



Departamento de
Servicios Sociales
Programa de Asistencia Médica
Manual del Cliente

Dando cobertura de salud para individuos y familias
que califiquen para Medicaid de Dakota del Sur o el
Programa de Seguro de Salud Infantil.

Introducción

Este manual provee información acerca del Programa de Asistencia Médica de Dakota del Sur. El Programa de Asistencia Médica provee cobertura de salud a los individuos y a las familias que califiquen para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP en inglés).

Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad, por favor llame a la oficina del Departamento de Servicios Sociales (DSS en inglés) local o a un especialista de beneficios. Si usted tiene preguntas acerca de los servicios médicos que se ofrecen, por favor llame a la División de Servicios Médicos del Departamento de Servicios Sociales al 1-800-597-1603.

Este manual junto con otra información también está disponible en el sitio de internet:

<http://dss.sd.gov/medicalservices/>

Usted encontrará la siguiente información en línea:

- ✓ selección de cuidado administrado y fórmulas de cambio,
- ✓ una lista de proveedores primarios de cuidado,
- ✓ preguntas frecuentes,
- ✓ las reglas y regulaciones del programa, y
- ✓ vínculos con otros sitios útiles.

Por favor quédese con este manual para referencia.

Índice

Asistencia Médica.....	1
Información de Cuidado Administrado.....	2
✓ Inscripción al Cuidado Administrado.....	3-4
✓ Servicios de Salud para Nativo-Americanos (IHS)...	5
✓ Clínicas de Cuidado Agudo/Cuidado Urgente	5
✓ Cuidado de Emergencia.....	6
✓ Servicios de Cuidado Administrado.....	7
✓ Responsabilidades y Derechos.....	8
Servicios de Cobertura.....	9-12
Cuidado del Bebé.....	13
Cuidado de Niño-Saludable.....	14
✓ Well-Child Exam Schedule.....	15
Título XIX de Transporte Médico Sin-Emergencia....	16
Pago de los Cobros Médicos.....	17-19
Fraude y Abusos de la Asistencia Médica.....	20
Quejas, Apelaciones, y Auditorias Justas.....	20-21
Contactos.....	22

Ayuda médica

¿Qué es la Asistencia Médica?

La Asistencia Médica es un programa financiado por los gobiernos federal y estatal que provee cobertura médica para las personas que cumplen ciertos requisitos. Si usted cumple con los requisitos, la Asistencia Médica actuará como su compañía de seguros y pagará por los servicios médicos tales como visitas al doctor, al hospital, al dentista y al quiropráctico.

¿Quién cumple con los requisitos de Asistencia Médica?

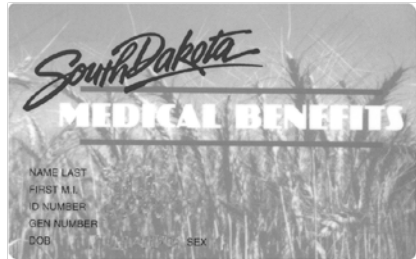
Para cumplir con los requisitos para recibir Asistencia Médica, usted debe cumplir con el criterio de elegibilidad para los programas como el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP en inglés), Familias de Bajos Ingresos (LIF en inglés), Asistencia en el Hogar de Ancianos u otros programas de Asistencia Médica. Si usted recibe pagos de Ingresos de Seguro Suplementario (SSI en inglés), usted también califica para Asistencia Médica.

Si usted ya tiene seguro de salud, también califica para Asistencia Médica en tanto cumpla con el criterio. Asistencia Médica puede pagar los deducibles, los co-pagos y otros servicios médicos que no los cubren otras compañías de seguros.

Tarjeta de Identificación para Beneficios de Médicos

Usted debe tener su Tarjeta de Identificación para Beneficios Médicos todas las veces que recibe cuidado médico. Usted debería llevar esta tarjeta con usted en todo momento.

Si usted no muestra esta tarjeta cuando recibe los servicios, puede que usted tenga que pagar el cobro. Si usted pierde su tarjeta, por favor contacte a la oficina de DSS local para que le manden un reemplazo.



Confidencialidad

Toda información médica acerca de los aplicantes y de los clientes del Programa de Asistencia Médica es confidencial. Compartir esta información está limitado a propósitos directamente conectados con la administración del Programa de Asistencia Médica. El uso de la Tarjeta de Identificación para Beneficios de Médicos por un cliente que cumpla con los requisitos representa el consentimiento y le permite al Programa de Asistencia Médica compartir la información necesaria con los proveedores de Asistencia Médica.

Cuidado Administrado

¿Qué es cuidado administrado?

El Programa de Cuidado Administrado está designado para mejorar el acceso al cuidado médico y mejorar la calidad de cuidado que usted recibe dándole un hogar médico. Como un cliente de cuidado administrado, usted debe recibir los servicios de cuidado administrado de su Proveedor Primario de Cuidado (PCP en inglés). Usted también debe tener una referencia (permiso) de su PCP para visitar la mayoría de especialistas y hospitales. Usted puede recibir ciertos servicios llamados Servicios Exentos de Cuidado Administrado de otros proveedores sin tener una referencia de su PCP. Refiérase a la página 7.

¿Quién debe participar en Cuidado Administrado?

Los clientes que califican para los siguientes programas deben participar en cuidado administrado:

- ✓ Clientes de Ingresos de Seguro Suplementario (SSI en inglés): ciegos, personas con discapacidades mayores de 19 años de edad.
- ✓ Familias que califican para el Programa Familias de Bajos Ingresos (LIF en inglés).
- ✓ Niños de bajos ingresos que califican para Medicaid.
- ✓ Niños que califican para CHIP
- ✓ Mujeres que califican para cobertura de embarazo de bajos ingresos.

NOTA: Si usted tiene Medicare o vive en un lugar como un hogar de ancianos, usted no estará inscrito en el Programa de Cuidado Administrado.

Las Responsabilidades del Proveedor Primario de Cuidado

Su Proveedor Primario de Cuidado (PCP en inglés) se responsabiliza de:

- ✓ Coordinar su cuidado de salud y proveer los servicios de cuidado de salud.
- ✓ Referirlo a usted a proveedores especialistas y autorizar cuidado hospitalario, y a otros servicios cuando sea medicamente necesario y que no los pueda dar su PCP.
- ✓ Proveer acceso las 24 horas, 7 días a la semana por teléfono.
- ✓ Respetar sus derechos
- ✓ Comunicarse con usted acerca de su cuidado de salud.

Inscripción al Cuidado Administrado

¿Cómo escoger a su Proveedor Primario de Cuido?

DSS le notificará si tiene que escoger un Proveedor Primario de Cuido (PCP en inglés). Un PCP es un médico o un clínico quien usted visita para la mayoría de su cuidado médico. DSS le dará una fórmula de selección y una lista de PCPs en su área. Usted debe completar la fórmula escogiendo un PCP para cada miembro de su familia que califique.

Si usted no escoge a un PCP, DSS escogerá uno por usted. Contacte la División de Servicios Médicos al 1-800-597-1603 si tiene preguntas o necesita ayuda completando la fórmula.

Usted puede ahorrar tiempo al seleccionar a su PCP en línea:

<http://dss.sd.gov/sdmedx/includes/recipients/recipientprograms/changeforms.aspx>

Por favor considere lo siguiente cuando escoja a su PCP para usted y para su familia:

- ✓ Los pediatras usualmente solo tratan a niños. Los proveedores gineco-obstetras solo tratan a mujeres y usualmente solo lidian con embarazos y servicios de ginecología. Los doctores de medicina interna solo tratan a adultos.
- ✓ Ubicación: Considere que tan lejos debe de viajar para visitar a su PCP.
- ✓ Algunos proveedores tienen muchos pacientes y no pueden aceptar más. Esto se indica con un “*” junto al nombre del PCP en la lista de PCPs. No seleccione un PCP que tenga muchos pacientes a menos que usted esté seguro que va a ser aceptado. Consulte con la oficina del PCP antes de hacer la selección si no está seguro si usted va a ser aceptado.
- ✓ Necesidades especiales: si usted o un miembro de familia que califique tienen necesidades especiales de cuidado de salud, usted debería contactar a la oficina del PCP antes de escoger para asegurarse que el proveedor cumplirá con las necesidades especiales.

El PCP que usted escoja o el que se le asigne será su doctor el primer día del mes siguiendo su selección o asignación. DSS le notificará con el nombre del doctor y la fecha en la que empieza su inscripción. Usted debe recibir la mayoría de su cuidado médico de este PCP. El PCP puede que lo refiera a otros proveedores.

¿Cómo Cambiar a su Proveedor Primario de Cuido?

Si usted desea cambiar a su PCP, usted debe completar la fórmula de cambio de PCP. La oficina de DSS local tiene estas fórmulas y el personal está disponible para ayudarlo a llenarlas. También puede conseguir las fórmulas llamando a la División de Servicios Médicos al 1-800-597-1603 y en línea:

<http://dss.sd.gov/sdmedx/includes/recipients/recipientprograms/changeforms.aspx>

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Usted debería explicar la razón por la que quiere cambiar al PCP en la fórmula de cambio de PCP. Las peticiones de cambio usualmente se aprueban, a menos que el PCP no esté disponible o esté ubicado muy lejos de su hogar. Si aprueban el cambio, su nuevo PCP será su doctor el primer día del mes que sigue después que reciban la fórmula de cambio.

Si usted se cambia de dirección, contacte a la oficina de DSS local. Esto asegurará que no haya rompimiento de cobertura, que su información esté al día, y le dará una oportunidad de cambiar a un PCP que esté en su nueva área.



RECUERDE:

Si usted cambió de PCP y usted tiene una referencia a un especialista, hospital u otro servicio de su PCP antiguo, usted necesitará una nueva referencia de su nuevo PCP.

Servicios de Salud para Nativo-Americanos (IHS en inglés)

¿Quiénes califican para recibir IHS?

Si usted es Nativo-Americano, usted puede recibir cuidado médico de los Servicios de Salud para Nativo-Americanos (IHS en inglés) gratuitamente. Si usted está en el Programa de Cuidado Administrado, usted puede escoger a IHS como su Proveedor Primario de Cuidado (PCP en inglés) o usted puede escoger a alguien más. Aun si IHS no es su PCP, usted si puede recibir servicios de IHS sin tener una referencia de su PCP.



¿Qué pasa si IHS quiere referirme a algún otro lado?

IHS puede referirlo a proveedores externos si IHS es su PCP. Sin embargo, si IHS no es su PCP, IHS solo puede referirlo a uno de sus proveedores contratados. Si su PCP no es IHS y a usted lo refiere IHS a un proveedor no-contratado, el Programa de Asistencia Médica NO pagará por los servicios provistos.

Clínicas de Cuidado Agudo/Cuidado Urgente

¿Qué son las Clínicas de Cuidado Agudo/Cuidado Urgente?

Las clínicas de cuidado agudo y cuidado urgente proveen cuidado inmediato para enfermedades agudas y traumas menores sin cita previa. Si usted debe participar en el Programa de Cuidado Administrado, usted necesita contactar a su PCP antes de recibir los servicios de una clínica de cuidado agudo o de cuidado urgente. Si su PCP determina que los servicios de la clínica son necesarios, su PCP contactará a la clínica de cuidado agudo o de cuidado urgente y le dará la información de referencia. Si usted recibe los servicios de una clínica de cuidado agudo o de cuidado urgente sin una referencia, usted será responsable de los servicios provistos en la clínica de cuidado agudo o de cuidado urgente.

Cuidado de Emergencia

Cuidado de emergencia “verdadero” no requiere una referencia del PCP. Usted puede obtener los servicios de clínicas, doctores, clínicas abiertas las 24 horas y de salas de emergencia de hospitales para emergencias “verdaderas”.

Emergencias Verdaderas

Una emergencia “verdadera” ocurre cuando los síntomas de la condición médica son tan severos que cualquier persona con un conocimiento promedio de medicina pensaría que la salud del individuo está en peligro a menos que sea tratada inmediatamente. Cuidado rutinario para enfermedades o heridas leves NO se definen como una emergencia “verdadera”.

El proveedor médico, basándose en pautas federales y estatales, quien trata al paciente determina si la emergencia “verdadera” existe. Usted se hará responsable de pagar los cobros médicos de cuidado que no sea de emergencia a menos que su PCP le dé una referencia. Contacte la oficina de su PCP si no está seguro de recibir cuidado de emergencia.

El cuidado de emergencia no requiere una referencia de su PCP. Usted puede obtener los servicios de clínicas, doctores, clínicas abiertas las 24 horas y de salas de emergencia de hospitales para emergencias “verdaderas”.

¿Cuándo debería ir a la sala de emergencia?

Usted solo debería ir a la sala de emergencia cuando tenga una emergencia “verdadera”. No visite la sala de emergencia para cuidado rutinario. Usted podría pagar por el cuidado rutinario dado en la sala de emergencias si no tiene una referencia de su PCP.

El Cuidado de Seguimiento para una Emergencia Verdadera

El Cuidado de Seguimiento, tal como visitar al doctor, revisiones y otros servicios provistos después que se mejore la condición de emergencia, se debe proveer o referir por su PCP. Notifíquelo a su PCP después de recibir el cuidado médico de emergencia acerca de todos los cuidados de seguimiento planeados.

Emergencia Fuera del Estado

Asistencia Médica cubrirá servicios de emergencia fuera del estado con las mismas limitaciones que con los servicios dentro del estado si el proveedor acepta Asistencia Médica de Dakota del Sur.

Servicios de Cuidado Administrado

SI = Los servicios se ofrecen o son referidos por su PCP.

NO = Los servicios están Exentos de Cuidado Administrado y no necesitan la referencia de sus PCP.

Servicios Médicos	Referencia del PCP Requerida
Servicios Hospitalarios de Pacientes	
Hospitalizados/No-Hospitalizados	Sí
Servicios de Doctor/Clínica	Sí
Servicios Relacionados no Embarazo	Sí
Servicios de Salud en el Hogar	Sí
Servicios Hospitalarios de Rehabilitación	Sí
Psiquiatría/Psicología	Sí
Pas, NPs, Enfermeras de Parto	Sí
Instalaciones de Tratamiento Residencial	Sí
Equipo Médico Duradero	Sí
Servicios de Distrito Escolar	Sí
Servicios de Cuidado Quirúrgico Ambulante	Sí
Exámenes de Niño-Saludable	Sí
Centros Comunitarios de Salud Mental	Sí
Oftalmología (no de anteojos)	Sí
Terapia (Física, de Habla, Ocupacional)	Sí
Servicios de Laboratorio/Rayos-X (en otro establecimiento)	Sí
Cirugía Oral	Sí
Servicios de Drogas Prescritas	No
Servicios de Emergencias Verdaderas	No
Servicios de Planificación Familiar	No
Servicios de Podiatra	No
Servicios de Optometría (cuidado rutinario del ojo, anteojos)	No
Servicios del Quiropráctico	No
Servicios Dentales	No
Inmunizaciones	No
Servicios de Salud Mental para SED y clientes de SPMI	No
Ambulancia/Transporte	No
Laboratorios/Rayos-X independientes	
(el paciente no estaba presente)	No
Anestesiastas	No
Tratamiento de Dependencia Química	No

Responsabilidades y Derechos

Sus Responsabilidades como Cliente de Cuidado Administrado

- ✓ Enseñar su Tarjeta de Identificación para Beneficios Médicos a todos los proveedores de cuidado de salud antes de recibir cualquier servicio médico.
- ✓ Ser cortés y tratar a todos los proveedores médicos con respeto.
- ✓ Ir a su PCP para la mayoría de su cuidado médico. Es su responsabilidad establecer y mantener la relación doctor-paciente con su PCP.
- ✓ Obtener una referencia (tarjeta de referencia) de su PCP antes de visitar a cualquier otro proveedor para recibir servicios de cuidado administrado. Si su PCP no ha aprobado los servicios, Asistencia Médica NO pagará los cobros.
- ✓ No faltar a sus citas médicas. Llame a la oficina del proveedor médico con tiempo si va a llegar tarde o no puede llegar del todo.
- ✓ Contactar al especialista de beneficios si hay cambios en su caso o si tiene preguntas que hacerle.
- ✓ Ir a la sala de emergencias solo si tiene “emergencias verdaderas.”
- ✓ Pagar su costo-compartido (si es aplicable) y los servicios que no cubre el Programa de Asistencia Médica o los que no fueron referidos apropiadamente por su PCP.



Los Derechos del Beneficiario del Cuidado Administrado

- ✓ Ser tratado con respeto y con consideración de su dignidad y privacidad.
- ✓ Recibir información acerca de las opciones de los tratamientos disponibles y las alternativas y de participar en las decisiones acerca de su cuidado de salud, incluyendo el derecho de reusar un tratamiento.
- ✓ Escoger a su PCP y que se le dé la información y el tiempo para hacerlo.
- ✓ Recibir una copia de su historial médico si usted lo pide y que sean enmendado o corregido si está incorrecto.

Servicios de Cobertura

Servicios de Cobertura de la Asistencia Médica

Es su responsabilidad preguntarle a su proveedor médico (su doctor, farmacéutico, etc.) si la Asistencia Médica cubre ciertos servicios. NO asuma que todos los servicios médicos están cubiertos y pagados por la Asistencia Médica. Antes que la Asistencia Médica cubra los siguientes servicios, el servicio DEBE de ser determinado como medicamento necesario. Usted deberá pagar por los servicios que no los cubra la Asistencia Médica.

Ambulancia

Cubre viajes en ambulancia por tierra y aire, los encargados, el oxígeno y el millaje cargado (más cualquier otro gasto necesario) cuando sea medicamento necesario llevar al cliente al proveedor médico capaz de proveer el cuidado necesario. El servicio será prestado solo si otro tipo de transporte pondría en peligro la vida o salud del cliente. Llamar a la ambulancia si no hay otro tipo de transporte no es apropiado cuando no haya que prestar servicios de emergencia.

Quiropráctico

Cubre la manipulación manual de la columna vertebral. Asistencia Médica no pagará por más de 30 manipulaciones en un periodo de 12 meses.

Clínicas

Cubre servicios y suministros médicos suplidos bajo la dirección de un doctor.

Dental

Cubre los exámenes, rayos-X, limpiezas, rellenos, y provee cobertura limitada de tratamiento de nervio, coronas, dentaduras parciales, dentaduras completas y anestesia. Algunos servicios requieren autorización previa.

Servicios de ortodoncia: tratamiento de ortodoncia para niños podrían estar cubiertos. En la mayoría de los casos, un niño debe de tener una condición de ortodoncia que le impida comer, masticar o hablar. Autorización previa se requiere para todo cuidado de ortodoncia.

NOTA: Si tiene más preguntas acerca de los servicios dentales o de ortodoncia, por favor contacte a Delta Dental de Dakota del Sur al número 1-800-627-3961.

Educación acerca de la Diabetes

Cubre hasta 10 horas de educación inicial de auto-administración de diabetes y dos horas por año de educación de seguimiento. Se requieren una evaluación de la necesidad y una orden documentada del doctor.

Equipo Médico Duradero

Cubre equipo reutilizable que sea medicamento necesario y cumple con los límites de servicio. **NOTA:** Solo se permite un nebulizador cada cinco años por familia. El remplazo de una prótesis auditiva se provee solo después que haya pasado un mínimo de tres años de la prueba original o si la prótesis auditiva original ya no sirva.

Los equipos que NO se cubren incluyen: equipo de ejercicios, prendas para usar protectoras, y equipo de comodidad personal o de control de ambiente tal como aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, calentadores u hornos.

El equipo médico, además de las prótesis auditivas, se les proveen a los clientes de hogares de ancianos por el hogar de ancianos.

Planificación Familiar

Cubre el diagnóstico y tratamiento, drogas, suministros, aparatos, procedimientos y consejo para la personas de edad fértil.

Salud en el Hogar

Cubre cuidado geriátrico, terapia y suministros provistos en el hogar del cliente.

Residencia para Enfermos Terminales

Cubre el cuidado de clientes con enfermedades terminales por un enfermero licenciado.

Hospital

Pacientes Hospitalizados: Cubre alojamiento y comida, servicios regulares de enfermero, suministros y equipo, cuartos de operación y parto, rayos-X, laboratorio y terapia.

Pacientes No-Hospitalizados: Cubre servicios de sala de emergencia y suministros, laboratorio, rayos-X y otros servicios de radiología, cuidado terapéutico, medicinas y cirugía ambulatoria.

Clientes de Cuidado Administrado: Refiérase a los requerimientos adicionales de la Sala de Emergencia (ER en inglés) en la Sección de Cuidado de Emergencia.

Salud Mental

Cubre evaluaciones de psiquiatría y psicología así como psicoterapia individual y familiar para el cuidado y tratamiento de enfermedades y trastornos mentales. So se cubren servicios de orientación psicopedagógica.

Hogar de Ancianos

Cubre alojamiento y comida, cuidado geriátrico, cuidado terapéutico, comidas y suministros médicos generales. La Asistencia Médica NO pagará por el equipo médico duradero para los residentes de un hogar de ancianos.

Cubertura Fuera del Estado

Cuando reciba servicios fuera del estado, asegúrese de que:

1. El proveedor es un Proveedor de Asistencia Médica de Dakota del Sur;
2. si usted es un cliente de cuidado administrado, usted debe tener una referencia de su PCP;
3. los servicios que va a recibir están cubiertos bajo las pautas de la Asistencia Médica de Dakota del Sur. Pregúntele a su proveedor si los servicios están cubiertos.

La Asistencia Médica cubrirá los servicios de emergencia fuera del estado con las mismas limitaciones que aplican a los servicios provistos dentro del estado si el proveedor acepta la Asistencia Médica de Dakota del Sur.

Cuidado Personal

Cubre el cuidado personal básico, servicios de aseo personal y del hogar, si se relaciona con el cuidado médico esencial a la salud del paciente. Este servicio de debe de proveer en el hogar del paciente y debe de ser ordenado por un doctor.

El Doctor

Cubre los servicios médicos y quirúrgicos administrados por un doctor, los suministros y medicinas que se dan en la oficina del doctor, los rayos-X y los exámenes de laboratorios que se necesitan para un diagnostico y su tratamiento.

Pediatría

Cubre las visitas a la oficina del podiatra, suministros, rayos-X, revisión de glucosa y cultivos y procedimientos limitados de cirugía.

Prescripciones

Cubre la mayoría de, pero no todas, las prescripciones de medicinas, suministros de diabetes, prescripciones de planificación familiar, suministros y aparatos. No cubre la mayoría de los medicamentos o productos que se compran sin receta.

Rehabilitación Hospitalaria

Cubre terapia extensiva de rehabilitación siguiendo una enfermedad o herida.

Esterilización

Cubre los procedimientos de esterilización cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

1. El cliente tiene al menos 21 años de edad;
2. El cliente es un individuo legal y competente;
3. El cliente ha firmado una fórmula de consentimiento informado después de haber cumplido los 21 años de edad; y
4. Han pasado de 30 a 180 días desde el momento que se firmó la fórmula y la fecha de esterilización.

Visión

Cubre el examen, los lentes y los marcos. Los lentes de contacto están cubiertos por este plan solo cuando sea necesario corregir ciertas condiciones. Usted solo puede recibir remplazo para sus anteojos después de 15 meses y el cambio sea medicamente necesario.

Transporte en Silla de Ruedas

Cubre los servicios de transporte sin-emergencia para tratamientos médicos de ida y vuelta desde la casa del cliente hasta el proveedor médico, entre proveedores médicos, y desde el proveedor médico y devuelta a la casa del cliente. El cliente debe de estar limitado a una silla de ruedas para recibir este servicio.

Cuidado del Bebé

Cuidado Médico para Usted y Su Bebé

En asociación con el Departamento de Salud de Dakota del Sur, el Programa de Asistencia Médica provee los siguientes servicios:

- ✓ Revisiones Médicas y ayuda con el transporte.
- ✓ Evaluaciones de embarazo (preguntas acerca de su salud).
- ✓ Administración del caso (ayuda con los servicios que usted necesite).
- ✓ Educación prenatal (aprenda acerca de su embarazo y como cuidarse usted y cuidar a su bebé).
- ✓ La pre-inscripción al hospital para el alumbramiento.
- ✓ Referencias a otros programas.

Para más información contactes con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

Usted puede ubicar las oficinas en línea en: www.dss.sd.gov/offices o llamar al 1-800-597-1603 para más ayuda.

Usted también puede llamar al Enfermero de Salud Comunitaria local por medio del Departamento de Salud llamando al 1-800-738-2301.

Cuidado Prenatal Recomendado

Las visitas rutinarias prenatales usualmente son una vez al mes durante los siete meses, cada dos semanas durante el octavo mes, y semanales durante el noveno mes.



Cuidado de Niño-Saludable

¿Qué es Cuidado de Niño-Saludable?

Las visitas de Cuidado de Niño-Saludable ayudan a prevenir enfermedades antes de que se empeoren. Las visitas también proveen tratamientos para cualquier enfermedad que su hijo pueda tener. Estos servicios están disponibles para los niños menores de 12 años de edad que tengan Asistencia Médica.

¿Qué servicios provee la Asistencia Médica para prevenir enfermedades?

La Asistencia Médica pagará una variedad de revisiones médicas incluyendo una exanimación y evaluación del estado general físico, de salud mental, de crecimiento, del estado de desarrollo y nutricional, de visión, del oído y dental. También se revisa el estado de inmunización para asegurarse que el niño está al día. Revisiones de plomo también se ofrecen.

Inmunizaciones

No importa donde viva, su hijo debería estar inmunizado apropiadamente. Si su hijo necesita inmunizaciones, por favor contacte al doctor de su hijo hoy mismo para hacer una cita.

Revisiones de Plomo

Niveles altos de plomo en el sistema de su hijo puede ser dañino si se deja sin diagnosticar. Todos los niños que califican para la Asistencia Médica deberían recibir un examen de plomo cuando tengan 12 y 24 meses de edad. Contacte al doctor de su hijo para más información en cuanto a si su hijo debería recibir este examen.

Los niños con Necesidades de Salud Especiales

Si su hijo tiene una condición de salud crónica, los Servicios de Salud Especiales para Niños podrían ayudar. Llame al 1-800-738-2301 para más información.

Título XIX de Transporte Médico Sin-Emergencia

El Programa Título XIX de Transporte Médico Sin-Emergencia provee asistencia para las necesidades de transporte médico sin-emergencia (NEMT en inglés) de los clientes. Usted puede ser reembolsado por el millaje, las comidas y la estadía.

Requerimientos:

- ✓ Usted debe de estar en el Programa de Asistencia Médica que provea cobertura del Título XIX (Medicaid).
- ✓ Transporte debe de ser a las instalaciones médicas más cercanas o al proveedor médico más capaz de proveer los servicios necesarios.
- ✓ El servicio debe de ser un servicio cubierto por Medicaid rendido por un proveedor médico que está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.
- ✓ Los viajes hechos antes de la fecha de elegibilidad no se pueden reembolsar.
- ✓ Transporte al Proveedor Primario de Cuidado (PCP en inglés) si se puede reembolsar. Si el viaje excede el límite de 75 millas, el transporte solo será reembolsado si una excepción de "buena causa" ha sido otorgada por el Programa de Cuidado Administrado. Alojamiento y comidas no son reembolsables cuando se viaja al PCP.
- ✓ Viajes a los proveedores especialistas médicos que no sean su PCP requieren una tarjeta de referencia.
- ✓ Alojamiento y comidas son reembolsables cuando el proveedor está al menos a 100 millas de la ciudad del cliente y el viaje es para obtener cuidado especializado o tratamiento que resulte en una noche de estadía.
- ✓ La Fórmula de Reembolso del Título XIX de Transporte Médico debe ser completada y firmada por el cliente, el padre o guardián. La sección del *Proveedor Médico* en la fórmula debe de ser completada y firmada por el recepcionista, el enfermero o el proveedor médico.

Nosotros nos reservamos los derechos de negar la cobertura a cualquier petición hecha fuera de las pautas del área de cobertura general para el transporte médico sin-emergencia. Para más información, por favor llame al 1-866-403-1433 o visite: <http://dss.sd.gov/sdmedx/includes/recipients/title19transportation.aspx>.

Pago de los Cobros Médicos

¿Qué pasa si yo ya tengo otro seguro de salud?

Su otro seguro de salud es la primera fuente de pago. Los proveedores médicos deben cobrarle a su seguro de salud primero, antes de cobrarle al Programa de Asistencia Médica. Usted debe reportar otra cobertura de seguro al especialista de beneficios y a su doctor, clínica, u hospital en donde reciba su cuidado médico.

¿Quién paga por los servicios que no están cubiertos por el Programa de Asistencia Médica?

La mayoría de los servicios están cubiertos bajo el Programa de Asistencia Médica; sin embargo, hay algunos que no lo están. Es su responsabilidad preguntarle a su doctor si los servicios que está recibiendo están cubiertos. Si los servicios no están cubiertos bajo el Programa de Asistencia Médica, usted será responsable de pagar los cobros.

¿Qué es Costo-Compartido?

Si usted califica para los beneficios médicos, usted pagará una pequeña porción de sus cobros médicos y Asistencia Médica pagará el resto; esto se llama costo-compartido. Las cantidades de costo-compartido varían dependiendo del servicio prestado. Su proveedor le puede decir cuánto serán las cantidades de costo-compartido por el servicio que reciba.

No hay costo-compartido por:

- ✓ Servicios relacionados al Embarazo.
- ✓ Planificación familiar.
- ✓ Terapia nutricional y suministros para clientes menores de 21 años de edad.
- ✓ Servicios hospitalarios de emergencia que cumplan con los criterios de “emergencia verdadera”.

Si usted es cliente de Cuidado Administrado y usted visita a su PCP o a un proveedor designado en la misma clínica que su PCP, el Programa de Asistencia Médica pagará el costo-compartido. Si usted visita a un especialista en la misma clínica que su PCP, usted será responsable del costo-compartido.

¿Cuáles son los Costos-Compartidos de varios Servicios Médicos?

- ✓ Cuidado del Doctor (incluyendo proveedores de salud mental independientes):
\$3 por visita.
- ✓ Prescripciones:
\$3 por cada prescripción de marca o repuesta de medicamento.
Nota: No hay costo-compartido en medicamentos genéricos.
- ✓ Optometría y Servicios Oculares:
\$2 por cada procedimiento, lente, marco, examen o servicio de reparación.
- ✓ Servicio Dental para Adultos:
\$3 por cada procedimiento.
- ✓ Servicios Hospitalarios de Pacientes Hospitalizados:
\$50 por cada admisión.
- ✓ Servicios Hospitalarios de Pacientes No-Hospitalizados y Centros Quirúrgicos Ambulatorios:
5 por ciento del reembolso admisible hasta un máximo de \$50.
- ✓ Equipo Médico/Aparatos Prostéticos:
5 por ciento del reembolso admisible.
- ✓ Servicios Quiroprácticos Cubiertos:
\$1 por cada procedimiento.
- ✓ Servicios de Podiatra Cubiertos:
\$2 por cada procedimiento cubierto.
- ✓ Clínicas de Salud Mental:
5 por ciento del reembolso admisible por cada procedimiento.
- ✓ Servicios Nutricionales (para mayores de 21):
\$2 por día – enteral, \$5 por día – parenteral.
- ✓ Educación de Diabetes:
\$3 por unidad de servicio.

¿Me pueden cobrar a mí por los servicios pagados por el Programa de Asistencia Médica?

Cuando el Programa de Asistencia Médica paga por los servicios cubiertos, el servicio se considera pagado por completo. El proveedor no puede cobrar ningún balance restante del servicio dado a usted, a su familia, a sus amigos, o a nadie más. Los proveedores solo pueden cobrarle los costos-compartidos admisibles bajo el Programa de Asistencia Médica y por los servicios que no están cubiertos.



¿Qué son Recuperaciones de Patrimonio y puede ser mi familia responsable por pagar de vuelta el Programa de Asistencia Médica?

El Reembolso por asistencia médica se trata de obtener del patrimonio del individuo que recibió los servicios. Si en el momento de muerte, el individuo que recibió los servicios tiene un esposo/a vivo, la recuperación puede ser demorada hasta que ocurra la muerte del esposo/a. La recuperación vendría del patrimonio y no de un individuo de familia.

¿Hay factores que afectan cuanto reembolso busca el estado?

Si un cliente de Medicaid está institucionalizado en el momento de muerte, el estado puede recobrar todos los gastos por la asistencia médica departe del cliente.

Si un cliente de Medicaid no está institucionalizado en el momento de muerte, la recuperación se basaría en servicios de ciertos tipos dados al cliente de 55 años de edad o más. Estos incluyen:

- ✓ Servicios en instalaciones de enfermería
- ✓ Servicios basados en el hogar y en comunidad
- ✓ Servicios de prescripción de medicamentos
- ✓ Servicios hospitalarios
- ✓ Servicios de instalaciones de cuidado intermediarios
- ✓ Servicios nutricionales.

Fraude y Abusos de la Asistencia Médica

Fraude del Cliente

Se considerará fraude cuando individuos hagan declaraciones o representaciones falsas para calificar para el Programa de Asistencia Médica. Fallar en proveer toda la información requerida (incluyendo tener otra cobertura de seguro) puede considerarse como fraude. Si usted comete fraude, usted puede ser procesado bajo las leyes criminales del estado y bajo las leyes federales de fraude y abuso.

Fraude del Proveedor

Si usted nota cualquier cobro del cuidado médico que usted no ha recibido o si a usted le cobran un balance (además del costo-compartido) después que la Asistencia Médica haya pagado, por favor contáctese con la División de Servicios Médicos al 1-800-597-1603.

Línea Roja para Denunciar el Fraude

Si usted conoce de alguien quien esté cometiendo fraude para recibir Asistencia Médica, por favor llamar a la línea roja para denunciar el fraude al 1-800-765-7867

Quejas, Apelaciones, y Auditorias Justas

¿Qué es una Queja?

Una queja es un reclamo que usted presenta cuando piensa que hay algo malo o inapropiado en cuanto al Programa de Asistencia Médica o los servicios provistos por los proveedores médicos. Todas las quejas se investigarán y se aceptan verbalmente o por escrito.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud informal hecha por escrito, pidiendo que una decisión sea revocada. Las apelaciones se definen como quejas relacionadas a acciones específicas hechas por el estado o por los proveedores médicos que resultan en la negación de un pago por cuidados médicos o la negación de servicios. Pedir una apelación no le niega su habilidad de pedir una Auditoria Justa.

Presente sus quejas y apelaciones a:

Dirección:

División de Servicios Médicos, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501

Teléfono:

1-800-597-1603

Correo Electrónico:

Medical@state.sd.us

¿Cómo puedo pedir una Auditoria Justa?

Si usted piensa que el Departamento de Servicios Sociales ha tomado una decisión legalmente inapropiada en cuanto a la determinación de su elegibilidad médica o decisión de pago, envíe una petición por escrito para pedir una Auditoria Justa a la Oficina de Auditorias Administrativas en Pierre al 605-773-6851.

Una Auditoria Justa es una reunión que lo involucra a usted, a un oficial de auditorías y a un representante del Departamento de Servicios Sociales. En la auditoria, usted tendrá la oportunidad de explicar sus inquietudes. Si usted actualmente está recibiendo beneficios y pide una auditoria, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los beneficios

¿Qué pasa si pienso que me han discriminado?

Ni el Departamento de Servicios Sociales o ni su proveedor médico pueden discriminarlo a base de su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión y/o nacionalidad de origen.

Para presentar una queja de discriminación, por favor envíe una carta a:

South Dakota Department of Social Services
División of Legal Services
700 Governors Drive
Pierre, SD 57501

Nota de Comunicación

Ser capaz de comunicarse con su proveedor médico y con el Departamento de Servicios Sociales es importante. Ayuda está disponible para aquellos que lo necesiten.

Notifique al proveedor o al personal de su departamento si usted tiene dificultades entendiendo la información que le están dando.

Hay servicios, sin costo alguno, de interpretación para los beneficiarios con pocas habilidades para el inglés (LEP en inglés) y para los que tienen dificultades físicas.

Contactos

Números de Teléfono

Departamento Servicios Sociales:

- ✓ División de Servicios Médicos: 1-800-597-1603
- ✓ División de Servicios al Adulto y Envejecimiento: 1-866-854-5465
- ✓ Título XIX Información de Transporte: 1-866-403-1433
- ✓ Oficina de Auditorías Administrativas: 605-773-6851
- ✓ Oficina de Recuperaciones e Investigaciones de Fraude: 605-773-3653
- ✓ Línea Roja para Denunciar el Fraude: 1-800-765-7867
- ✓ Cuidado de Niño-Saludable: Cordinador: 605-773-3495

Delta Dental de Dakota del Sur al 1-800-627-3961

Departmento de Salud al 1-800-738-2301

Sitios Web

Departamento de Servicios Sociales: www.dss.sd.gov

- ✓ División de Servicios Médicos
<http://dss.sd.gov/medicalservices/>
- ✓ Delta Dental of South Dakota
www.deltadentalsd.com
- ✓ Oficina de Auditorías Administrativas
www.dss.sd.gov/adminhearings
- ✓ Oficina de Recuperaciones e Investigaciones de Fraude
www.dss.sd.gov/benefitfraud
- ✓ Información de Elegibilidad Médica
www.dss.sd.gov/sdmedx/includes/portal/verifyeligibility/index.aspx

Departmento de Salud: www.doh.sd.gov



Strong Families - South Dakota's Foundation and Our Future

Developed by the South Dakota Department of Social Services.

Printed on recycled paper.

www.dss.sd.gov