedas, los equipos de oxígeno y los suministros.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o de la función de una parte del cuerpo o que podrían causar un daño físico o mental grave. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. También se denomina “afección médica de emergencia”.

Servicios o atención de emergencia: servicios cubiertos que presta un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y los que sean necesarios para tratar una emergencia médica. También se denomina “atención en la sala de emergencias”.

Traslado médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Servicio experimental: servicio del que no existen pruebas de que sea seguro y efectivo.

Estudio de revisión de calidad externa: estudio sobre cómo se proporcionan la calidad, la puntualidad y el acceso a la atención médica por parte de South Country Health Alliance. Este estudio es externo e independiente.

Families and Children: nombre del programa de asistencia médica prepaga (PMAP) del que forma parte.

Planificación familiar: conjunto de información, servicios y suministros que ayudan a las personas a decidir sobre tener hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tenerlo, o no tenerlo.

Cargo por servicio (FFS): es un método de pago para los servicios de salud. El proveedor médico emite la factura directamente a nombre del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota. El DHS paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se usa cuando usted es elegible para los Programas de Atención Médica de Minnesota, pero no está inscrito en un plan de salud.

Formulario: lista de los medicamentos cubiertos por el plan.

Reclamo: queja que presenta contra nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Incluye quejas sobre la calidad de la atención.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica por una enfermedad o una lesión que se brindan en el hogar o en la comunidad donde el afiliado realiza sus actividades cotidianas.

Centro de cuidados paliativos: programa especial para afiliados con enfermedades terminales y cuya esperanza de vida es menor a seis meses, pensado para que vivan con comodidad el tiempo que les resta. Ofrece servicios especiales para el afiliado y su familia. También se denomina “servicios paliativos”.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente internado y que suele requerir que se quede a pasar la noche.

Atención ambulatoria en el hospital: atención en un hospital que no suele requerir que se quede a pasar la noche.

Estadías de internación en el hospital: estadía en un hospital o centro de tratamiento que suele durar 24 horas o más.

Servicio de investigación: servicio del que no existen pruebas de que sea seguro y efectivo.

Medical Assistance: programa Medicaid de Minnesota para personas con bajos ingresos.

Necesario por motivos médicos: se describen los servicios, los suministros o los medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya al hospital o a un hogar para ancianos y convalecientes. También se refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. La atención necesaria por motivos médicos es apropiada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y la salud conductual (lo que incluye la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias). Comprende el tipo y el nivel de servicios. Comprende la cantidad de tratamientos. Comprende también el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Son servicios, suministros y medicamentos recetados que otros proveedores pedirían habitualmente.
- Lo ayudarán a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
- Lo ayudarán a evitar que su afección empeore.
- Lo ayudarán a prevenir o encontrar problemas de salud.

Medicare: programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más. También está disponible para personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con insuficiencia renal terminal.

Plan de medicamentos recetados de Medicare: plan de seguro que ofrece los beneficios para medicamentos del Medicare Parte D.

Programa de medicamentos recetados de Medicare: beneficio de medicamentos recetados para afiliados de Medicare. A veces, se lo denomina “Parte D de Medicare”. Se brinda cobertura para los medicamentos a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Afiliado: persona que recibe servicios por medio de un programa, como el Programa de Atención Médica de Minnesota o Medicare.

Manual para Afiliados: el documento que está leyendo. En este documento se explica qué servicios están cubiertos por el plan. También se le explica qué debe hacer para obtener los servicios cubiertos. Además, se detallan sus derechos y responsabilidades, así como nuestros derechos y responsabilidades.

Red: nuestros proveedores de atención médica contratados para el plan.

Proveedores de la Red: son los proveedores que aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago, sin cobrar un monto adicional a nuestros afiliados. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada: persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarlo con problemas de acceso, servicio y facturación. El defensor del pueblo también puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación, o a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado).

Servicios de acceso abierto: las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor de atención médica, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar calificado para recibir estos servicios, incluso si no forman parte de nuestra red.

Atención ambulatorios en el hospital: servicios proporcionados en un hospital o centro ambulatorio que no tienen el nivel de atención para pacientes hospitalizados. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios fuera del área: atención médica que un proveedor que no pertenece la red proporciona a un afiliado fuera del área de servicio del plan.

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, no es de su propiedad ni es operado por él y que no tiene contrato para brindar los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se denomina “proveedor no participante”.

Servicios fuera de la red: atención médica que un proveedor que no forma parte del plan proporciona a un afiliado.

Plan de incentivos para médicos: acuerdos de pagos especiales entre nosotros y el médico o grupo de médicos que puede influir en las derivaciones. También puede afectar otros servicios que podría necesitar.

Servicios médicos: servicios proporcionados por una persona con licencia, conforme a la ley estatal, para ejercer la medicina o la osteopatía. Es la atención médica que brinda o coordina un médico titulado (M.D. un doctor o un doctor en medicina osteopática).

Plan: organización que tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo.

Atención posterior a la estabilización: servicios hospitalarios necesarios para ayudar a una persona a mantenerse estable después de la atención de emergencia. Comienza cuando el hospital solicita nuestra aprobación de cobertura. Continúa hasta que la persona recibe el alta; nuestro proveedor de atención médica calificado de la red del plan comienza la atención o hasta que nosotros, el hospital y el proveedor de atención médica calificado llegamos a un acuerdo diferente.

Prima: pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de Asistencia Médica Prepagada (PMAP): es un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y gestionar los servicios de atención médica para los inscritos en el programa de asistencia médica.

Recetas médicas: medicamentos y fármacos solicitados por un proveedor médico.

Cobertura del medicamento recetado: plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados. También se denomina “Programa de Medicamentos Recetados de Medicare”.

Servicios preventivos: servicios que lo ayudan a mantenerse sano, como controles de rutina, vacunas y atención de personas sanas. Estos servicios ayudan a detectar y prevenir problemas de salud. El seguimiento de afecciones diagnosticadas (como un control de la diabetes) **no** se considera preventivo.

Clínica de atención primaria: clínica de atención primaria (PCC) que elija para su atención de rutina. Esta clínica le brindará la mayor parte de la atención médica.

Proveedor de atención primaria: el PCP es el médico u otro proveedor de atención médica calificado al que usted recurre en su clínica de atención primaria. Esta persona gestionará su atención médica.

Autorización previa: aprobación necesaria para algunos servicios antes de que los reciba. También se denomina “preautorización” o “autorización de servicio”.

Proveedor: profesional o centro de atención médica calificados y aprobados según la ley estatal para brindar atención.

Queja sobre la calidad de la atención: en este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción expresa relacionada con los servicios de atención médica que causan un daño potencial o real al afiliado. Puede incluir lo siguiente: acceso, competencia del proveedor y del personal, pertinencia clínica de la atención, comunicación, conductas, consideraciones ambientales y del centro y otros factores que podrían tener un impacto en la calidad de los servicios de atención médica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento y los equipos que recibe para poder recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante.

Programa de Beneficiarios Restringidos (RRP): programa para afiliados que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han usado los servicios de manera indebida. Si usted es parte de este programa, debe recibir los servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única farmacia, un único hospital u otro proveedor de atención médica designado. Debe hacerlo durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota. Los miembros que no sigan las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses más.

Segunda opinión: si no está de acuerdo con la opinión de un proveedor de la red del plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos esta consulta. En el caso de los servicios de salud mental, la segunda opinión puede provenir de un médico de fuera de la red. En el caso de los servicios para trastornos por consumo de sustancias, la segunda opinión provendrá de un evaluador calificado diferente, que no necesita ser de la red del plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no estamos obligados a aceptarla en el caso del trastorno por consumo de sustancias o los servicios de salud mental.

Área de servicio: área donde una persona debe vivir para poder formar parte del plan o seguir estando afiliado a él. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en la sección 1 si desea obtener más detalles sobre el área de servicio. También puede consultar la introducción para obtener información sobre los condados dentro del área de servicio del plan.

Autorización de servicio: aprobación necesaria para algunos servicios antes de que los reciba. También se denomina “preautorización” o “autorización previa”.

Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo pueden realizar el personal de enfermería con licencia.

Especialista: médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Autorización permanente: es el consentimiento escrito por nosotros para atenderse con un especialista fuera de la red más de una vez (para una atención permanente).

Apelación estatal (audiencia imparcial ante el Estado): audiencia ante el Estado para que revise una decisión tomada por nosotros. Debe solicitar la audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una apelación estatal con su autorización escrita. Puede pedir una audiencia si no está de acuerdo con lo siguiente:

- una denegación, finalización o reducción de servicios
- inscripción al plan
- denegación total o parcial de una demanda por un servicio

- nuestra falta de acción en los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- cualquier otra acción

Subrogación: nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre de otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando recibe cobertura médica a través de este plan por un servicio cubierto por otra fuente o un tercero.

Trastorno por consumo de sustancias: consumo de alcohol o drogas de formas perjudiciales.

Estados Unidos: en este Manual para Afiliados, Estados Unidos incluye los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, la Mancomunidad de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Atención de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no califica como emergencia pero que debe atenderse de inmediato. También se denomina “atención de urgencia”.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente