

SUS DERECHOS BAJO HEALTHY OPTIONS

¿Qué son Healthy Options y Basic Health Plus?

Healthy Options es el nombre del programa de “atención médica dirigida” de Medicaid y SCHIP que ofrece el Departamento de Salud y Bienestar Social (DSHS). Bajo Healthy Options, a usted se le inscribe en un plan de salud, tal como Group Health, Regence Blue Shield, Molina, Columbia United Providers, o Community Health Plan of Washington. Los planes de salud funcionan de la siguiente manera:

- Usted generalmente tiene que ir a las clínicas, a las oficinas de los profesionales de la salud y a las farmacias que tienen contrato con su plan. (Hay algunas excepciones).
- Tiene que escoger un proveedor de atención médica básica (PCP) que atiende sus requerimientos de salud de rutina. El PCP puede ser un doctor o una enfermera especializada. Si necesita atención médica de un especialista (tal como un neurólogo, un cardiólogo o un ortopedista), el PCP debe hacer la referencia.
- A menudo su doctor o farmacéutico tiene que obtener la aprobación del plan de salud para la atención o medicamentos que ellos creen que usted debiera recibir.

La mayoría, pero no todos los servicios que Medicaid cubre, están disponibles a través de su plan de salud (vea la gráfica en la página 4). Para los niños, Healthy Options está disponible no solamente a través de DSHS sino que también por medio de Basic Health, donde le llaman “BH Plus” o “Basic Health Plus”.

¿Quién debe inscribirse en Healthy Options?

A menos que usted reciba SSI, Medicare, GA-U, o GA-X o califique para una “exención” de Healthy Options (véase la página 2), usted deberá generalmente inscribirse si:

- es padre, madre o un pariente (familiar) que está cuidando un niño o varios niños; o,
- es un niño menor de 19 años que no está en un hogar adoptivo temporal; o,
- está embarazada

Algunos inmigrantes tampoco están inscritos en Healthy Options.

Además de Healthy Options, DSHS tiene un programa obligatorio de atención médica dirigida para los clientes de GA-U. También ofrece programas de atención médica dirigida que incluyen cuidado a largo plazo y otros componentes para individuos con discapacidades o de 65 años de edad o mayores. Este tipo de programas de atención médica dirigida son distintos a Healthy Options y están disponibles solo en ciertos condados.

¿Cómo escojo un Plan y un PCP?

DSHS le deberá proporcionar un Paquete de Inscripción por lo menos dos meses antes de que sea tiempo de escoger. DSHS escogerá un plan para usted si usted no escoge uno

a tiempo. SIN EMBARGO, es mejor confirmar con el Centro de Atención al Cliente de Asistencia Médica al **1-800-562-3022**, si no ha recibido un Paquete.

A continuación hay algunas cosas que se deben considerar al escoger un plan y al PCP:

El doctor de mi familia:

¿En qué plan o planes están los profesionales de la salud de mi familia? Generalmente DSHS requiere que su familia escoja un solo plan para todos los miembros de la familia en Healthy Options. Para estar absolutamente seguro de que su profesional de la salud está todavía en un plan y aceptando pacientes de Healthy Options, llame a la oficina de su doctor. El sitio web de DSHS tiene una lista de los profesionales de la salud por condados: <http://fortress.wa.gov/dshs/maa/ipndweb/> .

Mi médico especialista y farmacia:

¿El PCP que yo escoja podrá referirme al especialista que quiero ver? Llame a la oficina del PCP, antes de inscribirse, para asegurarse de que lo referirán al especialista que usted quiera. Llame a la oficina que maneja su plan de salud y pida una lista de las farmacias que puede usar.

Ubicación: ¿Dónde está la oficina del PCP? ¿Es conveniente?

Calidad de la atención médica:

¿Qué ha oído sobre el plan y el PCP? Trate de hablar con amistades, miembros de la familia u otros y pregúnteles lo siguiente. ¿Cómo trata el PCP a los clientes de Medicaid? ¿Es difícil ponerse en contacto con su doctor o el doctor de guardia después que cierra la oficina? ¿Ha oído quejas de que las personas no consiguen las citas o las referencias que necesitan?

¿Quién está exento de Healthy Options?

Una exención de Healthy Options le permitirá obtener atención médica de los profesionales de la salud que usted escoja que aceptan cupones médicos, sin estar limitado a un solo plan o PCP.

Podría calificar para una exención si:

- no tiene hogar ni techo o ha estado en una vivienda temporal por 120 días o menos;
- ha estado recibiendo tratamiento que será interrumpido al inscribirse en el plan y la interrupción pondrá en peligro su vida, su salud o la habilidad de alcanzar, mantener o readquirir función máxima;
- DSHS lo ha identificado a usted como un menor con necesidades médicas especiales;
- su profesional de la salud actual habla su idioma pero no está en un plan y usted no puede encontrar a un proveedor en el plan que hable su idioma, y no hay un intérprete disponible.
- es un Indio Americano o Indio Alaskeño, en cual caso usted está automáticamente exento y solamente se le inscribe en Healthy Options si lo pide.

- usted tiene cobertura de atención médica dirigida a través de su aseguranza médica y **no es Medicaid.**

Puede pedir una excepción llamando al **1-800-794-4360**, o poniéndose en contacto con el encargado de su caso de DSHS. Lo mejor es pedirlo por escrito con materiales médicos y otro tipo de pruebas que respalden su petición. *HÁGALO PRONTO* para evitar retraso en salirse de un plan. Si DSHS niega la exención, tienen que enviarle una notificación explicando las razones y su derecho a una audiencia imparcial. (Lea “¿Qué pasa si no estoy de acuerdo o conforme con mi plan de salud?”)

Si estoy en Healthy Options, pero yo no escogí mi plan, ¿cómo averiguo en qué plan estoy inscrito?

Si está en Healthy Options pero no escoge un plan, DSHS le asignará uno. Su plan de salud le debe enviar una tarjeta. Además, el código para su plan de salud y el número de teléfono aparecen en su cupón médico (la identificación de Asistencia Médica). El código está debajo de las letras “HMO” en el cupón médico. Los códigos para los planes de salud son:

ANH = Asuris Northwest Health Plan

CHPW o CHPP = Community Health Plan of Washington

CUP o CUPP = Columbia United Providers

GHC o GHP = Group Health Cooperative

KHPP = Kaiser Health Plan

MHC o MHCP = Molina Health Care

RBS = Regence Blue Shield

El plan de salud tiene un número de teléfono gratis. Este número aparece en el cupón médico. Puede llamar a este número si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud o medicamentos, si quiere cambiar su proveedor de atención básica o si quiere presentar una queja o una apelación.

Nota especial para víctimas de abuso

Es posible que algunos clientes necesiten cambiar el PCP debido a un posible abuso del cónyuge. Los niños en hogares adoptivos temporales tal vez necesiten cambiar PCP si hay una amenaza de abuso de sus padres. DSHS ha pedido que todos los planes de salud establezcan procedimientos por escrito para asegurar que se mantenga la confidencialidad. Si piensa que esto le concierne a Ud., póngase en contacto con el representante del consumidor de su plan y pregunte si han establecido estos procedimientos. O llame al Servicio de Atención al Cliente de Asistencia Médica al **1-800-562-3022**.

¿Qué pasa si quiero ver a un profesional de la salud que no sea mi PCP para atender mis requerimientos de salud femenina?

¿Puedo ver a una enfermera especializada, obstetra-ginecólogo, enfermera, partera u otra doctora para mis requerimientos de salud femenina aún cuando estoy asignada a un PCP distinto? ¡La respuesta es sí! La ley del estado de Washington requiere que todos los planes de salud, incluyendo Healthy Options, le permitan ver a un profesional de la salud que usted quiera sin una referencia de un PCP, para obtener servicios de salud para mujeres. Esto incluye atención prenatal y de maternidad, control de la natalidad, exámenes ginecológicos, Papanicolau, etc. Usted puede ir a diferentes tipos de profesionales de la salud para ese tipo de servicios, tal como un doctor, un asociado médico, una enfermera especializada o una enfermera partera. Recuerde, el proveedor deber ser miembro de su plan de salud.

¿Qué servicios cubre mi Plan?

Hay ciertos servicios que están incluidos en su plan. Hay otros servicios que puede conseguir fuera de su plan sin una referencia del proveedor ni permiso del plan. A los pacientes no se les cobra por los servicios cubiertos por el plan. Algunos servicios, tales como vacunaciones, están cubiertos dentro de su Plan y fuera de él. A continuación hay una lista que contiene información básica sobre los servicios cubiertos. Encontrará mayores detalles en:

<http://fortress.wa.gov/dshs/maa/HealthyOptions/pdffiles/2007/BENEFIT%20Matrix%20Update%202006.doc> (actualizado al 2007).

<i>CUBIERTO POR EL PLAN HEALTHY OPTIONS</i>	<i>FUERA DEL PLAN HEALTHY OPTIONS, CUBIERTO POR MEDICAID</i>
Visitas de oficina—doctor, asociado médico, enfermera especializada, enfermera partera, enfermeras, dietistas.	Vacunaciones**
Vacunaciones, revisiones médicas para los niños (EPSDT)*	Enfermedades transmitidas sexualmente **
Atención médica para hospitalizados, servicios de enfermería en una institución, hospicio	Evaluaciones preventivas para la tuberculosis y el VIH/SIDA**
Visitas externas al hospital	Planificación familiar **
Laboratorio, radiología, imágenes médicas y pruebas de diagnóstico	Lentes, audífonos
Servicios de emergencia, incluido ambulancia	Servicios dentales
Servicios de salud en el hogar	Servicios de apoyo a la maternidad y manejo de casos de maternidad
Servicios quirúrgicos	Servicio de abuso de sustancias
Terapia física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, audiología, servicios de rehabilitación, quimioterapia	Servicios médicos para la escuela
Servicios de salud para mujeres (explicado arriba) y atención de maternidad	Término voluntario del embarazo
Equipo y suministros médicos	Ciertos procedimientos quirúrgicos

Evaluación/exámenes psicológicos; servicios para la salud mental hasta 12 horas por año más manejo de medicamentos (si el cliente no reúne los Requisitos de la Red de Apoyo Regional para Acceder a Atención Médica).	Servicios para la salud mental cuando el cliente reúne los Requisitos de la Red de Apoyo Regional para Acceder a Atención Médica.
--	---

**EPSDT es un programa de evaluación/diagnóstico/tratamiento para la salud médica y mental de niños hasta la edad de 19 años.*

***Disponibile en muchas de las Clínicas de Salud Pública. Puede que también esté disponible a través de su plan.*

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo o conforme con mi Plan de Salud? ¿Cuáles son mis derechos?

Si usted no está de acuerdo con algo que alguien le ha dicho en su plan de salud, o no está seguro que sea correcto, o quiere seguir con un doctor que se retira de su plan, o siente que ha sido tratado injustamente, o piensa que podría recibir mejor atención médica en otro lugar, a continuación hay algunas cosas que puede hacer:

➤ *Pida una segunda opinión:*

Los Planes tienen la obligación de darle una segunda opinión de otro profesional de la salud en el plan cuando usted la pide. Llame a su plan de salud. Además, el juez de una audiencia imparcial puede autorizar una segunda opinión fuera del plan. Para esto, Ud. debe pedir primero una audiencia de DSHS (véase abajo.)

➤ *Póngase en contacto con el representante del consumidor de su plan:*

Cada plan tiene un representante o defensor del consumidor. El número de teléfono debe estar atrás de su tarjeta del Plan. A veces esta persona puede ayudarle a resolver el problema. Por lo general, su plan de salud debe tratar su llamada como una queja formal o una apelación y cumplir con el procedimiento apropiado.

➤ *Presente una queja formal o una apelación:*

Los planes de salud tienen normas y procedimientos para revisar sus decisiones. Todo plan debe darle una copia del proceso de quejas formales y de las apelaciones. Recomendamos hacer una queja o una apelación por escrito, aunque el plan debe aceptar las quejas verbales también. Póngase en contacto con su plan para hacer esto. Una apelación es para pedir que el plan de salud cambie una decisión que haya tomado. Puede apelar si:

- El plan de salud ha dicho que le van a negar, terminar o cambiar un servicio.
- El plan de salud ha negado el pago de un servicio
- El plan de salud no ha provisto los servicios de manera oportuna
- El plan de salud no responde a una queja o petición que usted ha presentado.

Si está apelando porque el plan ha dicho que le va a terminar o cambiar un servicio, usted tiene el derecho de continuar recibiendo ese servicio durante el proceso de apelación. Usted debe pedir que se lo continúen dentro de los 10 días de haber sido notificado que podrían parar o cambiar el servicio. Si no tiene éxito con su apelación, es posible que tenga que pagarle al plan de salud por ese servicio. Asegúrese de explicar la razón de su apelación, tal como la negativa de remitirlo a un especialista.

Una queja es cualquier expresión de disconformidad con cualquier cosa que no sea considerada una apelación. Usted puede presentar una queja en cualquier momento que se sienta disconforme con los servicios que está o no está recibiendo de parte de su plan de salud, su doctor, farmacia o cualquier otro proveedor de su plan de salud.

➤ ***Solicite una audiencia imparcial y pida una revisión independiente:***

Si no está de acuerdo con el resultado final de su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial. En una audiencia imparcial, un juez neutral toma la decisión. El juez no pertenece a DSHS ni a su plan de salud. Puede pedir una audiencia imparcial en su oficina local de DSHS o llamando a esa oficina. También puede pedirla escribiendo a:

Office of Administrative Hearings (Oficina de Audiencias Administrativas)
P.O. Box 42489
Olympia, WA 98504
1-800-583-8270

Si no está de acuerdo con la decisión en la audiencia imparcial, tiene el derecho a una revisión independiente. Esta es una revisión por una Organización para Revisiones Independientes, un comité fuera de su plan de salud. Para pedir una revisión independiente, póngase en contacto por escrito con su plan de salud y mande una copia de esa petición a la Oficina de Audiencias Administrativas. Si la Revisión Independiente no resuelve el asunto, tiene el derecho de apelar la decisión de la audiencia imparcial ante la Junta de Apelaciones. Debido a que ley no es muy clara respecto al lapso de tiempo y el procedimiento para la apelación de una audiencia imparcial, sería bueno ponerse en contacto con CLEAR (888-201-1014) para que le ayuden con el proceso.

Board of Appeals (Junta de Apelaciones)
P.O. Box 45803
Olympia, WA 98504-5803
1-877-351-0002

➤ ***Cambie planes:***

Puede cambiar de planes tan seguido como quiera. El cambio entrará en efecto el siguiente mes, si usted lo pide al menos 7 días laborales antes del fin de mes. Sin embargo, trate de pedir su cambio antes del 15 del mes. Llame al **1-800-562-3022**.

Los niños pueden cambiar al Basic Health Plus llamando al **1-800-826-2444**. Basic Health Plus tiene algunos planes y proveedores diferentes. La cobertura médica para los niños es la misma que en Healthy Options.

➤ ***Cambie proveedores de atención médica básica (PCP):***

Puede cambiar su PCP por cualquier razón. El cambio es efectivo al principio del siguiente mes. Llame a su plan de salud para cambiar.

➤ ***Llame a la línea de información de Healthy Options o al Representante (Defensor) del Cliente de Healthy Options:***

Ellos podrían ayudar a resolver su reclamo y les interesa saber sobre los problemas con los planes. Los números de teléfono están al final de este folleto.

➤ ***Póngase en contacto con servicios de asistencia legal:***

Su oficina local de asistencia legal podría aconsejarlo o representarlo. Si no, ellos pueden darle información para ayudarlo a representarse por sí solo en una audiencia imparcial.

¿Cuáles son mis otros derechos?

¿Qué pasa si no hablo bien inglés, soy sordo o tengo problemas de audición?

Los proveedores de planes deben hacer los arreglos para que haya servicios de interpretación en las visitas médicas sin costo alguno para usted. Si ellos rehúsan hacerlo o le ponen problemas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Asistencia Médica (número de teléfono abajo).

¿Debo pagar por Healthy Options?

No se cobra por servicios de Healthy Options, ni por cualquier otro servicio de Medicaid. Si un servicio no está cubierto por Medicaid, solamente se le puede cobrar si usted firma primero un acuerdo para pagarlo. Si recibe una factura, llame al Servicio al Cliente de Asistencia Médica al **1-800-562-3022**. Si envían la factura a una agencia de cobranza, le ponen una demanda o le retienen el salario como resultado de una factura médica, póngase en contacto con su oficina local de asistencia legal.

¿Qué pasa si no tengo un medio de transporte para ir a cualquier PCP o a otras visitas médicas?

Puede llamar al proveedor de transporte de su condado. Le harán preguntas sobre su profesional de la salud y su atención médica. Tenga su tarjeta de Healthy Options con Ud. El número del proveedor de transporte lo puede conseguir de su plan de salud o trabajador de DSHS. Ellos tienen que llevarlo y traerlo sin ningún costo.

¿Hay algún límite de tiempo para recibir atención médica?

Ud. tiene el derecho de recibir una atención médica adecuada sin ningún tipo de discriminación, las 24 horas al día, 7 días a la semana.

Después de Healthy Options... ¿Cómo se cubre mi atención médica?

Los niños permanecen en Healthy Options o Basic Health Plus mientras los ingresos familiares permanezcan bajo un cierto nivel. (Lea nuestro folleto sobre los programas médicos para los niños).

Si usted ha empezado a trabajar... Healthy Options cubrirá a los padres y parientes que cuidan por un año o más después de que sus ingresos excedan los niveles de Medicaid, hasta una cierta cantidad. (Puede ser que le pidan que pague cuotas mensuales en el segundo medio año). Después de eso, si su empleador no le provee de un seguro total, considere solicitar el plan Basic Health (BH), un programa de aseguranza estatal donde su cuota mensual depende de sus ingresos. DSHS debe revisar la elegibilidad de los niños. Llame a Basic Health para enterarse sobre cobertura, copagos, condiciones previas existentes y para recibir un estimado de cuota o prima (número de teléfono abajo) y el período de espera antes de que pueda inscribirse en el plan.

Si no puede seguir en Medicaid a causa de ingresos que no sean de su trabajo. Sus niños pueden permanecer en Healthy Options dependiendo del ingreso de la familia (lea arriba). Es posible que adultos que estén discapacitados, ciegos, o sean mayores de 65 años de edad pudieran calificar para Medicaid. Considere solicitar el plan Basic Health, un programa de aseguranza estatal donde su cuota mensual depende de sus ingresos. DSHS debe revisar la elegibilidad de los niños. Llame a Basic Health para enterarse sobre cobertura, copagos, condiciones previas existentes, el período de espera antes de poder inscribirse, y para recibir un estimado de cuota o prima (número de teléfono abajo).

Números de Teléfono Importantes

Servicios al Cliente de Asistencia Médica 1-800-562-3022 TTY/TTD 1-800-848-5429	Número de fax de Healthy Options 1-360-664-0408
Exenciones, Cancelaciones de Inscripción y Reclamos de Healthy Options 1-800-794-4360	Información sobre Basic Health 1-800-660-9840

Esta publicación es una obra conjunta de Northwest Health Law Advocates y Northwest Justice Project.



Northwest Health Law Advocates

5111SP Healthy Options/Spanish

Esta publicación contiene información general sobre sus derechos y responsabilidades. No es su intención sustituir asesoría legal específica. La información está vigente a la fecha de su impresión, octubre del 2007.

© 2007 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014, TTY 1-888-201-9737

(Se autoriza su reproducción y distribución a The Alliance for Equal Justice y a personas, sólo con fines no comerciales).