



MEDICAID DE DAKOTA DEL SUR

GUÍA DEL BENEFICIARIO



South Dakota
Department of
Social Services

JUNE 2021

Índice

Diez cosas que debe saber sobre Medicaid	1
Derechos y responsabilidades	2
Familias fuertes Familias saludables	3
Chequeos anuales	4
Cobertura del embarazo	9
Programa de proveedores de atención primaria (PCP)	11
Programa de casas de salud	13
Cambio de proveedor	14
Servicios de salud indígena	16
Atención de cuidados agudos y de urgencia	16
Remisiones	17
Atención de emergencia	19
Servicios fuera del estado	20
Pago de facturas médicas	21
Cantidades de costos compartidos	23
Cobertura médica	24
Cobertura de transporte	32
Conexión laboral	35
Quejas, apelaciones y audiencias imparciales	36
Mercado de seguros médicos	37
Formulario 1095-B del IRS	38
Fraude y abuso	38
Información de contacto	39
Registro de consultas	41

Consulte esta guía en línea en dss.sd.gov/medicaid/recipients

Diez cosas que debe saber

1. Medicaid cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Consulte las páginas 9 y 24 para obtener información sobre la cobertura.
2. Hágase un chequeo anual para mantenerse sano. La información sobre cómo llevar una vida saludable y sobre la atención de prevención está en la página 4.
3. La mayoría de los beneficiarios tiene cobertura dental. Visite al dentista dos veces al año para mantener una sonrisa sana.
4. Siempre muestre su tarjeta de identificación de Medicaid en su cita. Usted podría ser responsable de la factura si no la muestra.
5. Tenemos servicios de transporte para ayudarlo a asistir a su cita médica. Consulte la página 32 para obtener más información sobre sus opciones.
6. Deberá visitar a un solo médico para la mayor parte de su atención médica. Este médico se llama “proveedor de atención primaria” (PCP). Consulte la página 10 para obtener información sobre cómo funciona esto.
7. Usted podría necesitar una remisión de su PCP para algunos servicios médicos. En la página 17 hay una lista de servicios que necesitan una remisión.
8. La mayoría de los servicios fuera de Dakota del Sur necesita una autorización previa de Medicaid de Dakota del Sur. Consulte la página 20.
9. Diríjase a una sala de emergencias solo cuando sea necesario. Para obtener más información, consulte la página 19.
10. Es posible que tenga que pagar una pequeña cantidad de sus facturas médicas. Consulte la página 23.

Derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a:

- recibir un trato digno y respetuoso;
- elegir a su proveedor, y tener la información y el tiempo para hacerlo;
- recibir material por escrito de su PCP de una manera que usted entienda;
- recibir información de su médico sobre opciones de tratamiento;
- participar en todas las decisiones sobre su atención médica y rechazar cualquier tratamiento que le ofrezcan;
- pedir y recibir una copia de su expediente médico;
- pedir que le corrijan el expediente médico si estuviera incorrecto. Toda la información de Medicaid es privada. La información sobre su atención y cobertura solo se puede usar para los fines de Medicaid.
- Su uso de la tarjeta de identificación de Medicaid permite el intercambio de información entre el Departamento de Servicios Sociales (DSS) y los proveedores de Medicaid.

Usted tiene la responsabilidad de:

- mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid a los proveedores;
- visitar al mismo médico, como su proveedor de atención primaria o el proveedor de la casa de salud, para recibir la mayor parte de su atención médica;
- obtener una remisión de su PCP o proveedor de la casa de salud antes de recibir servicios que necesiten una remisión (consulte la página 16 para acceder a una lista de estos servicios);
- elegir o cambiar de PCP, si corresponde;
- pagar los servicios que Medicaid no cubra, incluyendo los que excedan el límite o no necesiten una remisión;
- pagar el costo compartido, si corresponde;
- pagar el costo del expediente médico impreso;
- usar la sala de emergencias (ER) solo para emergencias potencialmente mortales;
- seguir las instrucciones de la guía;
- comunicarse con su especialista de beneficios para consultar sobre cambios en su caso o si necesita ayuda;
- llamar al consultorio del médico con anticipación si llegará tarde o si necesita reprogramar su cita;
- ser amable y tratar a los proveedores con respeto.

Para obtener más información de los derechos y las responsabilidades, visite dss.sd.gov/medicaid/rr.aspx.

Familias fuertes | Familias saludables

Puede tomar decisiones saludables para usted y su familia todos los días. Mantenerse activo y alimentarse bien es importante para que usted y su familia estén sanos. Abajo hay algunos consejos útiles para mantenerse sano.



Haga ejercicio. Si se mantiene en movimiento, su salud mejora. Caminar, hacer deporte, excursionismo y ciclismo son maneras en que usted y su familia pueden mantenerse en movimiento. Los niños y adolescentes deben jugar o estar activos 60 minutos al día. Los adultos deben hacer, al menos, 150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de actividad enérgica a la semana.



Elija comidas saludables. MyPlate del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que se muestra abajo, indica la combinación adecuada de comidas en un plato saludable. Intente que la mitad de su plato sea de frutas y vegetales.



Cepílese los dientes y use hilo dental todos los días. Cepílese dos veces durante dos minutos con pasta con flúor para mantener una sonrisa sana y evitar las enfermedades dentales.

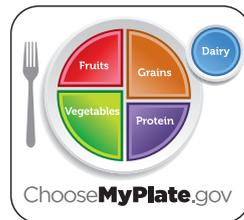


No consuma tabaco. Comuníquese con la línea para dejar de fumar de Dakota del Sur llamando al 1.866.SD.QUITS (737.8487) para hablar con alguien sobre cómo dejar de fumar. Visite www.sdquitline.com para obtener consejos útiles.



Beba alcohol con moderación o no beba. Si usted o alguien que conoce tiene preocupaciones sobre la adicción o el abuso de sustancias, comuníquese con la División de Salud Conductual al 605.773.3123.

Asegúrese de hablar con su proveedor sobre lo que puede hacer para mantenerse sano. Para obtener más información sobre la alimentación saludable y cómo mantenerse activo, visite healthysd.gov.



Chequeos anuales

Los chequeos anuales ayudan a garantizar que usted y su familia reciban la atención necesaria para estar y mantenerse sanos. Un chequeo anual y otros servicios de prevención forman parte de sus beneficios de Medicaid si usted tiene cobertura completa. Llame a su proveedor para programar una consulta para el chequeo anual. Asegúrese de mencionar que la visita será para obtener atención preventiva.

Controles de niño sano



Chequeo anual: Los controles de niño sano ayudan a garantizar que los bebés, niños y adolescentes reciban la atención que necesitan para estar y mantenerse sanos. Los bebés y los niños pequeños necesitan 12 controles de niño sano antes de cumplir los 3 años. Consulte el programa de chequeos de la página 7 para asegurarse de que su hijo reciba toda la atención médica recomendada. Las personas de entre 3 y 20 años deben hacerse un control de niño sano todos los años.

Atención dental: Las limpiezas y los exámenes dentales regulares ayudarán a su hijo a mantener una sonrisa sana y a prevenir enfermedades dentales y caries. Medicaid cubre dos limpiezas y dos exámenes dentales por año del plan. Su hijo debe visitar al dentista cada seis meses, a partir del año de edad. Consulte la página 28 para obtener información sobre otros servicios dentales y los límites.



El barniz de flúor ayuda a prevenir caries nuevas y puede ayudar a detener el avance de caries existentes. Consulte con su dentista o proveedor de atención médica sobre el barniz de flúor.

Los selladores dentales pueden proteger a su hijo de las enfermedades dentales que contribuyen a la aparición de caries. Consulte con su dentista sobre los selladores para los molares de su hijo.

Exámenes de la vista: Los exámenes de la vista hechos por un oftalmólogo pueden ayudar a determinar si su hijo necesita anteojos. La visión sin corregir o los problemas de la vista pueden ocasionar problemas de aprendizaje. El examen de la vista hecho por un oftalmólogo debería hacerse a los 6 meses de edad, entre los 3 y los 5 años, y anualmente después de los 5 años.





Vacunas: Recuerde consultar con el médico de su hijo sobre las vacunas necesarias para que se mantenga sano. En la página 6 hay una lista de vacunas recomendadas. Revise la tabla y asegúrese de que su hijo esté al día con sus vacunas. Su hijo también debería recibir una vacuna contra la gripe todos los años.

Controles de adulto sano



Chequeo anual: Los chequeos pueden incluir control de la presión y del colesterol, vacunas y otros tipos de atención necesarios. En el caso de las mujeres, los chequeos pueden incluir un examen de mujer sana y una prueba de Papanicolaou. Los chequeos anuales también le permiten hablar con su médico sobre sus dudas sobre la salud. Medicaid cubre un chequeo al año.

Pruebas de detección de cáncer: Hable con su médico para saber si las pruebas de detección de estos tipos de cáncer son necesarias:

- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de boca
- Cáncer de próstata
- Cáncer de piel



Atención dental: Las limpiezas y los exámenes dentales regulares lo ayudarán a mantener una sonrisa sana. Medicaid cubre dos limpiezas dentales al año y dos exámenes dentales. Consulte la página 28 para obtener información sobre otros servicios dentales y los límites.



Exámenes de la vista: Los exámenes anuales de la vista hechos por un oftalmólogo pueden determinar si usted necesita anteojos o si tiene otros problemas de la vista que puedan contribuir a la pérdida de la vista.



Vacunas: Las vacunas ayudan a prevenir enfermedades. Las vacunas contra la gripe estacional reducen las visitas al médico y las ausencias al trabajo. Medicaid cubre las vacunas contra la gripe y otras vacunas necesarias. Consulte con su médico sobre las vacunas recomendadas para adultos.



Hable con su proveedor sobre otros servicios de prevención para usted y su familia.

PROGRAMA DE VACUNAS RECOMENDADAS

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años	11-12 años	16 años
HepB (hepatitis B)	1 dosis	1 dosis											
RV (rotavirus)		1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis								
DTap (tétanos, difteria, tosferina)		1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis		1 dosis				1 dosis		
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)			1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis							
PCV (antineumocócica)			1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis							
IPV (poliomielitis)		1 dosis					1 dosis						
Gripe (influenza)													
SPR (vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola)							1 dosis				1 dosis		
Varicela (techina)							1 dosis				1 dosis		
HepA (hepatitis A)								2 dosis					
MCV4 (antimeningocócica)												1 dosis	1 dosis
HPV (virus del papiloma humano)												2 dosis	

Visita para chequeo de rutina y vacuna.

HOJA DE RUTA

0 a más de 18 AÑOS

NACIMIENTO
Vacuna de la HepB.
Pregunte si se necesitan más pruebas auditivas.

1 MES
Pregunte si se necesitan más pruebas auditivas.

2 MESES
Vacunas. DTaP, Hib, IPV, PCV, Rota, HepB

4 MESES
Vacunas. DTaP, Hib, IPV, PCV, Rota. (HepB n.º 2, si se da la primera a los 2 meses)

7

12 MESES
Se recomienda chequeo dental al primer año de edad; después de eso, chequeos dentales semestrales.
Pruebas de detección de plomo. Vacunas. SPP, varicela, HepA

9 MESES
Evaluación del desarrollo. (HepB n.º 3, si se da la primera a los 2 meses)

6 MESES
Vacunas. Vacuna de la gripe (influenza) DTaP, Hib, IPV, PCV, Rota. (HepB n.º 3, si se da la primera al nacer)

15 MESES
Vacunas. DTaP, Hib, PCV, IPV

18 MESES
Evaluación del desarrollo. Vacunas. Hepatitis A

24 MESES
Visita para chequeo de rutina; después, cada año
Pruebas de detección de plomo. HepA, si no se recibió a los 18 meses.

30 MESES
Evaluación del desarrollo.

4 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacunas. Tdap, IPV, MMR, SPP, Varicela, influenza y cualquier vacuna que falte.

3 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Chequeo de la vista para las edades de 3 a 5 años; después, cada año.

5 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

6 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

7 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

8 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

11 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe. Vacunas. Tdap, MCV4, HPV

10 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

9 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

8

12 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe. Vacunas. Tdap, MCV4, HPV si no se dieron a los 11 años.

13 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

14 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

15 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

16 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe. Vacunas. MCV4 2.ª dosis y cualquier vacuna que falte.

17 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.

MAYOR DE 18 AÑOS
Visita para chequeo de rutina. Vacuna de la gripe.



South Dakota
Department of
Social Services
Strong Families - South Dakota's Foundation and Our Future



SOUTH DAKOTA
DEPARTMENT OF
HEALTH

Cobertura del embarazo

La atención prenatal es importante para la salud de su bebé. Las visitas prenatales de rutina son una vez al mes hasta el séptimo mes, cada dos semanas en el octavo mes y cada semana en el noveno mes. Programe la atención prenatal con su proveedor de atención primaria o con la casa de salud. Pida una remisión si su proveedor de atención primaria o proveedor de la casa de salud no le da atención prenatal.



Cobertura completa del embarazo

Si usted está en este programa, tendrá cobertura completa de Medicaid mientras esté embarazada. Cuando nazca su bebé, se le cambiará a servicios de posparto durante 60 días después del parto.

Cobertura limitada solo al embarazo

Si usted está en este programa, sus servicios se limitan a:

- Servicios para condiciones médicas causadas por el bebé o que lo afecten directamente, incluyendo servicios dentales médicamente necesarios. Esto no incluye servicios como la mayoría de las fracturas, cortes, problemas de la vista, etc.
- Cuando nazca su bebé, la cambiarán a servicios posparto por 60 días después del parto.



Cobertura de atención prenatal para niños no nacidos

Si usted está en este programa, sus servicios se limitan a:

- Servicios para condiciones médicas causadas por su bebé o que lo afecten directamente, incluyendo servicios dentales médicamente necesarios. Esto no incluye servicios como la mayoría de las fracturas, cortes, problemas de la vista, etc.
- Cuando su bebé nazca, su cobertura terminará. Los servicios posparto no están cubiertos según este programa.



Cobertura de su recién nacido

Cuando su bebé nazca, comuníquese de inmediato con el especialista de beneficios para que su hijo tenga cobertura de Medicaid. Asegúrese de dar al hospital y a todos sus proveedores el número de identificación de Medicaid de su bebé para que puedan facturar a Medicaid. Recuerde que debe elegir un proveedor de atención primaria para su bebé.



Servicios posparto

Los servicios posparto son los servicios que usted recibe después del nacimiento de su bebé. Los servicios posparto incluyen la atención posparto, servicios de planificación familiar y cualquier atención de seguimiento para condiciones relacionadas con el embarazo.



Forbabysakesd.com/ da información y recursos para ayudar a las mujeres a tener embarazos y bebés sanos.

El programa WIC, administrado por el Departamento de Salud de Dakota del Sur, da:

- Educación sobre nutrición y orientación personalizadas.
- Educación y asistencia para amamantar
- Información de remisión para otros servicios sociales y médicos.
- Orientación para comprar comida saludable.
- Orientación sobre actividades para un estilo de vida saludable.
- Comida saludable para complementar las dietas.

Para obtener más información, visite www.sdwic.org o llame al 1.800.738.2301.

Programa de proveedor de atención primaria (PCP)

¿Qué es el programa de PCP?

El programa de proveedor de atención primaria (PCP) está diseñado para mejorar su acceso a la atención médica. Tener un médico o una clínica primarios donde usted reciba la mayoría de los servicios puede mejorar la calidad de la atención.

Es necesario que la mayoría de los beneficiarios que califican para Medicaid estén en el programa de PCP. Esta guía le servirá para orientarse en las políticas y los requisitos de dicho programa. Si tiene alguna pregunta sobre las políticas que se describen en la guía, llame al 1.800.597.1603.

Dos cosas que debe hacer:

1. Si aún no lo hizo, programe una cita para un chequeo con su nuevo PCP. Consulte las páginas 4 y 5 para obtener más información sobre los chequeos.
2. Pregunte a su proveedor cómo acceder a servicios necesarios después del horario de atención. Los proveedores estarán disponibles por teléfono 24/7.

RECUERDE:

- Se necesita una remisión o un permiso para la mayoría de los servicios de especialidad y de hospital.
- Algunos servicios necesitan una remisión, que se debe obtener antes de su cita. Consulte la página 16 para obtener más información.
- Antes de buscar atención de emergencia, llame a la línea 24/7 de su proveedor para que lo ayude a tomar una decisión sobre cómo proceder.
- Si cambia de PCP, recuerde que también debe obtener una remisión actualizada.

Consejos para elegir a un PCP para usted y su familia:

- Sepa qué tipo de médico necesita: Generalmente, los pediatras atienden únicamente a niños. Los proveedores de ginecología u obstetricia atienden únicamente a mujeres para prestarles servicios por embarazo y de ginecología. Los médicos de medicina interna generalmente atienden únicamente a adultos.
- Elija un lugar cerca de casa: Considere cuánto debe viajar para visitar a su PCP. Tenga en cuenta que solo se pagarán los viajes al médico o a la clínica más cercanos a su casa. Consulte la página 30 para saber cómo recibir pagos por los viajes.
- Obtenga un permiso para visitar a médicos con cupo cerrado: Algunos proveedores no están atendiendo a pacientes nuevos. Un asterisco "*" al lado del nombre del PCP en la lista indica que ese proveedor tiene cupo completo y que usted necesita una carta por escrito del médico para poder elegirlo.
- Pregunte sobre necesidades especiales: Si usted o su familia tienen necesidades especiales de atención médica, debe llamar al consultorio del PCP antes de elegirlo para asegurarse de que dicho proveedor cubra sus necesidades.

Medicaid de Dakota del Sur le enviará una carta con el nombre de su PCP y la fecha de inicio en la que debe empezar la atención con su PCP. Generalmente, empezará el primer día del mes después de que elija o le asignen un PCP.

Elección de su PCP

¿Cómo elijo un PCP?

Medicaid de Dakota del Sur le dará las herramientas que necesita para elegir a su PCP.

1. Elija un PCP para cada familiar elegible.
2. Si no elige un PCP, elegirán uno por usted.
3. Elija a su proveedor en línea en dss.sd.gov/pcphselection.
4. Hay una lista de PCP en dss.sd.gov/chooseapcp.
5. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al 1.800.597.1603.

Programa de casas de salud

El programa de casas de salud de Dakota del Sur presta servicios de atención médica mejorados para los beneficiarios de Medicaid que padecen condiciones crónicas.

El programa de casas de salud puede ayudarlo a:



Mantenerse sano

- Enseñándole cómo cuidarse y tomar decisiones saludables.
- Ayudándolo a programar pruebas de detección y citas cuando las necesite.
- Asegurándose de que usted reciba la atención que necesita para evitar que enferme.



Planificar su atención médica

- Enfocando la atención médica en usted como persona integral.
- Estableciendo objetivos para sus necesidades médicas y creando un plan con relación a cuándo y cómo usted recibe atención.
- Creando un equipo para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud.
- Dando remisiones a otros proveedores o especialistas.



Recibir apoyo para usted y su familia

- Colaborando con usted, médicos, enfermeros, consejeros, hospitales y otros para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Explicándole las pruebas y los resultados para asegurarse de que entienda todo sobre su salud.
- Asegurándose de que usted no tenga que regresar al hospital ni a la ER después del alta.



Conectarse con su atención médica

- Colaborando con usted y su familia o su cuidador para asegurarse de que usted pueda enfocarse en su salud.
- Ayudándolo a recibir otros servicios que necesite en su comunidad.

Elección de una casa de salud

¿Cómo elijo un proveedor de casas de salud (HHP)?

1. Medicaid de Dakota del Sur le enviará una carta. En ella se le puede informar que su proveedor actual es un HHP o si tiene que elegir un HHP de una lista para cada familiar elegible.
2. Elija a su proveedor en línea en dss.sd.gov/pcphhselection. Hay una lista de HHP en dss.sd.gov/chooseahh.
3. Ningún beneficiario está obligado a participar en el programa de casas de salud. Usted tiene derecho a negarse si le piden que participe en el programa.
4. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al 1.800.597.1603.

Consejos para elegir a un HHP:

- Sepa qué tipo de médico necesita: Los pediatras atienden a niños. Los proveedores de ginecología u obstetricia únicamente atienden a mujeres y, generalmente, solo para darles servicios por embarazo y de ginecología. Los médicos de medicina interna atienden a adultos.
- Elija un lugar cerca de casa: Considere cuánto debe viajar para visitar a su HHP y elija un HHP al que pueda ir con regularidad. Solo se pagarán los viajes al HHP más cercano a su casa. Consulte la página 30 para saber cómo recibir pagos por los viajes.
- Obtenga un permiso para visitar a médicos con cupo cerrado: Algunos médicos no están atendiendo a pacientes nuevos. Un asterisco "*" al lado del nombre del HHP en la lista de casas de salud indica que ese HHP tiene cupo completo y que usted necesita una carta del médico para poder elegirlo.
- Pregunte sobre necesidades especiales: Si usted o su familia tienen necesidades especiales de atención médica, debe llamar al consultorio de la casa de salud antes de elegirla para asegurarse de que el HHP cubra sus necesidades.

Medicaid de Dakota del Sur le enviará una carta con el nombre de su HHP y la fecha de inicio en la que debe empezar a usar la casa de salud. Generalmente, empezará el primer día del mes después de que elija un HHP.



Servicios de salud indígena (IHS)

¿Puedo recibir atención médica de los IHS?

Si usted es un indio americano, puede recibir servicios médicos de los IHS y de cualquier otro centro operado por tribus si está inscrito en Medicaid. Es posible que Medicaid también cubra servicios que no prestan los IHS u otros centros operados por tribus.

¿Puedo elegir los IHS como mi PCP o HHP?

Si usted está en los programas de PCP o de casas de salud, puede elegir los IHS u otro centro operado por tribus como su PCP o HHP, o puede elegir a alguien más. Incluso si los IHS u otro centro operado por tribus no son su PCP o su HHP, usted puede recibir servicios de los IHS y otros centros operados por tribus sin una remisión de su PCP o HHP.

¿Qué ocurre si los IHS quieren enviarme a otro lugar para que reciba atención?

Los IHS u otro centro operado por tribus pueden remitirlo a proveedores que no sean de Medicaid.

Cambio de proveedor

Usted puede pedir un cambio de PCP o HHP en cualquier momento.

¿Cómo cambio de PCP o HHP?

- Cambie de PCP o HHP en línea en dss.sd.gov/pcphselection.

Hay una lista de PCP en dss.sd.gov/chooseapcp.

Hay una lista de HHP en dss.sd.gov/chooseahh.

- Indique el motivo del cambio en el sistema en línea.
- Su nuevo PCP o HHP empezará el primer día del mes siguiente, después de que se procese su petición de cambio. Recibirá una carta informándole que se aprobó su cambio.

RECUERDE:

Si cambia de PCP o HHP, su remisión actual ya no será válida. Asegúrese de obtener una remisión nueva de su PCP o HHP nuevo.

¿Qué hago si me mudo?

- Si se muda a un área nueva, comuníquese con la oficina local del DSS y deles su dirección y teléfono nuevos.
- Elija un nuevo PCP o HHP en su área nueva.

Atención de cuidados agudos y de urgencia

Las clínicas de atención de cuidados agudos y de urgencia prestan atención inmediata para enfermedades agudas y lesiones menores dando consulta sin cita. Si está inscrito en el programa de PCP o de casas de salud, para cuatro visitas por año del plan no se necesita remisión. Todavía recomendamos que informe a su PCP o HHP de cualquier visita de atención de cuidados agudos o de urgencia. Un año del plan comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio. Después de usar esas cuatro visitas, debe llamar a su PCP o HHP antes de ir a una clínica de atención de cuidados agudos o de urgencia. Su PCP o HHP se comunicará con la clínica de atención de cuidados agudos o de urgencia y le dará la información de remisión si determina que se necesitan los servicios. Usted será responsable de pagar la factura si recibe servicios de una clínica de atención de cuidados agudos o de urgencia sin una remisión.

Remisiones de PCP y HHP

La siguiente lista de servicios tendrá un para identificar si necesita una remisión de su PCP o HHP.

Servicios	Se necesita	No se necesita
Clínicas de atención de cuidados agudos o de urgencia (las primeras cuatro visitas por año del plan desde el 1 de julio hasta el 30 de junio están exentas de remisiones)	✓	
Ambulancia (terrestre y aérea)		✓
Quiropráctica		✓
Clínica	✓	
Transporte de la comunidad		✓
Salud dental		✓
Capacitación en el control de su propia diabetes	✓	
Dietista o nutricionista	✓	
Equipo médico duradero	✓	
Especialista en oftalmología	✓	
Planificación familiar y pruebas de enfermedades de transmisión sexual (STD)		✓
Atención a domicilio	✓	
Vacunas		✓
Hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios	✓	
Análisis de laboratorio o radiografías (en otro centro)	✓	
Emergencia potencialmente mortal		✓
Servicios de salud mental para beneficiarios diagnosticados con alteración emocional grave o enfermedad mental grave		✓
Residencia de atención de largo plazo		✓

Servicios	Se necesita	No se necesita
Centro comunitario de salud mental para pacientes ambulatorios	✓	
Servicios de atención personal		✓
Médico	✓	
Asistentes médicos, enfermeros de práctica avanzada y parteras	✓	
Podología		✓
Servicios relacionados con el embarazo	✓	
Psiquiatría o psicología	✓	
Medicamentos de venta con receta		✓
Hospital de rehabilitación	✓	
Centros de tratamiento residencial	✓	
Centros quirúrgicos para procedimientos ambulatorios (incluye operaciones de la boca y la vista)	✓	
Servicios del distrito escolar (siempre se necesita una remisión)	✓	
Transporte médico seguro		✓
Tratamiento ambulatorio para el trastorno por consumo de sustancias		✓
Terapia (física, del habla, ocupacional, de audiología)	✓	
Servicios de la vista (atención de rutina de la vista, anteojos)		✓
Controles de niño sano y de adulto sano	✓	

Atención de emergencia



- Para problemas de salud graves que podrían causar una lesión prolongada o la muerte, como sangrado intenso, dolor de pecho, falta de aire, dolor intenso, reacción alérgica grave o pérdida de la consciencia.
- Si el problema no es una emergencia potencialmente mortal, es posible que deba pagar la factura.



- Para el tratamiento de un resfriado, tos u otras enfermedades o lesiones menores.
- No vaya a la ER porque es más fácil o más conveniente para usted.
- Usted será responsable del pago de la factura por los servicios sin remisión o que no sean de emergencia.

Esté preparado para una emergencia

Pida al consultorio de su PCP o HHP un número al que llamar después del horario de atención de la clínica y escríbalo en la página 39. Use ese número si su problema es grave, pero no es potencialmente mortal.

Emergencias potencialmente mortales

La atención de emergencias potencialmente mortales no necesita una remisión. El proveedor médico que atiende al paciente determina si es una emergencia de este tipo basándose en las normas federales y estatales.

Atención de seguimiento ante una emergencia potencialmente mortal

Se necesita que la atención de seguimiento después de la emergencia la preste o la remita su PCP o HHP.

Emergencias fuera del estado: Consulte la página 19.

Servicios fuera del estado

Se necesita autorización previa

Los servicios médicos fuera de Dakota del Sur necesitan una autorización previa. El proveedor que lo remita deberá enviar la solicitud de autorización previa y el expediente médico a Medicaid. Debe buscar atención con un proveedor de Dakota del Sur si los servicios están disponibles en el estado.

Recuerde

- Espere hasta recibir el aviso de aprobación de Medicaid para planificar el viaje.
- Usted es responsable de pagar todos los servicios que reciba fuera del estado que no se hayan aprobado.
- Si usted está en un programa de PCP o en un programa de casas de salud, necesita una remisión de su PCP o HHP y una autorización previa de Medicaid.
- Medicaid no puede pagar servicios médicos fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Excepciones

- Los servicios que se presten dentro de las 50 millas de la frontera de Dakota del Sur y Bismarck, Dakota del Norte, no necesitan autorización previa.
- Ciertos servicios de laboratorio, radiología o patología, equipo médico duradero y servicios de farmacia no necesitan autorización previa.

Emergencias fuera del estado

- Asegúrese de que el proveedor sea un proveedor de Medicaid de Dakota del Sur o esté dispuesto a serlo.
- Si el proveedor no está inscrito o no está dispuesto a inscribirse, usted es responsable de pagar todos los servicios que dicho proveedor les preste a usted y a su familia.

Pago de facturas médicas

Otros seguros médicos

Si usted tiene otro seguro debe avisar al especialista en beneficios y a cualquier médico, clínica u hospital donde usted reciba atención médica. Medicare y el seguro médico privado deben pagar al proveedor antes de cobrarle a Medicaid.

Los ingresos que usted obtenga como resultado de la atención médica, como un pago complementario del seguro de AFLAC o una liquidación, se debe pagar a la Oficina de Recuperaciones e Investigaciones de Fraudes: Office of Recoveries and Fraud, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501.

Servicios no cubiertos

Medicaid cubre la mayoría de los servicios médicos; sin embargo, algunos servicios no tienen cobertura. Usted es responsable de pagar los servicios no cubiertos.

Facturación saldada

El pago de Medicaid se considera un pago total para un proveedor. Un proveedor no puede cobrarles ningún saldo restante de un servicio cubierto a usted, a su familia, a sus amigos ni a ninguna otra persona. Los proveedores solo pueden cobrarle los costos compartidos permitidos por Medicaid y los servicios no cubiertos.

Pago de facturas médicas

No ignore las facturas médicas. Comuníquese con el proveedor y pídale que facture a Medicaid. Si el proveedor le sigue facturando después de 90 días, comuníquese con Medicaid de Dakota del Sur al 1.800.597.1603 para preguntar si Medicaid recibió un reclamo para su fecha de servicio. Si la factura no se pagó porque el proveedor cometió un error, usted no tiene que pagar la factura. Si usted cometió el error o no dio su tarjeta de identificación de beneficiario al proveedor, Medicaid no puede pagar la factura. El proveedor tiene seis meses a partir de la fecha del servicio para facturar a Medicaid.

Si se aprobó su elegibilidad después de que recibió los servicios, es posible que reciba una carta de elegibilidad retroactiva por correo. Dé una copia de la carta a cada proveedor que visitó en ese tiempo. Si usted no informa a un proveedor de su elegibilidad para Medicaid, es probable que usted sea responsable de la factura.

Costos compartidos

Un costo compartido es una cantidad pequeña de una factura médica que usted podría tener que pagar. Medicaid paga el resto de la factura. Las personas mayores de 21 años deben pagar un costo compartido, a menos que vivan en un centro de atención a largo plazo o reciban servicios en el hogar y en la comunidad.

El costo compartido se limita al 5 % de los ingresos del grupo familiar. Si cree que las cantidades del costo compartido que le cobraron exceden el 5 % de los ingresos de su grupo familiar por trimestre, comuníquese con Medicaid de Dakota del Sur al 1.800.597.1603.

No hay costos compartidos para lo siguiente:

- Servicios relacionados con el embarazo
- Bebés y niños hasta los 20 años.
- Planificación familiar.
- Servicios de emergencia de hospital para una emergencia potencialmente mortal.
- Indios americanos que reciben o recibieron servicios en IHS, centros urbanos de salud india u otros centros tribales.
- Personas inscritas en el programa de cáncer de mama y cuello uterino.
- Personas que reciben atención en un hospicio.
- Personas que viven en un centro de atención de largo plazo o reciben servicios en el hogar y en la comunidad.
- Niños que estuvieron en crianza temporal.

Si usted está inscrito en el programa de PCP o de HHP y visita a su PCP, HHP u otro proveedor elegido para cubrir a su PCP o HHP en la misma clínica, no le cobrarán un costo compartido. Si ve a un especialista en la misma clínica donde atiende su PCP o HHP, tendrá que pagar el costo compartido.

Cantidades de costos compartidos

Servicios de quiropráctica: \$1 por cada procedimiento.

Centros de la comunidad de salud mental: 5 % de los costos permitidos para ciertos procedimientos.

Servicios dentales: \$3 por cada procedimiento.

Educación sobre la diabetes: \$3 por unidad de servicio.

Servicios de dietista o nutricionista: \$3 por visita.

Equipo médico duradero: 5 % de los costos permitidos.

Proveedores independientes de atención médica mental: \$3 por procedimiento.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados: \$50 por cada ingreso.

Visitas médicas, incluyendo visitas de salud mental: \$3 por visita.

Servicios de nutrición: \$2 al día por nutrición enteral; \$5 al día por nutrición parenteral.

Servicios de optometría (oftalmólogo): \$2 por visita.

Suministros ópticos (anteojos, etc.): \$2 por procedimiento.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios: 5% de los costos permitidos hasta un máximo de \$50.

Servicios de podología: \$2 por visita.

Recetas: \$3.30 por cada receta o resurtido de medicamentos de marca y \$1 por cada receta o resurtido de medicamentos genéricos.

Pregunte a su médico si hay una versión genérica de su medicamento de venta con receta para reducir los costos de bolsillo que debe pagar y así ahorrar dinero.

Cobertura médica

Medicaid de Dakota del Sur cubre tres tipos básicos de beneficios médicos:

1. Salud física
2. Salud conductual
3. Salud dental

Requisitos básicos de cobertura

Los servicios deben ser médicamente necesarios y los debe prestar un proveedor inscrito en Medicaid. No todos los servicios médicos tienen cobertura. Antes de recibir un servicio, pregunte a su proveedor si el servicio tiene cobertura. Usted debe pagar los servicios que Medicaid no cubra.

Un servicio puede ser médicamente necesario si:

- Es adecuado para sus necesidades o condición médicas.
- Se considera atención médica estándar.
- Su uso está razonablemente previsto para prevenir o tratar el dolor, lesiones, enfermedades o infecciones.
- No lo pide por conveniencia.
- No es más costoso que otros tipos de tratamientos efectivos.

Los servicios no cubiertos incluyen:

- Tratamientos no comprobados o que todavía se están probando.
- Servicios cuya eficacia no se ha comprobado.
- Servicios que se consideran estéticos.
- Servicios fuera del curso y la duración normal del tratamiento.

Usted puede necesitar una autorización previa de Medicaid de Dakota del Sur antes de recibir algunos servicios. Su médico se coordinará con Medicaid de Dakota del Sur para obtener la aprobación.

Usted puede pedir una segunda opinión. Debe hablar con su PCP o HHP para conseguir una remisión y coordinar su cita. Las peticiones de segundas opiniones de médicos que están fuera de Dakota del Sur necesitan autorización previa. Consulte la página 20 obtener información sobre los servicios fuera del estado.

Salud física

Servicios quiroprácticos

Solo las manipulaciones manuales de columna vertebral tienen cobertura. Medicaid pagará 30 manipulaciones en el año del plan, que comienza el 1 de julio y finaliza el 30 de junio.

Trabajador de salud de la comunidad

Los trabajadores de salud de la comunidad (CHW) son miembros de confianza de la comunidad que emplea una agencia de CHW. Un CHW puede ayudar a los beneficiarios a transitar el sistema de salud y promover una vida saludable. Los beneficiarios deben tener una condición crónica o estar en riesgo de tener una condición crónica y no ser capaces de autocontrolar su condición. Los beneficiarios que tengan una barrera documentada también pueden calificar para recibir los servicios. Se aplican límites de servicios. Verifique con su agencia de CHW que usted no haya excedido el límite de servicios.

Educación sobre la diabetes

Se cubre un máximo de 10 horas de educación en el control de su propia diabetes para beneficiarios que reciben un diagnóstico de diabetes por primera vez. Las 10 horas de educación se pueden recibir en el transcurso de un año. Se permiten dos horas de educación de seguimiento al año. Su médico debe dar la orden para la educación sobre la diabetes.

Dietista y nutricionista

Los servicios de dietista y nutricionista están cubiertos para condiciones específicas. Los servicios se limitan a una hora de servicios al día y 5 horas de servicios al año. Los beneficiarios menores de 21 años pueden exceder estos límites si el servicio se aprueba como médicamente necesario mediante una autorización previa.

Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar tienen cobertura. Los servicios cubiertos incluyen visitas en el consultorio, pruebas de detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y control de natalidad. La esterilización, como las ligaduras de trompas y las vasectomías, tiene cobertura para adultos mayores de 21 años. Se debe completar un formulario de consentimiento 30 días antes de la esterilización.

Atención a domicilio

La atención médica en casa presta servicios de enfermería y terapia en su casa cuando usted se está recuperando de una enfermedad o lesión. Un médico debe dar la orden para los servicios de atención médica en casa.



Telemedicina

Algunos servicios están cubiertos por telemedicina, como terapia del habla, psicoterapia y consulta médica de pacientes, para nombrar algunos. La telemedicina es el uso de un sistema interactivo de telecomunicaciones para prestar comunicación interactiva a distancia en doble vía y en tiempo real entre un proveedor y un beneficiario de Medicaid. Siguen válidos los requisitos de remisión de PCP y HH. Si está interesado en tener una visita por telemedicina, pregunte a su proveedor del servicio si está cubierto por Medicaid.

Hospicio

La atención de hospicio se centra en la comodidad y el apoyo a personas en la etapa final de la vida. Los servicios de hospicio para beneficiarios con enfermedades terminales tienen cobertura si los ordena un médico.

Servicios hospitalarios

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios tienen cobertura. Los servicios para pacientes hospitalizados son los que se prestan cuando usted es admitido en un hospital y permanece allí por más de 24 horas. Los medicamentos autoadministrados no están cubiertos.

Servicios médicos y quirúrgicos

La mayoría de los servicios médicos y quirúrgicos que presta un médico (médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico) tiene cobertura. Los servicios cubiertos incluyen exámenes de rutina, medicamentos recibidos en el consultorio del médico, radiografías y análisis de laboratorio necesarios para diagnósticos y tratamientos. La mayoría de los médicos de especialidad tiene cobertura con una remisión de su PCP o HHP.

Equipos y suministros médicos

Los equipos médicos reutilizables y necesarios por una enfermedad o lesión tienen cobertura. (como sillas de ruedas, andadores y muletas). Se necesita una receta y un certificado de necesidad médica (CMN) de su médico. Un CMN indica por qué es necesario un equipo médico. Los suministros médicos también tienen cobertura. Estos son artículos descartables de atención médica que se necesitan para una condición médica. Es posible que algunos equipos o suministros necesiten autorización previa. Muchos equipos médicos tienen restricciones, incluyendo:

- Nebulizador: se permite uno cada cinco años por familia.
- Reemplazo de aparatos auditivos: solo se permite si los aparatos auditivos originales ya no funcionan y si pasaron tres años desde el ajuste original.
- Extractores de leche: cobertura de un extractor de leche manual al año por familia con un recién nacido. Cobertura de un extractor de leche eléctrico una vez cada tres años por familia con un recién nacido.

Algunos artículos no se consideran equipos médicos y, por lo tanto, no tienen cobertura, por ejemplo, equipo para hacer ejercicio, prendas exteriores de protección, equipo de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, calefactores y hornos.



Centro de atención residencial

Los servicios de centro de atención residencial tienen cobertura cuando las personas no pueden recibir atención segura en sus casas. La cobertura incluye habitación y alojamiento, atención de enfermería, atención terapéutica y comidas. No tiene cobertura el equipo médico para las personas que viven en centros de atención residencial, excepto los aparatos auditivos.

Atención personal

La atención personal puede incluir ayuda para bañarse, usar el baño y tomar los medicamentos. La atención personal tiene cobertura mediante un plan de atención basado en una evaluación. Llame a Dakota At Home al 1.833.663.9673 para obtener más información.

Podología

Los servicios de podología que tienen cobertura incluyen visitas en el consultorio, radiografías, chequeos de azúcar en la sangre, pruebas para el control de infecciones en los pies y procedimientos quirúrgicos limitados.

Medicamentos de venta con receta

La mayoría de los medicamentos de venta con receta tiene cobertura. Algunos medicamentos necesitan una autorización previa. En la mayoría de los casos, las recetas están limitadas a un suministro para 30 días por vez. Se permite un suministro para 90 días de anticonceptivos. La mayoría de los medicamentos y productos de venta sin receta no tiene cobertura. Las cantidades diarias de medicamentos de venta con receta para el dolor son limitadas.

Vista

Los servicios para la vista incluyen exámenes, lentes y monturas. El proveedor puede tener una selección de monturas de donde elegir según el pago permitido de Medicaid. Los lentes de contacto solo tienen cobertura cuando son necesarios para corregir ciertas condiciones. Los anteojos de reemplazo tienen cobertura para los niños cuando se rompan y no puedan repararse. Los anteojos nuevos tienen cobertura después de 15 meses si son médicamente necesarios.

Muchas personas pueden vivir en sus casas en vez de en un centro de atención residencial. Hay ayudas para esas personas, independientemente de la edad o discapacidad que tengan.



Comuníquese con Dakota At Home para obtener más información o encontrar servicios en su área.

1.833.663.9673

Salud conductual

Salud mental

La terapia para personas con enfermedades mentales tiene cobertura. Los servicios están limitados a 40 horas de terapia en un año del plan, que comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio. La persona diagnosticada debe estar presente para que los servicios tengan cobertura. Los servicios de centros de la comunidad de salud mental también tienen cobertura. Los centros de la comunidad de salud mental pueden prestar servicios ambulatorios especializados a adultos con enfermedades mentales graves y a adolescentes con trastornos emocionales graves.

Trastorno por consumo de sustancias

El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, como problemas con las drogas o el alcohol, está cubierto. Los servicios cubiertos incluyen pruebas de detección, evaluaciones y servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias tiene cobertura para todos los beneficiarios de Medicaid que necesiten el servicio.



Salud dental

Los servicios dentales tienen cobertura para niños y adultos. Algunos servicios están limitados por año del plan, que comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio.

Cobertura para niños

Medicaid de Dakota del Sur cubre los siguientes servicios dentales para niños:

- Dos exámenes por año del plan.
- Dos limpiezas por año del plan.
- Dos tratamientos con flúor por año del plan.
- Selladores dentales para molares permanentes, para niños menores de 14 años.
- Fluoruro de diamina de plata.
- Radiografías.
- Empastes.
- Extracción de dientes.
- Coronas de acero inoxidable.
- Coronas permanentes en dientes frontales para niños mayores de 12 años.
- Endodoncia.



Los aparatos de ortodoncia solo tienen cobertura cuando el niño tiene una necesidad excesiva por dificultades para comer, masticar, hablar o respirar. Todos los frenos deben contar con aprobación previa.

Cobertura para adultos

Medicaid de Dakota del Sur cubre los siguientes servicios dentales para adultos:

- Dos exámenes por año del plan.
- Dos limpiezas por año del plan.
- Fluoruro de diamina de plata.
- Empastes.
- Radiografías.
- Extracción de dientes.
- Coronas permanentes en dientes frontales.
- Coronas de acero inoxidable.
- Endodoncia en dientes frontales.
- Dentaduras postizas parciales y completas (no más de una vez cada 5 años).

La cobertura dental para adultos se limita a \$1,000 por año del plan. Los beneficiarios deben pagar los servicios que excedan el límite anual de \$1,000. Los servicios de emergencia médicamente necesarios, los servicios de prevención y las dentaduras postizas parciales y completas están exentos del límite anual de \$1,000. Pregunte a su dentista o a Delta Dental de Dakota del Sur si usted alcanzó el límite anual de \$1,000 o si lo está por alcanzar.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales o el límite de \$1,000, comuníquese con Delta Dental de Dakota del Sur de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, al 1-877-841-1478.

Para acceder a una lista de dentistas que aceptan Medicaid, visite www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html.

Cobertura de transporte

Medicaid de Dakota del Sur cubre el transporte de beneficiarios de Medicaid a citas médicas si:

- El servicio médico está cubierto y es médicamente necesario. Nota: Para recibir servicios fuera del estado, Medicaid de Dakota del Sur debe haberlos autorizado previamente. Consulte la página 19 para obtener más información.
- El proveedor de transporte está inscrito en Medicaid de Dakota del Sur. Antes de reservar el transporte, recuerde preguntar si el proveedor está inscrito en Medicaid de Dakota del Sur y si Medicaid cubre el viaje. No olvide dar su tarjeta de identificación de Medicaid al proveedor de transporte. Nota: Esto no se aplica al programa de viajes médicos que no son de emergencia.
- El transporte es al proveedor médico más cercano que pueda prestarle los servicios. Se hará una excepción si usted tiene una remisión por escrito de un proveedor médico.

Viajes médicos no de emergencia



El programa de viajes médicos que no son de emergencia (NEMT) reembolsa los viajes a citas médicas fuera de su ciudad de residencia. El programa de NEMT le reembolsará las millas recorridas y puede reembolsarle las comidas y el alojamiento si usted necesita pasar la noche en otro lugar y si el proveedor que visitará está, por lo menos, a 150 millas de su ciudad de residencia.

Ejemplo: Jane vive en Pierre y tiene una cita con un especialista en Sioux Falls. Conducirá a Sioux Falls para asistir a la cita. Ella presenta su formulario de reembolso de NEMT completado para obtener el reembolso.

Límites

- El millaje se limita a las millas reales entre dos ciudades y no incluye las millas que conduzca en la ciudad de origen o en la ciudad de destino.

- Los viajes a los proveedores que no sean su PCP o HHP necesitan una remisión.
- El alojamiento y las comidas se reembolsan cuando el proveedor está, por lo menos, a 150 millas de la ciudad donde vive el beneficiario y el viaje es para recibir atención o tratamiento de especialidad, lo que implica que el beneficiario tenga que pasar la noche en algún lugar.
- Si recibe servicios médicos a más de 50 millas de Dakota del Sur, excepto Bismarck, Dakota del Norte, se debe aprobar una autorización previa de Medicaid antes de que se puedan aprobar o pagar los costos del viaje.

Reembolso de NEMT

- El beneficiario, el padre, la madre o el tutor debe completar y firmar el formulario de reembolso de NEMT.
- El proveedor médico, su recepcionista o enfermero debe completar y firmar la sección “Proveedor médico” (Medical Provider) del formulario.
- El formulario se debe enviar en un plazo de seis meses después de que se presten los servicios.
- El formulario está en dss.sd.gov/formsandpubs/docs/MEDSRVCS/DSS-OS-950.pdf.
- Las tarifas de reembolso están en línea en el plan de cargos por servicios de transporte en dss.sd.gov/medicaid/providers/feeschedules/dss/.

Los viajes previos a la fecha de determinación de su elegibilidad no están cubiertos. Nos reservamos el derecho de denegar la cobertura para cualquier petición que no cumpla las reglas generales de cobertura para transporte médico que no es de emergencia.

Para obtener más información, llame al 1.866.403.1433 o visite dss.sd.gov/medicaid/recipients/title19transportation.aspx.

Transporte de la comunidad



Los proveedores de transporte de la comunidad lo pueden transportar a las citas médicas.

El transporte debe ser desde su casa o escuela hasta el consultorio del proveedor médico, entre consultorios de proveedores médicos o desde el consultorio

del proveedor médico hasta su casa o escuela. Hay una lista de proveedores de transporte de la comunidad en dss.sd.gov/medicaid/recipients/communitytransportation.aspx.

Ejemplo: Jane tiene una cita con el dentista. Para ir a la cita, toma el autobús de la ciudad, que es proveedor inscrito de Medicaid. El autobús de la ciudad factura a Medicaid de Dakota del Sur.

Transporte médico seguro



El transporte médico seguro es el transporte para casos que no son de emergencia, para personas que dependen de una silla de ruedas o una camilla para desplazarse. No está cubierto para personas que no necesitan sillas de ruedas o camillas para desplazarse. El transporte debe ser desde su casa hasta el consultorio del proveedor médico, entre consultorios de proveedores médicos o desde el consultorio del proveedor médico hasta su casa. Hay una lista de proveedores de transporte médico seguro en dss.sd.gov/medicaid/recipients/securemedtransportation.aspx.

Ejemplo: Jack necesita una silla de ruedas para desplazarse. Una camioneta para sillas de ruedas lo lleva a una cita con su HHP. La camioneta para sillas de ruedas factura a Medicaid de Dakota del Sur.

Ambulancia



El transporte en ambulancia solo tiene cobertura para emergencias potencialmente mortales. Medicaid de Dakota del Sur cubre la ambulancia por tierra y por aire, en caso de ser necesario. No llame a una ambulancia para obtener transporte en casos que no sean de emergencia.

Ejemplo: John tiene un accidente de tránsito y sufre lesiones potencialmente mortales. Una ambulancia lo transporta al hospital. La ambulancia factura a Medicaid de Dakota del Sur.

Conexión Laboral

Los beneficiarios de Medicaid de Dakota del Sur en el condado de Minnehaha o Pennington son elegibles para participar en el programa de Conexión Laboral.

Este programa puede ayudarlo a encontrar su próximo trabajo. La ayuda disponible incluye:

- Aprender a completar solicitudes de empleo.
- Aprender a hacer un currículum profesional.
- Aprender a participar en entrevistas.
- Identificar el trabajo correcto según sus intereses.

Usted puede recibir asistencia económica para pagar capacitaciones o clases de habilidades/competencias para los trabajos de alta exigencia. Por ejemplo, el Servicio Laboral puede dar capacitaciones para ayudarlo a convertirse en un asistente de enfermería certificado (CNA) o a obtener una licencia de conductor comercial (CDL).

Es posible que haya otros servicios para ayudarlo a cubrir otras necesidades relacionadas con el empleo, incluyendo:

- Asistencia para el transporte.
- Ropa necesaria para comenzar un trabajo nuevo.
- Ayuda con los costos de cuidado infantil.

Para empezar, comuníquese con el administrador del programa de Conexión Laboral al 605-367-5444. Las personas que viven en otras partes del estado pueden hallar su oficina local de Servicio Laboral, visitando dlr.sd.gov/localoffices/default.aspx.



Quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es un reclamo que usted presenta cuando considera que Medicaid o un proveedor médico lo perjudicó. Las quejas formales se pueden presentar por escrito o por teléfono. Se investigarán todas las quejas formales.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es para pedir al estado que vuelva a revisar una decisión que se tomó. Si quiere que el estado vuelva a revisar una decisión que tomó el estado o su proveedor, anote su preocupación y toda la información de respaldo.

¿A dónde envío mis quejas formales o apelaciones?

Envíe todas las quejas formales y apelaciones a Division of Medical Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501. Si tiene más preguntas, llame al 1.800.597.1603 o envíe un correo electrónico a Medical@state.sd.us.

¿Cómo puedo pedir una audiencia imparcial?

Si usted considera que el DSS tomó una decisión inadecuada en la determinación de su elegibilidad médica o pago, escriba sus preocupaciones y envíelas a:

Department of Social Services
Office of Administrative Hearings
700 Governors Drive
Pierre, SD 57501
605.773.6851
admhrngs@dss.state.sd.us

Una audiencia imparcial es una reunión en la que participan usted, un encargado de audiencias y una persona del DSS. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar sus preocupaciones. Si actualmente recibe beneficios y pide una audiencia, tiene derecho a continuar recibiendo los beneficios si apela en un plazo de 10 días.



Mercado de seguros médicos

Usted podría recibir ayuda para pagar el seguro médico si usted o un familiar no es elegible para Medicaid. También puede haber ayuda para pagar el seguro para personas con cobertura limitada del embarazo o servicios posparto de Medicaid.

Las personas pueden inscribirse en un plan de seguro médico por medio del Mercado de seguros médicos cada año durante el período de inscripción abierta. La inscripción en un seguro médico fuera de este período está limitada para personas que tuvieron un evento de vida especial, incluyendo:

- Pérdida de la cobertura médica (incluyendo Medicaid o CHIP).
- Mudanza.
- Matrimonio.
- Nacimiento de un bebé o adopción de un niño.

Si tuvo uno de estos eventos de vida especiales, generalmente tiene 60 días a partir de dicho evento para inscribirse en un plan de seguro médico. Si no lo hace en ese plazo, deberá esperar al siguiente período de inscripción que comienza en noviembre.

Para inscribirse en un plan del seguro médico, visite www.healthcare.gov o llame al 1.800.318.2596 (TTY 1.855.889.4325).

Formulario 1095-B del IRS

El Formulario IRS 1095-B es un documento fiscal que se usa para informar al Servicio de Impuestos Internos (IRS) de los meses que una persona tuvo cobertura médica esencial mínima para los propósitos de los impuestos sobre ingresos.

Usted puede pedir una copia del Formulario 1095-B del año anterior comunicándose con la División de Ayuda Económica al 1.877.999.5612.

Fraude y abuso

Fraude del beneficiario

Dar información falsa para ser elegible para Medicaid se considera fraude. No dar toda la información necesaria, incluyendo informar de otra cobertura de seguro, también se puede considerar fraude. Usted podría ser procesado según las leyes penales estatales y las leyes de fraude y abuso federales si comete fraude.

Fraude del proveedor

Si sospecha que el proveedor cometió fraude, comuníquese con Medicaid de Dakota del Sur al 1-800-597-1603. El fraude del proveedor incluye cobrarle por atención médica que usted no recibió y facturarle servicios que pagó Medicaid; sin embargo, un proveedor puede enviarle una factura por su cantidad del costo compartido.

Línea directa de denuncias de fraude

Comuníquese con la línea directa de denuncias de fraude al 1.800.765.7867 para reportar un posible fraude.

Información de contacto

Teléfonos

Departamento de Servicios Sociales

- Medicaid de Dakota del Sur: 1.800.597.1603
- Información de NEMT: 1.866.403.1433
- Oficina de Audiencias Administrativas: 605.773.6851
- Oficina de Recuperaciones e Investigaciones de Fraude: 605.773.3653
- Programa de casas de salud al 605.773.3495
- Programa de ayuda para el pago de primas: 1.888.828.0059

Departamento de Salud: 1.800.738.2301

Departamento de Servicios Humanos: 1.800.265.9684

- Servicios y Ayudas de Largo Plazo (LTSS): 1.866.854.5465

Delta Dental de Dakota del Sur: 1.877.841.1478

Sitios web

Departamento de Servicios Sociales: dss.sd.gov

Departamento de Salud: doh.sd.gov

Departamento de Servicios Humanos: dhs.sd.gov

Prácticas de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA): dss.sd.gov/keyresources/hipaa

Otros números importantes

Médico _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Médico _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Médico _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Dentista _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Oftalmólogo _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Hospital _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Clínica _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Farmacia _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Otro _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Otro _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Otro _____

Consultorio: _____ Fuera del horario de atención: _____

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.305.9673 (TTY: 711).

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.800.305.9673 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese) - 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.800.305.9673 (TTY: 711)

ကညီ (Karen) - ဟသုဂဟသး-နမ္မာကတိ: ကညီကိာအသိ နမ္မာ ကိာအတၢမၤစၢလၢၤ တလၢၤတၢၣ်လၢၤစၢၤ နိတံၤတၢၣ်လၢၤစၢၤ ကိ: 1.800.305.9673 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.800.305.9673 (TTY: 711).

नेपाली (Nepali) - यान दनुहोस्: तपाइ ले नेपाल बो नह छ भन तपाइ को नि त भाषा सहायता सवाह नःश क पमा उपल ध छ । फोन गनुहोसर् 1.800.305.9673 (ट टवाइ: 711)

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1.800.305.9673 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (Amharic) - ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተሎ ቁጥር ይደውሉ 1.800.305.9673 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

Sudanic Adamawa (Fulfulde) MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1.800.305.9673 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino) - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.800.305.9673 (TTY: 711).

한국어 (Korean) - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.800.305.9673 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.800.305.9673 (телетайп: 711).

Cushite Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1.800.305.9673 (TTY: 711).

Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1.800.305.9643 (TTY: 711).

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.800.305.9673 (ATS : 711).



South Dakota
Department of
Social Services

Impreso en papel reciclado | Julio de 2021
Panther Graphics | 40,000 copias | \$0.42 por copia
MS01

