



CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

2026 Maryland HealthChoice
Manual del miembro del programa

Estimado miembro:

Gracias por elegir a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland (CareFirst CHPMD) como su plan de salud de Organización de atención administrada de HealthChoice (MCO).

Como parte de CareFirst CHPMD, usted continuará recibiendo atención de calidad a través de la red del plan y de los beneficios para los miembros de CareFirst CHPMD. Seguimos apoyándolo para que reciba la atención que se merece.

Este Manual del miembro contiene información importante sobre sus beneficios para la atención médica, como números de teléfono, servicios de proveedores, cómo acceder a la atención, sus derechos y responsabilidades, y más. Un representante del servicio de atención al miembro puede explicarle este manual, responder a sus preguntas o ponerle en contacto con un intérprete si no habla inglés.

Para conocer más, visite nuestro sitio web en carefirst.com/medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o sobre cómo obtener atención, llame a Member Services (Servicios para miembros) al 410-779-9369 o al número gratuito 800-730-8530 (TTY:711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Esperamos poder ofrecerle nuestros servicios.

Atentamente,

**CareFirst BlueCross BlueShield
Community Health Plan Maryland**

Manténgase en contacto

Servicios lingüísticos

¿Necesita información en un formato accesible o en otro idioma? Ir a las páginas 91–93

USUARIOS DE TTY	
Servicio de retransmisión de Maryland	Llame al 711
EMERGENCIA MÉDICA	
Para tratamiento de emergencia que pone en peligro la vida	Llame al 911
Para coordinar la atención de emergencia o urgencia, llame a su médico de atención primaria.	
SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CAREFIRST CHPMD	
P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117	410-779-9369 o 800-730-8530 (usuarios de teletipo [TTY, por sus siglas en inglés]:711)
Sitio web	carefirst.com/medicaid
Coordinador de necesidades especiales	410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) seleccione la opción 4 y pregunte por el coordinador de necesidades especiales
Portal para miembros en línea (My Account)	carefirst.com/myaccount
Coordinador de derechos civiles	Office of the Civil Rights Coordinator CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland P.O. Box 8894 Baltimore, MD 21224 Fax: 410-505-2011 Correo electrónico: civilrightscoordinator@carefirst.com
Servicio al Cliente	410-779-9369 o 800-730-8530; TTY: 711
Facturación	CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland Attn: Claims Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Coordinación de beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland Attn: Enrollment Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Dirección para denuncias de fraude y abuso	Cumplimiento/Unidad de Investigaciones especiales (SIU) de CareFirst CHPMD Correo electrónico: SIU@carefirst.com Escríbanos: CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland Compliance/SIU PO Box 915 Owings Mills, MD 21117 Llámenos: 410-998-5480 o a la línea directa gratuita 800-336-4522

Administración de la atención	Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) y seleccione la opción 4
Gestión de la utilización	Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) y seleccione la opción 1
Departamento de Inscripciones	Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) y seleccione la opción 1
Servicios de farmacia y farmacia de pedidos por correo en Maryland	CVS Caremark: 855-566-8397
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD CONDUCTUAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	
Salud conductual	maryland.carelonbh.com
Línea de Prevención del Suicidio y Crisis	Llame o envíe un mensaje de texto al 988
Sistema Público de Salud Conductual de Maryland	800-888-1965
SERVICIOS DENTALES	
Programa dental Healthy Smiles	855-934-9812
MARYLAND MEDICAID	
Línea de ayuda de HealthChoice	800-284-4510
Miembros embarazadas y línea de ayuda de planificación familiar	800-456-8900
Línea directa de acceso a farmacias y servicios para beneficiarios de Medicaid	410-767-5800 o 800-492-5231
MARYLAND HEALTH CONNECTION	
Para solicitar o renovar Medicaid, informar un cambio y para avisos importantes.	
Asistencia al consumidor	855-642-8572
Sitio web y encuentre el inicio de sesión para su cuenta	marylandhealthconnection.gov

Si necesita que alguien pueda llamar y hablar en su nombre

Debe realizar una solicitud por escrito. Puede completar un formulario de designación de representante personal. Este formulario le permite a CareFirst CHPMD comunicarse con otra persona que no sea usted. Su designación de representante personal puede ser un familiar, un amigo, un proveedor o un abogado. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Información de contacto del Departamento de Salud Local

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU)
<u>Allegany</u>	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094
<u>Anne Arundel</u>	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541
<u>Ciudad de Baltimore</u>	410-396-4398	410-396-7633	410-649-0500
<u>Condado de Baltimore</u>	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741
<u>Calvert</u>	410-535-5400	410-414-2489	410-535-5400, ext. 360
<u>Caroline</u>	410-479-8000	410-479-8014	410-479-8189
<u>Carroll</u>	410-876-2152	410-876-4813	410-876-4941
<u>Cecil</u>	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130
<u>Charles</u>	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760
<u>Dorchester</u>	410-228-3223	410-901-2426	410-901-8167
<u>Frederick</u>	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124
<u>Garrett</u>	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771
<u>Harford</u>	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999
<u>Howard</u>	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323
<u>Kent</u>	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035
<u>Montgomery</u>	240-777-0311	240-777-5899	240-777-1635
<u>Prince George's</u>	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550
<u>Queen Anne's</u>	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456
<u>St. Mary's</u>	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330
<u>Somerset</u>	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758
<u>Talbot</u>	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600
<u>Washington</u>	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229
<u>Wicomico</u>	410-749-1244	410-548-5142	410-543-6942
<u>Worcester</u>	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614

Cómo comenzar con CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

Se ha inscrito en un plan de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice. Si bien CareFirst CHPMD brinda beneficios integrales en virtud de este plan de salud, Medicaid de Maryland cubre directamente algunos de sus beneficios, como la salud conductual y la atención dental. Lea este manual atentamente para conocer más y para saber cómo acceder a sus beneficios.

Asegúrese de elegir a su médico de atención primaria (primary care provider, PCP) que le ayudará cuando necesite una derivación o preautorización para un procedimiento, tratamiento o medicamento.

Antes de recibir servicios de cualquier proveedor de atención médica, verifique si ese proveedor está en nuestra red, excepto en caso de emergencia. Visite nuestro Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor.

Siempre estamos aquí para ayudarle. Llame a los servicios para miembros de CareFirst CHPMD al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura o atención.

Tarjeta de identificación de miembro de CareFirst CHPMD

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro por correo. Cada miembro tiene su propio número de identificación.

Necesitará su tarjeta CareFirst CHPMD y su tarjeta de asistencia médica roja y blanca Medical Assistance para todos los servicios de atención médica. También deberá llevar sus tarjetas a la farmacia cuando recoja las recetas. Siempre lleve ambas tarjetas con usted.

Muestre ambas tarjetas cuando un proveedor le pregunte sobre su seguro médico. Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico, también deberá mostrar esa tarjeta. Consulte otro seguro.

Nunca permitir que nadie más use su tarjeta de miembro de Medicaid o CareFirst CHPMD.

Le robaron o perdió la tarjeta de identificación

Informe de inmediato si pierde o le roban una tarjeta y solicite una nueva. Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY:711).


Para informar el robo o la pérdida de una tarjeta de identificación roja y blanca de Medicaid, llame a Servicios para Beneficiarios al 800-492-5231.


Otros nombres para su plan de salud de Medicaid

- HealthChoices
- Seguro médico
- Organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO)
- Plan de atención administrada


Independientemente de cómo se refiera a nosotros, somos Medicaid.

Muestra de tarjeta de identificación de miembro de CareFirst CHPMD

	
Member Name	PCP
Member ID	PCP
MDD plus Enrollee #	PCP
Medicaid ID	
Group Number	RxBin 610084
Effective Date 01/01/26	RxPCN ADV
DOB	RxGroup Rx4209
Sex	
BC/BS Plan Code 695	

	<p>carefirst.com/medicaid</p> <p>Member Services: 800-730-8530 Provider Services: 800-730-8543 HealthChoice EVS: 866-710-1447 HealthChoice Enrollee Help Line: 800-294-4510 Pharmacy Services CVS Caremark: 855-566-8397 Carilion Behavioral Health Services: 800-888-1965 Maryland Healthy Smiles Dental Program: 855-934-9812</p> <p>Members: For medical emergencies, call 911 or go to the nearest hospital. Call your PCP within 48 hours. Outside of Maryland, only medical emergencies are covered. For more information, call Member Services at 410-779-9369 or 800-730-8530.</p> <p>CareFirst providers submit paper claims for scanning to: CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland Mail Administrator, P.O. Box 14362, Lexington, KY 40512 All other providers file claims with your local BlueCross and/or BlueShield Plan.</p>
<p>This benefit plan provides covered services for the named member. The member may receive emergency and urgent benefits when services are received outside of the network but may have different reimbursement policies. Other out-of-network services require preauthorization.</p> <p>This member has limited benefits outside of Maryland. Providers should request eligibility/benefit information.</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland is a Maryland HealthChoice MCO. HealthChoice is a program of the Maryland Department of Health (MDH).</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland is the business name of CareFirst Community Partners, Inc. an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.</p>	

Tarjeta de identificación de muestra de miembro de Medicaid

	<p>STATE OF MARYLAND MEDICAID PROGRAM</p>
IDENTIFICATION NO.	PROVIDER
	BIRTH YEAR
MEDICARE NO.	INS VCN

Glosario de términos para la tarjeta de identificación de miembros

- **Nombre del miembro:** El nombre del Miembro asegurado con el plan
- **Identificación del miembro:** N.º de inscrito de MDD plus
- **MDD** es el código de identificación de miembro utilizado por CareFirst CHPMD para pagar reclamaciones estatales. Los proveedores lo utilizan para verificar la membresía y la cobertura
- **El n.º de inscrito** es el número de identificación de miembro utilizado por CareFirst CHPMD para identificar a cada miembro y pagar las reclamaciones.
- **Identificación de Medicaid:** Esta es la identificación de miembro proporcionada por el Departamento de Salud de Maryland y puede ser consultada por proveedores.
- **Número del grupo:** El método interno de CareFirst para identificar el plan en el que está inscrito el miembro.
- **Entra en vigencia:** La fecha en que comenzó la cobertura del miembro con el plan
- **Fecha de nacimiento:** Fecha de nacimiento del miembro
- **Sexo:** Masculino o femenino
- **Código de Plan BC/BS:** Identificador único del plan
- **Médico de atención primaria:** Nombre y número de teléfono del médico de atención primaria del miembro
- **RxBin:** El proveedor de seguro que paga los costos de las recetas del miembro
- **RXPCN:** Los proveedores utilizan el número de control del proceso para enviar las reclamaciones
- **RXGroup:** Identifica el plan del miembro para los proveedores

Registrarse en el Portal para miembros

Visite carefirst.com/myaccount. Puede registrarse para crear una cuenta o iniciar sesión para actualizar su cuenta existente.

Visite nuestro portal seguro para miembros para conocer más sobre sus beneficios, cambiar su médico de atención primaria, buscar otros proveedores, ver el historial de servicios y más.

Cómo elegir a su médico de atención primaria (PCP)

Cuando se une a CareFirst CHPMD, debe elegir un médico de atención primaria de nuestra red de proveedores. Si no lo hace, elegiremos un médico de atención primaria por usted.

Visite nuestro Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para encontrar un médico dentro de la red que sea adecuado para usted. Puede buscar por:

- Nombre
- Ubicación
- Idioma
- Y más

Usted y los miembros de su hogar pueden elegir el mismo médico de atención primaria o uno diferente. Para los miembros menores de 21 años, puede elegir un proveedor certificado de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT).

Si necesita ayuda para buscar un médico de atención primaria o un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711).

Cómo cambiar de médico de atención primaria

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si cambia su médico de atención primaria, infórmenos de inmediato. Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY:711).

Cuidado de emergencia y de urgencia fuera del horario de atención

Conozca cuándo y dónde debe acudir

Elija el lugar adecuado para la atención médica según sus necesidades.



Consultorio del médico

- Tos o resfrío
- Fiebre
- Exámenes preventivos
- Dolor persistente
- Controles de rutina
- Si algo le causa preocupación
- Pérdida de peso inexplicable



Centro de cuidados de urgencia

- Gripe o fiebre
- Enfermedad o lesión menor
- Posibles huesos quebrados
- Dolor de garganta, dolores de oído o infecciones oculares
- Lesiones deportivas
- Torceduras, esguinces
- Vómitos o diarrea



Atención de emergencia

- Presión o dolor en el pecho
- Convulsiones o crisis convulsivas
- Dificultad para respirar
- Venenos
- Lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda
- Sangrado abundante
- Quemaduras graves
- Fractura grave de huesos
- Ataque sexual
- Pérdida del conocimiento

Contenidos

Manténgase en contacto.....	3
■ Servicios lingüísticos.....	3
■ Si necesita que alguien pueda llamar y hablar en su nombre	4
■ Información de contacto del Departamento de Salud Local.....	5
Cómo comenzar con CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland	6
■ Tarjeta de identificación de miembro de CareFirst CHPMD	6
□ Le robaron o perdió la tarjeta de identificación	6
□ Muestra de tarjeta de identificación de miembro de CareFirst CHPMD	7
□ Tarjeta de identificación de muestra de miembro de Medicaid	7
■ Registrarse en el Portal para miembros	8
■ Cómo elegir a su médico de atención primaria (PCP).....	8
□ Cómo cambiar de médico de atención primaria	8
■ Cuidado de emergencia y de urgencia fuera del horario de atención	9
Descripción general.....	13
■ ¿Qué es el Programa Medicaid?.....	13
■ Comprender Medicaid y HealthChoice	13
■ Renovar su cobertura de Medicaid	13
■ Informar cambios	14
□ Siempre mantenga su información de contacto actualizada	15
□ Cómo renovar la cobertura, informar cambios o actualizar su información de contacto con Maryland Health Connection	15
Qué tiene cobertura.....	16
■ Beneficios esenciales.....	16
□ Beneficios esenciales: Todos los miembros	16
□ Beneficios esenciales: Miembros de 21 años y más jóvenes	20
□ Beneficios esenciales: Miembros embarazadas.....	23
□ Beneficios esenciales: Miembros con necesidades especiales	29
■ Otros servicios con cobertura.....	30
□ Otros servicios con cobertura: Todos los miembros	31
□ Otros servicios con cobertura: Miembros de 21 años y más jóvenes	32
■ Beneficios de valor agregado.....	32
□ MyHealth Rewards.....	36

Qué no tiene cobertura	39
Servicios de atención y prevención de la diabetes.....	41
■ Beneficios para los miembros con un diagnóstico de diabetes.....	41
■ Beneficios para los miembros con un diagnóstico de prediabetes	42
Conservación de la fertilidad	43
Atención de afirmación de género	44
Servicios para VIH/SIDA.....	46
Atención a largo plazo	47
■ Servicios de instalaciones de atención a largo plazo	47
■ Beneficios esenciales: Atención a largo plazo	47
■ Otros servicios con cobertura: Atención a largo plazo	48
Servicios de farmacia y medicamentos recetados	50
■ Lista de medicamentos preferidos.....	50
Telesalud y nuevas tecnologías	51
Servicios de atención de visión	52
□ Adultos mayores de 21 años.....	52
□ Niños y adultos jóvenes menores de 21 años	52
□ Miembros con diabetes.....	52
Programa de administración de casos poco frecuentes y costosos (REM)	53
Derivación del propio miembro	54
Continuidad de la atención.....	55
■ Transferencia de una preautorización	55
Cobertura del área fuera de servicio	56
Otro seguro.....	57
Cambio de planes de atención administrada	58
Cancelación de la inscripción	60
■ Cuándo puede finalizar su cobertura de CareFirst CHPMD	60
■ Cuándo puede finalizar su cobertura de Medicaid	60
Explicación de beneficios o aviso de Denegación de pago	61

Derechos de facturación y protecciones de Medicaid	62
Atención preventiva para adultos.....	63
■ Recomendaciones de atención preventiva en adultos	63
□ Atención de la salud general.....	63
□ Exámenes de detección y procedimientos*	63
□ Vacunas**	64
■ Conozca sus antecedentes familiares	65
■ Acceda a sus registros oficiales de vacunación	65
Atención de niños sanos	66
■ Prueba de intoxicación por plomo en sangre	66
■ Cronograma de visitas de control del niño sano.....	66
■ Los CDC recomiendan vacunas desde el nacimiento hasta los seis años de edad	67
Pautas de práctica de CareFirst CHPMD.....	68
Derechos y responsabilidades.....	69
Privacidad y confidencialidad	71
Formulario de consentimiento y autorización de privacidad de la HIPAA	80
Declaración afirmativa de administración de la utilización	83
Presentar una queja, reclamo o apelación	84
■ Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia imparcial estatal está pendiente	84
■ Cómo presentar una queja, un reclamo o una apelación	84
■ Más ayuda con una queja, un reclamo o una apelación	89
■ Cuándo la decisión de la apelación es a su favor	89
Comentarios de los miembros	90
No discriminación	91
■ Dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency - LEP).....	92
Fraude, desperdicio y abuso	94
Glosario de términos.....	96

Descripción general

¿Qué es el Programa Medicaid?

Medicaid es un programa público de seguros de salud. Es un seguro médico gratuito o de bajo costo para adultos, niños, mujeres embarazadas, adultos de edad avanzada y personas con discapacidad de bajos ingresos elegibles. Es el programa de atención médica más grande de los Estados Unidos.

En Maryland, Medicaid cubre alrededor de 1.6 millones de personas. Casi uno de cada cuatro habitantes de Maryland obtienen su Seguro de salud a través de Medicaid. La mitad de las personas cubiertas son niños. A nivel local, también recibe el nombre de Asistencia médica.

Comprender Medicaid y HealthChoice

- **El Departamento de Salud de Maryland** es la parte del gobierno estatal que supervisa la salud pública.
- **Medicaid** es parte del Departamento de Salud de Maryland. Medicaid ofrece seguro de salud gratuito o de bajo costo para personas con ingresos limitados. Medicaid paga los servicios de atención médica que obtiene de los proveedores médicos.
- **HealthChoice** es el nombre del programa de atención administrada de Maryland Medicaid. Solo las MCO que forman parte del programa HealthChoice pueden trabajar con Medicaid y con usted. Puede elegir su MCO para recibir su atención médica, ¡porque es su salud y su elección!
- **Una organización de atención administrada, o MCO**, es una compañía de atención médica o un plan de salud. Una MCO celebra un contrato con el Departamento de Salud de Maryland para proporcionarle servicios de salud cubiertos en virtud de Medicaid.
- **Maryland Health Connection** es el Mercado de seguros médicos de Maryland. Es donde se inscribe en Medicaid. Maryland Health Connection se encarga de la documentación que necesita para obtener Medicaid. Cuando se inscriba en Medicaid a través de ellos, elegirá una compañía de atención médica.
- **Los proveedores de la red MCO** son los médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con el plan de atención médica que usted elige para proporcionarle la atención que necesita.

Renovar su cobertura de Medicaid

Deberá renovar su cobertura de Medicaid cada 12 meses. Cuando renueva, también conocido como reaplicación, redeterminación o recertificación, Medicaid verifica sus ingresos para asegurarse de que sigue siendo elegible. Ciertos programas de Medicaid también revisan sus activos.

- Medicaid se comunicará con usted cuando sea el momento de renovar. Recibirá un aviso por correo o en su cuenta en línea si no utiliza papel. Tendrá 60 días para responder. Renovar antes de la fecha límite para no perder su cobertura.
- La mayoría de las personas se renovarán a través de Maryland Health Connection. Se renovará a través de DHS si tiene más de 65 años, es ciego o está discapacitado o participa en un programa de servicios comunitarios y en el hogar.
- Medicaid puede renovar de manera automática su cobertura. Recibirá una aviso para informarle si lo hace. No hay papeleo para que complete y envíe cuando ellos lo renuevan por usted. Esto se debe a que pudieron verificar su elegibilidad utilizando otras fuentes. Si no pueden renovar su cobertura automáticamente, le enviarán una carta o un correo electrónico para pedirle que se postule y le dirán cómo.

Informar cambios

Informe un cambio en sus ingresos o en su hogar dentro de los 10 días. Puede perder su cobertura si no lo hace. Los cambios que debe informar incluyen:



Cambios familiares y domésticos

- Casarse o divorciarse
- Tener un hijo, adoptar a un hijo o colocar a un niño en adopción o en cuidado de acogida
- Obtener o perder a un dependiente
- Un cambio en el estado de declaración de impuestos



Cambios en la salud y la discapacidad

- Embarazo
- Tener un cambio en el estado de discapacidad



Ingresos y cambios financieros

- Ciertos cambios en los ingresos
- Ciertos cambios en los recursos para mayores de 65 años, personas ciegas o discapacitadas



Cambios de residencia y ciudadanía

- Mudanza a Maryland o desde Maryland, y mudanza dentro de Maryland a otro condado o Ciudad de Baltimore
- Cambio de condición de ciudadanía o inmigración
- Cambio en el estado como indígena americano/nativo de Alaska o estatus tribal



Cambios legales

- Encarcelamiento o liberación del encarcelamiento

Si no está seguro de si debe informar un cambio, llame a Maryland Health Connection al 855-642-8572.

Siempre mantenga su información de contacto actualizada

Mucho puede cambiar en un año, como su información de contacto. Actualice un cambio de dirección, número de teléfono o correo electrónico de inmediato para seguir obteniendo información importante sobre su cobertura de Medicaid.

Cómo renovar la cobertura, informar cambios o actualizar su información de contacto con Maryland Health Connection

- Inicie sesión en su cuenta [Maryland Health Connection](#).
- Llame al 855-642-8572.
- En persona en su [Departamento de Servicios Sociales](#) local o en su [Departamento de Salud local](#).

Qué tiene cobertura

Existen tres tipos de beneficios cubiertos:

1. **Beneficios esenciales:** Todos los planes de salud de atención administrada deben cubrir estos beneficios. Usted los obtiene sin importar a qué plan de salud administrado pertenezca.
2. **Otros servicios con cobertura:** Maryland Medicaid cubre algunos beneficios directamente. Ningún plan de atención médica administrada cubre estos beneficios. Para obtener más información, [consulte Otros beneficios cubiertos](#).
3. **Beneficios de valor agregado de CareFirst CHPMD:** Estos son los beneficios que ofrecemos que superan los beneficios esenciales y otros beneficios cubiertos por Medicaid de Maryland. Para obtener más información, consulte [Beneficios de valor agregado](#).

Beneficios esenciales

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. Algunos beneficios son para todos los miembros, mientras que otros son solo para ciertos miembros como aquellos que tienen 21 años o menos, están embarazadas o tienen necesidades especiales.

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es [médicamente necesario](#). No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las [recetas](#).

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o [preautorización](#). Consulte [Autoderivación](#) para conocer más.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte [Otros beneficios cubiertos](#) y [Beneficios agregados al valor](#) de CareFirst CHPMD.

Beneficios esenciales: Todos los miembros

Audiología

- Evaluar y tratar la pérdida de la audición y los problemas de oído.
- Los miembros de más de 21 años pueden ser elegibles para dispositivos auditivos. Para obtener más información, llame a su proveedor.

Sangre y hemoderivados

Sangre o partes de sangre que se le proporcionan a un paciente por diversos motivos y tratamientos.

Los profesionales médicos, conocidos como gerentes de casos, pueden ayudarles a usted y a su familia a evaluar, planificar, coordinar, monitorear y coordinar servicios de salud para satisfacer sus necesidades de la mejor salud posible. Puede elegir si trabajar o no con un administrador de casos.

CareFirst CHPMD puede asignarle un administrador de casos cuando se inscriba con nosotros o poco después. Si cree que necesita servicios de administración de casos o necesita ayuda para comunicarse con su administrador de casos, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711).

Su administrador de casos puede ser una enfermera titulada, un trabajador social u otro profesional de atención médica. Su administrador de casos se ocupará de lo siguiente:

- Ayuda a desarrollar un plan de atención.
 - Un plan de atención es un formulario que enumera las afecciones de salud de una persona y los tratamientos actuales para su atención escritos por su equipo de atención.
 - Usted y las personas a las que permite que lo ayuden forman parte de su equipo de atención. Podría ser un familiar, amigo, abogado u otro representante.
- Actualiza su plan de atención al menos cada 12 meses o según sea necesario.
- Lleva un registro de los servicios de atención de la salud que necesita y recibe.
- Habla con usted acerca de sus opciones y lo que está disponible para ayudarlo.
- Ayuda a aquellos que le administran tratamiento a trabajar juntos.

Ensayos clínicos

Es posible que sea elegible para participar en estudios de investigación que evalúan nuevos tratamientos en pacientes. Debe ser un ensayo clínico aprobado para el tratamiento de una afección potencialmente mortal. Para conocer más, hable con su médico de atención primaria o llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener más información.

Servicios de atención y prevención de la diabetes

Consulte [Servicios de prevención y atención de la diabetes](#).

Diálisis

Tratamiento para la enfermedad renal que utiliza una máquina para filtrar los desechos y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Consulte [Autoderivación](#).

Es posible que sea elegible para participar en el [programa de administración de casos \(REM\) poco frecuentes y costosos](#) si se encuentra en diálisis.

Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos desechables (DMS)

- El [equipo médico duradero \(Durable Medical Equipment, DME\)](#) son elementos como muletas, andadores y sillas de ruedas que se usan diariamente o durante mucho tiempo.
- Los [suministros médicos desechables \(Disposable, Medical Supplies, DMS\)](#) son elementos como suministros para pinchazos en los dedos, vendajes para heridas y suministros para incontinencia que se usan una vez y luego se desechan.
- Puede requerir [preautorización](#).

Atención de emergencia, Cuidado de emergencia

Si necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si cree que el problema es potencialmente mortal, llame al 911.

- **No necesita una preautorización o derivación para cuidado de emergencia.**
- Puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencias para recibir cuidado de emergencia.
- Un servicio de emergencia es todo servicio de atención médica para evaluar o tratar una emergencia médica.
- Estos son algunos ejemplos de una emergencia médica:
 - Síntomas de ataque cardíaco: dolor en el pecho, falta de aire, sudoración y náuseas
 - Hemorragia intensa
 - Sangrado durante el embarazo
 - Quemaduras importantes
 - Pérdida de conocimiento
 - Dificultad para respirar
 - Envenenamiento
 - Dolor de cabeza o mareos intensos
- Consulte Servicios de transporte médico de emergencia y atención post-estabilización.

Planificación familiar

La cobertura de planificación familiar incluye:

- Visitas al consultorio médico
- Análisis de laboratorio
- Píldoras y dispositivos anticonceptivos recetados
- Condones de látex: de una farmacia, no se necesita receta
- Anticonceptivos de emergencia: de una farmacia, no se necesita receta
- Esterilización voluntaria: proveedor dentro de la red y solo con preautorización
 - La esterilización es un procedimiento médico que impide la reproducción o el embarazo. En el caso de las mujeres es ligarse las trompas, también llamado ligadura de trompas, o para los hombres es una vasectomía.
 - No necesita una derivación cuando elige a un proveedor de planificación familiar, excepto para la esterilización. Consulte Autoderivación.

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
 - La atención para pacientes hospitalizados consiste en la atención médica o el tratamiento en un hospital durante una o más noches.
 - Requiere preautorización para estadías en el hospital y atención programadas.
 - **No necesita preautorización para el cuidado de emergencia.**
 - Consulte Atención hospitalaria, Atención para pacientes hospitalizados: Maternidad y Atención a largo plazo.

Atención para pacientes ambulatorios

- La atención ambulatoria es la atención médica o el tratamiento en un hospital, pero sin pasar la noche allí.
- Algunos servicios para pacientes ambulatorios también requieren [preautorización](#).
- CareFirst CHPMD solo cubre hasta 24 horas de observación.

Servicios de laboratorio y diagnóstico

Servicios de laboratorio y pruebas de diagnóstico, como una radiografía, para ayudar a determinar la causa de su problema de salud.

Oxígeno y equipos respiratorios

Equipo médico para personas que tienen problemas para respirar. Consulte [Equipo médico duradero](#).

Servicios de farmacia y medicamentos recetados

Consulte [Servicios de farmacia y medicamentos recetados](#) y la Lista de medicamentos preferidos de CareFirst CHPMD.

Cirugía plástica y restauradora

Solo cubre la cirugía para reconstruir, cambiar o reparar una parte de su cuerpo que no tenga una forma normal o que tenga una forma rara debido a una enfermedad, un traumatismo con el que usted nació o que no se desarrolló de la manera habitual.

No cubre la cirugía plástica, estética o reconstructiva para que usted se vea mejor que no sea [médicamente necesario](#).

Podología

- Tratamiento para problemas o afecciones en los pies
- Cuidados de rutina para los pies para los miembros de más de 21 años que tengan una enfermedad vascular que afecte su cuerpo desde la cadera hasta los dedos de los pies
- Las enfermedades vasculares afectan las venas, las arterias y los capilares
- Consulte [Servicios de prevención y atención de la diabetes](#)

Servicios de atención posteriores a la estabilización

Todos los servicios cubiertos relacionados con una [afección médica de emergencia](#) proporcionada después de que el paciente se encuentre estable. Consulte [Atención de emergencia, Cuidado de emergencia](#).

Atención primaria

Atención médica básica proporcionada por su proveedor principal. Su médico de atención primaria (PCP) puede ser un médico, un enfermero practicante, un enfermero especialista clínico o un médico asistente. Su médico de atención primaria también le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención médica. Consulte [Autoderivación](#).

Salud conductual primaria

Los servicios de salud conductual primaria son servicios básicos de salud mental proporcionados por su médico de atención primaria u otro proveedor de CareFirst CHPMD.

Para todos los demás servicios de salud mental, consulte [Servicios de salud conductual](#).

Servicios de especialistas/atención especializada

- Un especialista tiene capacitación en un área específica de medicina. Algunos especialistas solo tratan a un determinado grupo de pacientes.
- Podría necesitar una derivación de su médico de atención primaria antes de que pueda consultar con un especialista.

Trasplantes

- Un procedimiento quirúrgico para extraer tejido vivo o un órgano de una persona, el donante, y colocarlo en otra persona viva, el receptor.
- No trasplantes experimentales.

Atención urgente/Centros de cuidados de urgencia

- Diríjase a un centro de cuidados de urgencia cuando necesite atención de inmediato, pero solo para afecciones que no ponen en riesgo la vida. **No se necesita derivación ni preautorización.**
- Debe ir a un centro de cuidados de urgencia dentro de la red o puede recibir una factura por los servicios. Consulte el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para obtener más información.

Atención de visión

Consulte Servicios de atención de visión.

Beneficios esenciales: Miembros de 21 años y más jóvenes

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios son solo para las personas menores de 21 años.**

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto médicamente necesario. No hay copago para las recetas cubiertas para los menores de 21 años. Para obtener más información, consulte Servicios de farmacia y medicamentos recetados.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte Autoderivación.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y regulares (EPSDT)

El beneficio de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) proporciona servicios de atención médica preventivos e integrales para garantizar que los niños y adolescentes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental y especializados adecuados.

¿Qué son los servicios de EPSDT?

- **Temprano:** Evaluar y encontrar problemas de manera temprana.
- **Periódico:** Controlar la salud de los niños en intervalos periódicos y adecuados para la edad.

- **Exámenes de detección:** Proporcionar pruebas físicas, mentales, de desarrollo, odontológicas, auditivas, visuales y otras pruebas de detección para detectar posibles problemas.
- **Diagnóstico:** Realizar pruebas de diagnóstico para hacer un seguimiento cuando existe un riesgo.
- **Tratamiento:** Controlar, corregir o reducir los problemas de salud descubiertos.

Para ver si el médico de su hijo es un proveedor certificado de EPSDT o para encontrar uno, visite carefirst.com/medicaid-doctor o llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530. (TTY: 711).

Servicios cubiertos por EPSDT para CareFirst CHPMD

- Servicios de diagnóstico
- Servicios para la audición
- Vacunas
- Examen de detección de plomo
- Servicios de detección
- Tratamiento
- Servicios de atención de visión

Servicios de EPSDT cubiertos por Medicaid de Maryland

- Salud conductual
- Servicios dentales
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia del habla

Servicios del centro de salud con sede en la escuela

Los centros de salud escolares son como tener un consultorio médico en una escuela. Los médicos certificados por EPSDT y otros profesionales de la salud prestan servicios preventivos y de salud primaria en el lugar. **No todas las escuelas tienen un centro de salud con sede en la escuela.** Consulte Autoderivación.

En el caso de los niños que van a escuelas con un centro de salud escolar, pueden recibir los siguientes servicios en el centro:

- Atención médica de rutina para niños
- Vacunas
- Seguimiento de las visitas de servicios de selección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) cuando sea necesario
- Servicios de planificación familiar, consulte Autoderivación

Niños con necesidades de atención médica especiales

Los niños con necesidades de atención médica especiales tienen o están en un mayor riesgo de tener afecciones físicas, del desarrollo, del comportamiento o emocionales crónicas. Necesitan más y diferentes servicios de salud y servicios relacionados que sus pares. Para obtener más información, consulte Beneficios esenciales: Miembros con necesidades especiales.

Una necesidad de atención de la salud especial puede incluir discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo, así como afecciones médicas crónicas, como asma, diabetes, un trastorno sanguíneo o distrofia muscular.

Estos niños también pueden necesitar servicios de atención a largo plazo o pueden ser elegibles para el programa de gestión de casos poco frecuentes y costosos.

Algunos niños pueden reunir los requisitos para otras exenciones o programas de servicios comunitarios y a domicilio de Medicaid. Para obtener más información, llame a nuestro coordinador de necesidades especiales al 410-779-9369 o 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 y pida hablar con un coordinador de necesidades especiales.

Los servicios cubiertos para niños con necesidades especiales de atención médica incluyen:

- Administración de casos. Consulte Administración de casos, Administrador de casos.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y regulares (EPSDT)
- Servicios de especialistas/atención especializada

Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización.

Proveedores fuera de la red

En algunos casos, los niños con necesidades de atención médica especiales pueden consultar a un especialista fuera de nuestra red. Es posible que pueda usar un proveedor de especialidades fuera de la red:

- **Miembro existente de CareFirst CHPMD:** El padre/madre o tutor de un niño solicita la aprobación de un proveedor especialista fuera de la red específico. El niño no debe tener una necesidad de atención médica especial diagnosticada que requiera un plan de atención cuando se inscriba en el CareFirst CHPMD. **Solo aprobamos las solicitudes cuando no contamos con un proveedor especialista local, comparable y disponible dentro de la red.**
- **Nuevo miembro de CareFirst CHPMD:** Debe comunicarse con nosotros para solicitar seguir viendo a su proveedor fuera de la red. Para obtener más información, consulte Continuidad de la atención. También tenga en cuenta:
 - El proveedor especialista fuera de la red específico debe presentar el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de los 30 días de la fecha de inicio del niño con nosotros para continuar prestando servicios.
 - El niño debe tener una necesidad de atención médica especial diagnosticada que requiera un plan de atención antes de ingresar a CareFirst CHPMD.
 - Solo aprobamos estas solicitudes cuando el niño recibe estos servicios antes de unirse a la CareFirst CHPMD

Para obtener ayuda, llame a nuestro coordinador de necesidades especiales al 410-779-9369 o 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 y pida hablar con un coordinador de necesidades especiales.

Beneficios esenciales: Miembros embarazadas

Atención de miembros antes, durante y después del embarazo

¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada? Llámenos ahora mismo. Podemos ayudarla a obtener la atención que necesita para tener un embarazo saludable y que su bebé comience a tener una vida saludable.

- Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios, conocidos como servicios de maternidad, son solo para las mujeres embarazadas.**
- Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto médicamente necesario. No hay copago para las recetas cubiertas para las mujeres embarazadas. Para obtener más información, consulte Servicios de farmacia y medicamentos recetados.
- Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte Autoderivación.
- Para obtener más información sobre los beneficios, consulte Beneficios esenciales: Miembros con necesidades especiales, otros beneficios cubiertos y beneficios de valor agregado de CareFirst CHPMD.
- Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).
- Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro coordinador de necesidades especiales al 410-779-9369 o 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 y pida hablar con un coordinador de necesidades especiales. También puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid para miembros embarazadas y planificación familiar de Maryland al 800-456-8900.

Cobertura y embarazo de Medicaid

Si solo es elegible para Medicaid porque está embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará un año después del final de su embarazo. Si obtiene su cobertura de Medicaid en virtud de la Ley Healthy Babies, su cobertura finalizará cuatro meses después del final de su embarazo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Atención dental y embarazo

¿Sabía que es seguro ir al dentista en cualquier etapa del embarazo? Cuidar bien los dientes y las encías es importante para usted y para el bienestar de su bebé. Consulte Dental para obtener más información sobre este beneficio cubierto.

Centros de maternidad

- Un centro de maternidad, o centro de maternidad independiente, es un centro independiente que no está asociado a un hospital que presta servicios de enfermería obstétrica.
- Nuestra red puede incluir un centro de maternidad fuera del estado que limita con Maryland.
- Consulte Autoderivación.

Administración de casos, Administrador de casos

Consulte [Administración de casos, Administrador de casos](#).

CenteringPregnancy

- CenteringPregnancy es la atención, el apoyo y el aprendizaje en un entorno grupal, antes y después del nacimiento.
- Es una nueva forma de obtener la atención que necesita a medida que se prepara para dar a luz.
- Todas las personas del grupo deben asistir aproximadamente al mismo tiempo.
- En el grupo se habla, se aprende y se apoyan mutuamente.
- Pasará más tiempo con su proveedor y equipo de atención como parte del grupo.

Servicios de Doula

- Una doula, o trabajadora de parto, es una profesional capacitada que le brinda apoyo e información antes y después del nacimiento, así como también durante el trabajo de parto.
- Las doulas son proveedores no clínicos y no pueden realizar el trabajo de una enfermera, partera, enfermera practicante o médico.
- No necesita una derivación para ver una doula hasta el final de 2026. Consulte [Autoderivación](#).

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y regulares (EPSDT)

Las mujeres embarazadas de 21 años o menos pueden recibir todos los servicios de EPSDT. Consulte [Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y regulares \(EPSDT\)](#).

Transferencia de emergencia

Traslado para mujeres embarazadas, recién nacidos y bebés a un hospital o centro médico de atención especializada.

Asesoramiento y detección del VIH

- Haga una evaluación de riesgos, es decir, reúna información sobre usted para averiguar si existe la posibilidad de tener VIH.
- Obtenga apoyo profesional e información sobre cómo el VIH puede afectarla a usted y a su bebé.
- Consulte [Pruebas de VIH/SIDA](#) y [Servicios de VIH/SIDA](#).

Servicio de visitas a domicilio

Los servicios de visitas domiciliarias le ayudan a recibir la atención y el apoyo que necesita para tener un embarazo saludable y un bebé sano. Un profesional especialmente capacitado o un enfermero generalmente presta estos servicios en el hogar. Después del embarazo, el visitador domiciliario continuará brindándole apoyo a usted y a su hijo, hasta el segundo o tercer cumpleaños, según el programa que sea adecuado para usted. El programa adapta el tipo de servicios de visitas a domicilio y el visitador domiciliario a las necesidades específicas de la familia. Las visitas a domicilio pueden enseñar acerca de:

- Dieta y nutrición
- Cómo crece y aprende su bebé
- Salud mental y control del estrés
- Habilidades de crianza

- Planificación para el futuro
- Recursos disponibles para usted en la comunidad
- Cuidado de sí mismo

También hay apoyo grupal disponible.

Atención hospitalaria, atención para pacientes hospitalizados: maternidad

- 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones.
- 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones.
- Si decide abandonar el hospital antes de los tiempos indicados, le proporcionaremos una visita domiciliaria. Consulte [Primer control del bebé](#).
- Si debe permanecer en el hospital después del parto por motivos médicos, pídanos que nos aseguremos de que su recién nacido también pueda quedarse. Cubriremos hasta cuatro días para que su recién nacido permanezca con usted. Para obtener ayuda, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711).

Asesoramiento sobre lactancia

El asesoramiento sobre lactancia es ayuda profesional con la lactancia. Un asesor especializado en lactancia puede darle consejos, responder preguntas y brindarle apoyo. Puede ayudar a facilitarle la lactancia a usted y a su bebé.

Asesoramiento nutricional

Puede trabajar con un profesional de atención médica para obtener información sobre opciones de alimentos saludables durante y después de su embarazo. Los profesionales de atención médica pueden incluir un dietista autorizado o un nutricionista.

Atención prenatal

Cuidados durante el embarazo y antes del nacimiento.

- Revisiones regulares con un médico de cabecera, obstetra (médico obstetra) o enfermera obstétrica certificada para controlar su salud y la de su bebé en gestación.
- Asesoramiento y educación
- Si está embarazada, CareFirst CHPMD le ayudará a programar una cita de atención prenatal dentro de los 10 días de su solicitud.
 - **Nuevo miembro de CareFirst CHPMD:** Si ya está viendo a un proveedor que no está en nuestra red, es posible que pueda seguir visitándolo. Consulte [Beneficios esenciales: Miembros embarazadas > proveedores fuera de la red y continuidad de la atención](#).

Evaluación del riesgo prenatal

La Evaluación de Riesgos Prenatales (Prenatal Risk Assessment, MPRA) de Maryland es un formulario que recopila información médica importante sobre miembros de Medicaid embarazadas. Utilizamos esta información para remitirla a servicios útiles, como WIC o visitas domiciliares. Estos servicios ayudan a mantenerla sana a usted y a su bebé antes y después del nacimiento.

Su proveedor completará esta evaluación en su primera visita de atención prenatal. La información va al [departamento de salud local](#) que la conectará con recursos y servicios de apoyo en su área. No compartimos información sobre su estado con respecto al VIH.

Atención posparto

Cuidados después del parto

- Asesoramiento y educación
- CareFirst CHPMD la ayudará a programar una cita para atención posparto dentro de los 10 días de su solicitud.
 - Nuevo miembro de CareFirst CHPMD: Si ya está viendo a un proveedor que no está en nuestra red, es posible que pueda seguir visitándolo. Consulte [Beneficios esenciales: Miembros embarazadas > Proveedores fuera de la red y Continuidad de la atención](#).

Asesoramiento para dejar de fumar

Obtenga apoyo profesional e información sobre cómo dejar de fumar.

Tratamiento por abuso de sustancias

Lo derivaremos al Sistema de Salud Conductual Pública dentro de las 24 horas de haber solicitado el tratamiento. Consulte [Servicios de salud conductual](#).

Proveedores fuera de la red

Es posible que pueda seguir viendo a un proveedor fuera de la red durante su embarazo y hasta su primera visita después de que nazca el bebé si:

- Estaba embarazada cuando se inscribió con nosotros.
- Tuvo al menos una visita prenatal completa con el proveedor fuera de la red.
- El proveedor fuera de la red acepta seguir analizándolo.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar seguir viendo a su proveedor fuera de la red. Consulte [Continuidad de la atención](#). Para obtener ayuda, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711).

Cronograma de visitas prenatales

La atención prenatal la ayudará a tener un embarazo y un bebé saludables. Asista a las siguientes citas con su proveedor.

Cuándo ir	Qué esperar
Primera visita: hasta las 10 semanas	<ul style="list-style-type: none">■ Realizarse una ecografía para confirmar el embarazo y determinar la fecha de parto■ Revisión de sus antecedentes médicos■ Realizarse la prueba de detección de depresión■ Realizarse análisis de laboratorio:<ul style="list-style-type: none">□ Análisis de sangre□ Pruebas de STD■ Realizarse un examen físico completo y una prueba de Papanicolaou.■ Hablar de:<ul style="list-style-type: none">□ Su salud y la de su bebé, consulte Evaluación de riesgos prenatales□ Vacuna contra la gripe, si es necesaria□ Opciones de detección genética

Cuándo ir	Qué esperar
Visita de la Semana 12	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar los análisis de laboratorio ■ Controlar la frecuencia cardíaca del bebé ■ Realizar pruebas genéticas: opcional ■ Realizarse pruebas tempranas de azúcar en sangre para la diabetes gestacional, si es necesario
Visita de la Semana 16	<ul style="list-style-type: none"> ■ Controlar la frecuencia cardíaca del bebé ■ Hacerle al bebé un examen de detección de defectos cerebrales, vertebrales o de la médula espinal, denominados defectos del tubo neural. ■ Realizarse pruebas tempranas de azúcar en sangre para la diabetes gestacional, si es necesario
Visita de la Semana 20	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizarse una ecografía para verificar que todas las partes del bebé estén creciendo como deberían, denominada ecografía anatómica.
Visita de la Semana 24	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un examen físico ■ Medir su altura uterina (o altura del fondo uterino) para llevar un seguimiento del crecimiento y la posición del bebé ■ Hablar de: <ul style="list-style-type: none"> □ Análisis de azúcar en sangre para diabetes gestacional en su próxima visita □ Educación en el parto, consulte CenteringPregnancy □ Servicios de Doula
Visita de la Semana 28	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un examen físico ■ Realizarse la prueba de detección de depresión ■ Hacerse un análisis de laboratorio para verificar <ul style="list-style-type: none"> □ Diabetes gestacional □ Anemia □ Infecciones ■ Si el tipo de sangre es Rh negativo, inyéctese para proteger al bebé ■ Recibir la vacuna Tdap, si es necesario
Visita de la Semana 30	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un examen físico ■ Revisar los análisis de laboratorio ■ Hablar sobre el parto
Visita de la Semana 32	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un examen físico ■ Hablar sobre la vacuna contra el RSV, si es necesario. <p>Ciertos pacientes de alto riesgo comenzarán a realizarse más pruebas, pruebas de detección y ecografías.</p>

Cuándo ir	Qué esperar
Visita de la Semana 34	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un examen físico ■ Hablar de: <ul style="list-style-type: none"> □ Trabajo de parto y manejo del dolor □ Prepararse para su bebé, incluidos los asientos para el auto □ Cuidados después del parto para usted y el bebé □ Elección del médico de su bebé
Visitas de la semana 36-40	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un chequeo y un examen pélvico ■ Verificar si está dilatando ■ Realizar una prueba de estreptococo B para verificar la capacidad del bebé para comer y respirar ■ Hablar sobre su plan de parto
Visitas de la semana 40-42	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un chequeo y un examen pélvico ■ Controlar la frecuencia cardíaca del bebé ■ Realizarse una ecografía ■ Verificar si está dilatando ■ Hablar sobre la inducción del trabajo de parto, si es necesario.
Visita posparto: después del nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacerse un control para ver cómo está cicatrizando. ■ Controlar su presión arterial ■ Realizarse la prueba de detección de depresión ■ Hablar sobre métodos anticonceptivos

Las recomendaciones para las visitas prenatales se basan en la fuente: Pautas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists—ACOG). Para obtener la información más reciente, visite acog.org/womens-health.

Prepararse para la llegada del bebé

Es mejor seleccionar al médico de su bebé antes de dar a luz. Podemos ayudar a encontrar el proveedor pediátrico adecuado para usted y su bebé. El proveedor puede ser un pediatra, un médico de cabecera o un enfermero practicante.

Maryland Medicaid inscribirá automáticamente a su recién nacido con nosotros. Su recién nacido debe permanecer como miembro de CareFirst CHPMD durante los primeros 90 días. Después de ese tiempo, puede elegir otro plan de atención administrada de HealthChoice. Consulte [Cambiar planes de atención administrada](#).

El primer examen físico del bebé

A su bebé generalmente se le realiza su primer control mientras aún está en el hospital. El pediatra que elija para su recién nacido realizará un examen al bebé en su habitación del hospital. Consulte [Autoderivación](#).

Permanecerá en el hospital para recuperarse durante 48 a 96 horas, según el tipo de parto que tenga. Si decide dejar el hospital antes, le daremos una visita domiciliaria en las siguientes 24 horas. También puede obtener otra visita a domicilio si su proveedor considera que es necesario. Consulte [Hospital, Atención para pacientes hospitalizados: maternidad](#).

Programaremos una visita de seguimiento con un pediatra para su recién nacido dentro de las dos semanas después de que salga del hospital. Consulte [Cuidado de los niños sanos](#) para obtener más información.

Beneficios esenciales: Miembros con necesidades especiales

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios son solo para aquellos que son miembros con necesidades especiales.**

Los miembros con necesidades especiales pueden obtener ciertos servicios, suministros y equipos y consultar a especialistas dentro de la red sin una derivación.

Medicaid de Maryland ha identificado grupos de personas que pueden necesitar atención médica especial, intervención, servicios o programas para acceder a la atención que necesitan.

Algunas personas pueden pertenecer a más de un grupo de necesidades especiales.

Los grupos incluyen:

1. [Niños en atención supervisada por el estado](#)
2. [Niños con necesidades de atención de la salud especiales](#)
3. [Personas que experimentan quedarse sin hogar](#)
4. [Personas embarazadas o que acaban de dar a luz](#)
5. [Personas con una discapacidad del desarrollo](#)
6. [Personas con una discapacidad física](#)
7. [Personas con VIH/SIDA](#)

Niños en atención supervisada por el estado

Un niño bajo atención supervisada por el estado es un niño que se encuentra bajo la custodia del Departamento de Servicios Sociales, el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios Juveniles o la agencia de colocación privada autorizada por la Administración de Servicios Sociales, o que está comprometido con estos, o que, de otro modo, es colocado en dicha custodia. Esto incluye a niños en proceso de acogida y niños en el sistema de justicia.

Trabajamos en conjunto con organismos estatales y locales para garantizar la continuidad y coordinación de la atención, especialmente si el niño se traslada a una nueva área dentro de Maryland.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro coordinador de necesidades especiales al 410-779-9369 o 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 y pida hablar con un coordinador de necesidades especiales.

Personas que experimentan quedarse sin hogar

Llame a nuestro [coordinador de necesidades especiales](#) al 410-779-9369 o al 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 y pida hablar de inmediato con un coordinador de necesidades especiales si no tiene hogar. Trabajaremos con usted para ponerlo en contacto con un administrador de casos y ofrecerle la ayuda y la atención que necesita.

Personas con una discapacidad del desarrollo

Nuestros administradores de casos tienen la experiencia y la capacitación para brindar atención a personas con discapacidades del desarrollo. Hable con su administrador de casos sobre las comunicaciones en formatos alternativos o pida una adaptación razonable.

Personas con una discapacidad física

Evaluamos las necesidades de las personas con discapacidades físicas para ver si pueden permanecer en la comunidad con los servicios que CareFirst CHPMD o Maryland Medicaid proporcionan, o si necesitan la ubicación intermedia o a largo plazo en un centro de atención. Consulte [Atención a largo plazo](#). Hable con su administrador de casos sobre las comunicaciones en formatos alternativos o pida una adaptación razonable.

Los beneficios para los miembros con necesidades especiales incluyen:

- Administración de casos, Administrador de casos
 - CareFirst CHPMD le asignará un administrador de casos cuando se inscriba con nosotros o poco después. Su administrador de casos puede ser una enfermera titulada, un trabajador social u otro profesional de atención médica. Consulte [Administración de casos, Administrador de casos](#).
- Coordinador de necesidades especiales
 - Un coordinador de necesidades especiales es su punto de contacto para obtener información y derivaciones de atención médica. Un coordinador de necesidades especiales le ayuda a usted y a sus proveedores de atención médica a comprender qué hay disponible para abordar las necesidades especiales. Los coordinadores de necesidades especiales también pueden responder preguntas sobre sus derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - Consulte [Servicios especializados/Atención especializada](#).
 - Consulte [Autoderivación](#).

Otros servicios con cobertura

CareFirst CHPMD no cubre algunos beneficios que Maryland Medicaid cubre directamente si son [médicamente necesarios](#). Usará su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando obtenga estos servicios, excepto para odontología. Obtendrá una tarjeta de identificación de miembro de servicios dentales del programa dental Maryland Healthy Smiles. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización.

Utilice el [Buscador de proveedores](#) para buscar un proveedor de Medicaid para obtener la atención que necesita cerca de usted.



Vaya al buscador de proveedores ahora. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: bit.ly/48s6WxC o escanee el código QR.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a la línea de ayuda HealthChoice al 800-284-4510.

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte [Beneficios esenciales y Beneficios con valor agregado de CareFirst CHPMD](#).

Otros servicios con cobertura: Todos los miembros

Aborto

Medicaid de Maryland cubre este procedimiento. Para obtener ayuda, llame a la línea de ayuda HealthChoice al 800-284-4510.

Servicios dentales

Usará su tarjeta del programa de servicios dentales del Maryland Healthy Smiles cuando reciba estos servicios.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios dentales, visite el [Maryland Healthy Smiles Dental Program](#) (Programa dental de sonrisas saludables de Maryland) o llame al 855-934-9812.



Vaya ahora al Programa dental Healty Smiles de Maryland. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: bit.ly/3VUnZkC o escanee el código QR.

Servicios de salud conductual

El Sistema Público de Salud Conductual de Maryland proporciona servicios especializados de salud conductual y trastornos por abuso de sustancias. No necesita derivación. Para obtener más información, llame al 800-888-1965.

Consulte [Salud conductual Primaria](#) para otros servicios cubiertos.

Comuníquese con Suicide and Crisis Lifeline (Línea de crisis de vida y suicidio), si experimenta una emergencia de salud mental o consumo de sustancias. Es gratis y confidencial. Llame o envíe un mensaje de texto al 988. Hable por chat con un asesor de crisis en línea en <https://988lifeline.org/chat>.



Vaya ahora a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: bit.ly/3Dnq2K0 o escanee el código QR.

Pruebas de VIH/SIDA

- Prueba de resistencia al fármaco VIH/SIDA: genotípica, fenotípica u otra
- Prueba de carga viral
- Consulte [Servicios para VIH/SIDA](#)

Dispositivos para aumentar el habla

Equipo que ayuda a las personas con deterioro del habla a comunicarse.

Servicios de transporte

- [Transporte médico de emergencia](#)
 - Si tiene una urgencia médica, llame al [911](#).
 - Servicios médicos durante el transporte de un miembro a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al 911.
 - Las compañías locales de bomberos prestan este servicio.

- Transporte médico que no es de emergencia
 - Puede solicitar transporte médico que no sea de emergencia (non-emergency medical transporte, NEMT) hacia y desde un servicio médicamente necesario cubierto por Medicaid cuando no tenga otra forma de llegar allí.
 - Para saber si reúne los requisitos para este servicio, comuníquese con su departamento de salud local.
 - Para obtener más información, envíe un correo electrónico a MDH.askNEMT@maryland.gov.

CareFirst CHPMD puede cubrir algunos transportes médicos que no sean de emergencia por motivos especiales. Para obtener más información, llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Otros servicios con cobertura: Miembros de 21 años y más jóvenes

CareFirst CHPMD no cubre algunos beneficios que Maryland Medicaid cubre directamente si son médicamente necesarios. Usará su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando obtenga estos servicios. **Estos beneficios son solo para las personas menores de 21 años.**

Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Medicaid para obtener la atención que necesita cerca de usted.

Terapia ocupacional

El tipo de tratamiento que le ayuda a volver a aprender las actividades cotidianas. Por ejemplo, escritura manuscrita o coordinación ojo-mano.

Fisioterapia

Tratamiento de enfermedad, lesión o deformidad mediante métodos físicos como masajes, tratamiento con calor y ejercicio, en lugar de mediante fármacos o cirugía.

Terapia del habla

Capacitación para ayudar a las personas con problemas del habla y del lenguaje a hablar con más claridad.

CareFirst CHPMD puede pagar estos servicios si forman parte del servicio de salud en el hogar o una estadía hospitalaria.

Beneficios de valor agregado

Estos son los beneficios que ofrecemos que superan los beneficios esenciales y otros beneficios cubiertos por Medicaid de Maryland. Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. No hay derechos para quejas ni de apelación para estos beneficios. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte Beneficios esenciales y otros beneficios cubiertos.

Beneficios agregados al valor ofrecidos por CareFirst CHPMD

Embarazo			
Beneficio de	En qué consiste	Quién puede obtener esto	Limitaciones
Servicios por embarazo	<p>Su plan médico cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicio de comidas gratis para miembros de 20 a 28 semanas de embarazo ■ Visitas prenatales ■ Sacaleche ■ Vitaminas prenatales ■ Sesión de asesoramiento nutricional ■ Ayuda para dejar de fumar ■ Medicamentos y suministros de venta libre ■ Estadías en el hospital 	Para miembros embarazadas	Servicios por embarazo
Programa de comidas para mamás	<p>Un programa de alimentos saludables y personalizados entregados a domicilio, asesoramiento nutricional y educación sobre salud para miembros.</p> <p>Visite nourishedrx.com/enrollment/mommymeals, llame o envíe un mensaje de texto al 833-428-1488 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, o envíe un correo electrónico a mommymeals@nourishedrx.com.</p>	Mujeres embarazadas de 20 a 28 semanas de embarazo	
Programa Baby Steps	<p>Un programa de administración de casos que le ayuda a programar visitas al obstetra, la conecta con servicios comunitarios como WIC, SNAP, etc., y a coordinar consultas o pruebas especiales necesarias para un embarazo saludable.</p> <p>Se la inscribirá automáticamente en este programa una vez que quede embarazada.</p> <p>Llame al 410-779-9369 o al número gratuito 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener más información o si no ha recibido noticias de uno de nuestros administradores de casos.</p>	Para miembros embarazadas	

Embarazo			
Beneficio de	En qué consiste	Quién puede obtener esto	Limitaciones
Beneficio prenatal (beneficio Bright Beginnings)	<p>Reciba una tarjeta de regalo de \$125 si asiste al menos a una clase de preparación al parto, clase de lactancia materna o clase de cuidado infantil.</p> <p>Una vez que asista a una de las clases enumeradas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o al número gratis 800-730-8530 (TTY: 711) para informarles el nombre de la clase a la que asistió, la fecha y la ubicación.</p> <p>El equipo de obstetricia verificará su asistencia y le enviará su tarjeta de regalo.</p>	Para miembros embarazadas	
Beneficios después del embarazo (beneficio Baby Steps)	<p>Como madre primeriza, recibirá una tarjeta de regalo de \$125 (en vigencia a partir del 1/1/2026) para comprar artículos de salud y seguridad para bebés, como silla para el automóvil, cochecitos, ropa para dormir para bebés y más.</p> <p>Una vez que haya dado a luz a su bebé, se le enviará la tarjeta de regalo por correo.</p> <p>Pueden aplicarse restricciones.</p>	Miembros después del embarazo	La tarjeta de regalo es solo para la persona que dio a luz al bebé.
CUIDADOS PREVENTIVOS Y OTROS PROGRAMAS			
Comidas a domicilio después del alta de una estadía en el hospital	CareFirst CHPMD proporcionará hasta 18 comidas nutritivas a los miembros elegibles, que se están recuperando de una estadía como paciente hospitalizado en un hospital y no tienen apoyo en el hogar al momento del alta.	Todos los miembros	Los miembros necesitarán que sus médicos o planificadores del alta del centro obtengan una autorización previa para las comidas de los administradores de casos de CareFirst CHPMD.
Servicios de la vista para adultos	<p>El beneficio obligatorio de HealthChoice permite que los adultos se sometan a un examen de la visión cada dos años.</p> <p>CareFirst CHPMD proporcionará un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años a todos los miembros adultos en caso de que el examen indique la necesidad de anteojos.</p>	Adultos de 21 años y más	Límite de \$150 para anteojos o lentes de contacto. Comuníquese con Superior Vision al 888-486-1230 para obtener más información.

Embarazo			
Beneficio de	En qué consiste	Quién puede obtener esto	Limitaciones
Oftalmología pediátrica	El beneficio obligatorio de HealthChoice permite que los menores de 21 años se sometan a un examen de la visión cada año. CareFirst CHPMD proporcionará los anteojos. Se pueden proporcionar lentes de contacto si existe un motivo médico por el cual los anteojos no sean adecuados.	Miembros menores de 21 años	Lentes de contacto solo cuando sea médicamente necesario
Medicamentos y suministros de venta libre (over-the-counter, OTC)	Con una receta, los miembros pueden recibir artículos de venta libre a través del Formulario de CareFirst CHPMD. Para ver nuestro formulario, visite carefirst.com/medicaid/members/drug-listformulary-updates.html .	Todos los miembros con una receta	
Beneficio de transporte	Como miembro, obtendrá 6 traslados de ida gratis para todas las necesidades médicas que no sean de emergencia. Para acceder al beneficio, visite carefirst.member.saferidehealth.com o llame al 833-509-0250	Miembros	6 viajes de ida durante el año de beneficio 2026

Programas prenatales/posparto

Cuando esté embarazada, CareFirst CHPMD le enviará un paquete de capacitación sobre embarazo. Incluirá:

- Una carta de bienvenida a nuestro Programa Baby Steps
- Cómo comunicarse con su administrador de casos obstétricos dedicado
- Información sobre nuestro programa de mensajes de texto que proporcionan información nutricional y de salud prenatal
- Recursos sobre salud prenatal, programa de WIC, seguridad en el asiento del automóvil, programa Healthy Smiles Dental, Babies Born Healthy e información de contacto del departamento de salud local

Para garantizar un embarazo lo más saludable posible, su primera visita prenatal debe estar en su primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de la inscripción en CareFirst CHPMD.

Servicios que pueden realizarse en su 1.ª visita:

- Ecografía temprana para confirmar su embarazo y fecha de parto
- Escuchar los latidos cardíacos de su bebé
- Análisis de sangre para determinar los factores de riesgo de embarazo

Si aún no lo ha hecho, programe su primera visita de OB hoy

Durante su embarazo, su Gerente de caso de OB hará lo siguiente:

- Comunicarse con usted periódicamente para asegurarse de que reciba la atención que necesita

- Enviarle información adicional sobre lactancia materna, planificación familiar y el programa de visitas a domicilio para madres, lactantes y niños prematuros.
- Analizar las opciones de métodos anticonceptivos después del parto
- Conectarse con un pediatra en su área que trate a niños desde el nacimiento hasta los 21 años de edad.
- Abordar toda inquietud o pregunta que pueda tener, así como conectarse con los recursos comunitarios disponibles en su área.

Después de que tenga a su bebé, CareFirst CHPMD le enviará un paquete de educación posparto. Incluirá:

- Una carta felicitándola por el nacimiento de su bebé y la importancia de la atención de seguimiento posparto
- Información sobre el cuidado del bebé, incluido el sueño seguro y nunca sacudir a un bebé
- Cronograma de vacunación recomendado para niños y adolescentes
- Enlaces a recursos sobre la depresión posparto y la violencia doméstica
- Cómo comunicarse con HealthChoice para averiguar si necesita volver a solicitar su seguro médico

MyHealth Rewards

Su salud es muy importante para nosotros. Es por eso que CareFirst CHPMD ofrece un programa gratuito llamado MyHealth Rewards. Si es elegible, puede ganar como recompensa una tarjeta de regalo haciendo actividades saludables.

No solo recibirá una recompensa, sino que también estará más saludable. Este programa es gratis, así que asegúrese de participar.

Cómo obtener su tarjeta de regalo:

- **Complete las actividades:** Realice actividades saludables entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.
- **Vea a un médico:** Para obtener la o las tarjetas de regalo de bienestar para adultos y niños, usted o su hijo deben consultar a un médico. Encuentre un médico en [carefirst.com/medicaid-doctor](https://www.carefirst.com/medicaid-doctor) o llame al Equipo de Calidad al 410-921-2130 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para obtener ayuda.
- **Contáctenos:** Después de completar la actividad, llame al Equipo de Calidad al 410-921-2130 (TTY:711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., y proporcióneles lo siguiente:
 - Su número de identificación de miembro
 - Fecha de su visita o clase
 - Nombre del proveedor

Algunos datos que debe tener en cuenta:

- Puede obtener una tarjeta de regalo por cada actividad para adultos y niños.
- **Actividades de maternidad:** Puede obtener una tarjeta de regalo por cada embarazo.
- **Reclame su tarjeta de regalo:** Asegúrese de reclamar su tarjeta de regalo antes del 31 de enero de 2027.

Actividad	Descripción	Monto de la tarjeta de regalo	Miembros elegibles
ACTIVIDADES DE BIENESTAR PARA ADULTOS			
Servicios de salud preventivos/ambulatorios	Visita con el médico para controlar su salud general	\$75 de enero a julio; \$50 de agosto a diciembre	Miembros de CareFirst CHPMD de 20 a 64 años
Prueba de A1C	Prueba de diabetes para controlar su nivel de hemoglobina A1C	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 18 a 64 años
Control de la A1C	Prueba de diabetes para controlar su nivel de hemoglobina A1C	\$80	Miembros de CareFirst CHPMD de 18 a 64 años
Evaluación de la salud renal	Prueba de diabetes para detectar la presencia en la orina de una proteína llamada albúmina.	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 18 a 64 años con diabetes (tipo 1 y tipo 2) a los que se les hizo una evaluación de salud renal
Examen de la vista para diabéticos	Examen para controlar su salud ocular y su visión	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 18 a 64 años
Examen de detección del cáncer de mama	Examen para detectar cáncer de mama	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 50 a 64 años que se han realizado al menos una mamografía de detección en las mamas en los últimos dos años
Examen de detección del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	Examen para detectar cáncer de cuello uterino	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 24 a 64 años que se han realizado al menos un examen de detección de cáncer cervical en los últimos tres años
Exámenes de detección de cáncer colorrectal	Examen para detectar cáncer de colon	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 50 a 75 años**

** Para obtener la tarjeta de regalo para el examen colorrectal, también debe haber completado una de estas pruebas: prueba de sangre oculta en heces (en el último año), sigmoidoscopia flexible (dentro de los cinco años), colonoscopia (dentro de los diez años), colonografía por TC (dentro de los cinco años) o prueba de ADN en heces (dentro de los tres años).

Actividad	Descripción	Monto de la tarjeta de regalo	Miembros elegibles
ACTIVIDADES DE BIENESTAR PEDIÁTRICAS			
Visita de control del niño sano (a los 30 meses)	Visita con el médico del niño para controlar su salud general	\$15 por visita; no más de ocho visitas antes de los 3 años	Miembros de CareFirst CHPMD de 0 a 3 años
Prueba de detección de plomo para niños de 1 año	Extracción de sangre para detectar plomo en la sangre de su hijo	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD que cumplen 1 año en 2026

Actividad	Descripción	Monto de la tarjeta de regalo	Miembros elegibles
Prueba de detección de plomo para niños de 2 años	Extracción de sangre para detectar plomo en la sangre de su hijo	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD que cumplen 2 años en 2026
Visita de control del niño sano (niños en edad escolar de 9 a 13 años)	Visita con el médico del niño para controlar su salud general	\$30	Miembros de CareFirst CHPMD de 9 a 13 años
Visita de control del niño sano (niños mayores de 17 a 21 años)	Visita con el médico del niño para controlar su salud general	\$75	Miembros de CareFirst CHPMD de 17 a 21 años
Vacunas (0 a 2 años)	Visita con el médico del niño para que reciba las vacunas necesarias	\$30	Miembros de CareFirst CHPMD de hasta 2 años que hayan recibido todas las vacunas, incluida la vacuna contra la gripe
Revisión de vacunas al 13.º cumpleaños	Visita con el médico del niño para asegurarse de que recibió todas las vacunas importantes	\$30	Miembros de CareFirst CHPMD que tienen 13 años**
Virus del papiloma humano (VPH)	Visita con el médico del niño para obtener las vacunas necesarias	\$50	Miembros de CareFirst CHPMD de 9 a 13 años para recibir su serie de vacunas contra el VPH completa al cumplir 13 años o antes de esa fecha

**Para obtener esta tarjeta de regalo, los niños de 13 años deben haber recibido: una dosis de la vacuna antimeningocócica, una vacuna Tdap y la serie de vacunas contra el VPH completa.

Actividad	Descripción	Monto de la tarjeta de regalo	Miembros elegibles
ACTIVIDADES DE BIENESTAR DE MATERNIDAD			
Clases de educación prenatal	Asista a clases de lactancia materna, parto o cuidado infantil en instalaciones participantes	\$125	Miembros de CareFirst CHPMD que están embarazadas
Programa Baby Steps	Tarjeta de regalo para las necesidades de salud y seguridad del recién nacido	\$125	Miembros de CareFirst CHPMD que tengan un recién nacido

Qué no tiene cobertura

Existen beneficios que Medicaid de Maryland no exige que cubran las organizaciones de atención médica gestionadas de HealthChoice. Medicaid de Maryland puede cubrir algunos de estos beneficios directamente si son médicamente necesarios. Una organización de atención médica gestionada de HealthChoice puede elegir cubrir algunos de estos beneficios, pero no tiene que hacerlo.

Su proveedor debe informarle si Medicaid no cubre un servicio y si usted será responsable de pagar por ese servicio. Para obtener más información, consulte Derechos y protecciones de facturación de Medicaid.

Estos son beneficios que Medicaid de Maryland no exige que cubran las organizaciones de atención médica gestionadas de HealthChoice:

- Tratamiento experimental, a menos que participe en un ensayo clínico aprobado.
- Un servicio que no sea médicamente necesario.
- Un servicio solicitado o proporcionado por alguien que no sea un proveedor de atención médica con licencia.
- Un servicio no permitido por la licencia del proveedor.
- Transporte médico que no sea de emergencia, pero pueden ayudarle a conseguir un medio de transporte.
- Servicios de salud o administración de casos para niños cuando:
 - Son parte del Plan de Servicios Familiares Individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP) o el Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) del niño.
 - Se realizan en la escuela o a través de un programa médico comunitario para niños.
- Una autopsia
- Atención médica que recibe **fuera de los EE. UU.**
- Un aborto
- Un programa de pérdida de peso o un plan de ejercicios
- Medicamentos o vacunas utilizados solo para bajar de peso
- Ayuda para quedar embarazada, como la fertilización in vitro
- Cirugía para deshacer la esterilización a la que eligió someterse
- Ayuda para dejar de fumar, comer de manera saludable o ponerse en forma, a menos que elijan cubrirlo
- Servicios no médicos de capacitación laboral, ayuda para encontrar un trabajo o programas de aprendizaje
- Servicios privados de enfermería a domicilio para un adulto de 21 años o más
- Atención que recibió **antes de inscribirse en su plan**
- Servicios dentales o aparatos de ortodoncia
- Oxígeno utilizado solo como respaldo o de vez en cuando
- Cirugía estética solo para cambiar su apariencia

- Bebidas nutricionales, vitaminas o minerales que toma por vía oral
- Un servicio que Medicaid de Maryland paga directamente

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte Otros beneficios cubiertos y Beneficios agregados al valor.

Si tiene otro seguro además de Medicaid, es posible que cubra algunos de estos servicios. Siempre informe a su proveedor sobre su otro seguro. Bríndeles toda la información de su seguro médico cuando se registre.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a la línea de ayuda HealthChoice al 800-284-4510.

Servicios de atención y prevención de la diabetes

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial. **Estos beneficios son solo para personas con diagnóstico de prediabetes o diabetes.**

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte Autoderivación.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Beneficios para los miembros con un diagnóstico de diabetes

Los beneficios incluyen servicios especiales necesarios desde el punto de vista médico relacionados con la diabetes:

- Asesoramiento sobre nutrición para la diabetes
 - Una sesión individual inicial
 - Cuatro sesiones más al año
- Educación para pacientes ambulatorios con diabetes
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos desechables relacionados con la diabetes
 - Suministros para el monitoreo de glucosa en sangre
 - Tiras reactivas y comprimidos para diagnóstico
 - Dispositivos de punción dactilar para análisis de glucemia
 - Medidores de reflectancia de glucosa en sangre para uso en el hogar
- Calzado terapéutico y servicios relacionados
 - Calzado y servicios que ayudan a mejorar o curar su afección.
 - Calzado terapéutico, calzado ortopédico
 - Soportes para arco, dispositivos ortopédicos, soportes para calzado, soporte elástico
 - Examen, receta, ajuste y servicios relacionados con el calzado especial para prevenir o retrasar la pérdida del pie.
- Podología
 - Cuidado del pie relacionado con la diabetes.
 - Consulte Podología.
- Atención de visión relacionada con la diabetes
 - Consulte Servicios de atención de visión.

Beneficios para los miembros con un diagnóstico de prediabetes

Programa nacional de prevención de la diabetes de HealthChoice.

Si tiene prediabetes, el programa de cambio de estilo de vida del Programa de Prevención de la Diabetes HealthChoice puede ser para usted. Puede ayudarle a bajar de peso, a volverse más activo y a prevenir o retrasar la diabetes tipo 2.

Para ser elegible para el Programa de prevención de la diabetes de HealthChoice, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener entre 18 y 64 años
- Tener sobrepeso
- No estar embarazada
- No tener diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2
- Tener un análisis de sangre reciente con resultados dentro del rango de prediabetes o antecedentes de diabetes gestacional

Hable con su médico de atención primaria para obtener más información o llame a los Servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Para obtener más información sobre el Programa de Prevención de la Diabetes HealthChoice, visite <https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/HealthChoice-DPP.aspx>.

Conservación de la fertilidad

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial. **Estos beneficios son solo para las personas cuyo tratamiento médico puede causar esterilidad, como cirugía o quimioterapia.**

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. **Debe tener una preautorización para estos servicios.**

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Para ser elegible para la conservación de la fertilidad, debe cumplir con lo siguiente:

- Obtener la preautorización para los servicios.
- Estar dentro de la edad reproductiva.
- Presentar la documentación de un endocrinólogo especialista en reproducción.

Importante: La conservación de la fertilidad es solo para personas cuyo tratamiento médico puede causar esterilidad y cumplir con los otros criterios de elegibilidad mencionados anteriormente.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Consulta de fertilidad
- Supresión gonadal para reducir la insuficiencia ovárica
- Tratamiento hormonal e inducción de la ovulación
- Recuperación y conservación de ovocitos
- Extracción y conservación de esperma

Medicaid no cubre la fertilización in vitro (IVF), la donación de esperma u ovocitos ni el almacenamiento de procedimientos de tejido testicular.

Atención de afirmación de género

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD y obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

No existe un límite de edad para la atención, pero los miembros deben proporcionar un consentimiento informado para todos los servicios. Los menores deben tener el consentimiento de los padres de acuerdo con las Leyes de Consentimiento de los Menores de Maryland.

Para ser elegible para los servicios de confirmación de género, debe:

- Hable con su proveedor de atención médica sobre un diagnóstico de atención.
- Poder tomar decisiones completamente informadas y otorgar su consentimiento para el tratamiento.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Terapia hormonal

- Terapia hormonal cruzada: Esto incluye terapia de supresión y reemplazo hormonal. Puede tomar medicamentos por boca, en forma de inyección o sobre la piel.
- Terapia de supresión de la pubertad: Desacelera los cambios en el cuerpo durante la pubertad. Consulte Servicios de farmacia y medicamentos recetados.

Cirugías y terapias de confirmación de género

Debe obtener preautorización para estos servicios:

- Cirugías médicamente necesarias, incluida la reasignación genital y los procedimientos faciales.
- Procedimientos para alteraciones de la piel, el pecho y la voz para alinearse con la identidad de género de una persona.
- Eliminación del vello y trasplantes de vello para fines relacionados con el género.
- Los médicos pueden revisar o revertir las cirugías de confirmación de género si existen problemas o si su identidad de género cambia.

Servicios postransición

- Es posible que se necesiten algunos servicios específicos de género después de la transición, como exámenes de detección de cáncer de mama para hombres transgénero o exámenes de próstata para mujeres transgénero.
- No necesita preautorización para los servicios postransición.

Análisis de laboratorio

- Pruebas de rutina para verificar la terapia hormonal. Es posible que necesite preautorización para pruebas específicas.
- Consulte Servicios de diagnóstico y laboratorio.

Salud conductual

- Medicaid ofrece servicios de salud conductual, como terapia para la disforia de género. Usted no necesita preautorización.
- Consulte Servicios de salud conductual y Salud conductual primaria.

Servicios para VIH/SIDA

Utilizará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios, excepto para las pruebas, que Medicaid cubre directamente. Consulte la sección [Pruebas de VIH/SIDA](#) para obtener más información.

Algunos servicios pueden requerir una derivación o [preautorización](#). Consulte [Autoderivación](#).

Puede elegir un [especialista](#) en VIH/SIDA que coordinará su atención con su proveedor de atención primaria y otros proveedores de atención especializada. Hable con su proveedor sobre el acceso a los ensayos clínicos.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD para obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711). Consulte al [coordinador de necesidades especiales](#).

Si está embarazada, consulte [Beneficios esenciales: Miembros embarazadas, orientación sobre el VIH y pruebas](#).

Para obtener más información, consulte [Beneficios esenciales: Miembros con necesidades especiales](#).

Administración de casos, Administrador de casos

- Puede solicitar servicios de administración de casos en cualquier momento, incluso si los rechazó antes.
- Su administrador de casos tendrá capacitación especial para ayudar con la atención y los recursos del VIH/SIDA. Su administrador de casos no compartirá su información sobre su estado de VIH.
- Consulte [Administración de casos, Administrador de casos](#).

Servicio de Evaluación de Diagnóstico (Diagnostic Evaluation Service, DES)

- Una evaluación de servicio de diagnóstico y evaluación (DES) por año.
- El DES incluye una evaluación médica y psicosocial.
- Debe seleccionar un proveedor de DES de una lista aprobada de centros, pero el proveedor no tiene que estar [dentro de la red](#) con CareFirst CHPMD. Consulte [Autoderivación](#).
- Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener ayuda con este servicio.

Tratamiento por abuso de sustancias

Lo derivaremos al Sistema de Salud Conductual Pública dentro de las 24 horas de haber solicitado el tratamiento. Consulte [Servicios de salud conductual](#)

Atención a largo plazo

Servicios de instalaciones de atención a largo plazo

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir los servicios de los centros de atención a largo plazo. Sin embargo, su organización de atención administrada solo es responsable de 90 días consecutivos de atención. Después de más de 90 días, Medicaid de Maryland puede cubrir directamente su atención.

Después de 90 días, si aún necesita atención a largo plazo en un centro, se interrumpirá su inscripción en CareFirst CHPMD. Consulte [Cancelación de la inscripción](#).

Los servicios de atención a largo plazo son los servicios médicos y de apoyo que necesita durante un largo tiempo en un centro de atención a largo plazo. Un centro de atención médica a largo plazo puede ser

- Un hospital para enfermos crónicos
- Un hospital de rehabilitación crónica
- Centro de enfermería
 - Un centro de enfermería está certificado por el estado para ofrecer atención médica y de enfermería especializada las 24 horas, rehabilitación o servicios relacionados con la salud a personas que no necesitan atención hospitalaria.
 - Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, no puede volver a inscribirse en CareFirst CHPMD. Si esto sucede, deberá aplicar a Medicaid según las reglas de cobertura de atención a largo plazo.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) o a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

Beneficios esenciales: Atención a largo plazo

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte [Autoderivación](#).

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD para obtener la atención que necesita cerca de usted. Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Servicios/dispositivos de rehabilitación

Estos son servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Los servicios pueden incluir:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Patología del habla

Para miembros menores de 21 años, consulte [EPSDT](#).

Servicios de atención médica en el hogar

Estos son los servicios y suministros de atención médica que recibe en su hogar según las indicaciones de su médico. Los servicios son a tiempo parcial o según sea necesario. La atención médica domiciliaria no incluye ayuda con tareas no médicas, como cocinar y limpiar. Los servicios pueden incluir:

- Atención de enfermería especializada
- Servicios de asistencia en el hogar
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
- Suministros médicos utilizados durante la visita. Consulte [Suministros médicos duraderos y Suministros médicos desechables](#).

Servicios de cuidado de hospicios o cuidado terminal

Los servicios a domicilio o de [internación](#) brindan confort y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios y dispositivos de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Servicios de atención médica que ayudan a que una persona conserve, recupere o mejore las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana que se han perdido o deteriorado a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad sufridas por la persona. Los servicios pueden incluir:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Patología del habla

Si tiene menos de 21 años de edad, consulte [EPSDT](#).

Otros servicios con cobertura: Atención a largo plazo

CareFirst CHPMD no cubre algunos beneficios que Maryland Medicaid cubre directamente si son [médicamente necesarios](#). Usará su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando obtenga estos servicios.

Para obtener más información, llame a la línea de ayuda HealthChoice al 800-284-4510.

Servicios en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales o afecciones relacionadas(ICF/IID)

Un centro de atención intermedia (ICF) es un lugar que proporciona atención a largo plazo para personas que necesitan más ayuda que la atención residencial, pero menos atención que un centro de enfermería especializada. El objetivo de estos servicios es ayudar a las personas a recuperarse y aumentar su independencia.

Servicios de atención médica de día

Los Servicios de Atención Médica de Día son programas grupales estructurados que proporcionan servicios de apoyo de salud, social y relacionado a adultos con discapacidades funcionales, mayores de 16 años.

El programa brinda atención en un entorno comunitario y ofrece a las personas una alternativa a la atención en un centro de enfermería. Estos son centros con licencia estatal.

Servicios de cuidado personal especializado

Los servicios de cuidado personal especializados son servicios médicos que solo puede brindar un profesional de atención médica con licencia, como un enfermero o un terapeuta. Estos servicios van más allá de la ayuda básica de la vida diaria que puede brindar un cuidador no médico. Algunos ejemplos de cuidado personal especializado que su médico puede solicitar son el cuidado de heridas, los cambios en las sondas de alimentación y la fisioterapia.

Servicios de farmacia y medicamentos recetados

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios.

Los medicamentos recetados son fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una prescripción también conocida como receta médica. El médico, el personal de enfermería o el médico asistente que escribe su receta se conoce como el médico autorizado que receta.

La cobertura para medicamentos recetados incluye:

- Píldoras y dispositivos anticonceptivos
- Vitaminas masticables para niños menores de 12 años
- Aspirina recubierta para la artritis
- Insulina
- Píldoras de hierro (sulfato ferroso)
- Jeringas y agujas

Hay un copago de \$1 o \$3 para la mayoría de las recetas. No hay copago para los fármacos o las vacunas cubiertos para la planificación familiar. No existe un copago por receta para las personas menores de 21 años, embarazadas, nativas americanas o que estén viviendo con atención a largo plazo.

Puede obtener condones de látex y anticonceptivos de emergencia de una farmacia sin receta.

Lista de medicamentos preferidos

La lista de medicamentos preferidos (PDL) también se conoce como formulario. Es una lista de medicamentos recetados genéricos y de marca y de medicamentos de venta libre (OTC) que cubrimos. Los fármacos de esta lista son los mejores en términos de seguridad, efectividad y costo. El médico que le receta usará esta lista para recetarle el medicamento. Algunos medicamentos pueden requerir preautorización. Algunos pueden tener límites de cantidad o edad.

Para ver nuestro formulario, visite carefirst.com/medicaid/members/drug-listformulary-updates.

Si desea que le enviemos por correo una copia del formulario, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta sobre una receta o un copago.

Telesalud y nuevas tecnologías

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte Autoderivación.

Un servicio de telesalud está sujeto a las mismas reglas de cobertura y preautorización que un servicio en persona. Consulte Autoderivación.

La telesalud sincrónica es una visita bidireccional en tiempo real en la que usted y su proveedor interactúan entre sí. Puede reunirse con su proveedor personalmente durante una reunión por video en línea. Puede reunirse desde casi cualquier lugar con su computadora, teléfono o tableta. Su proveedor debe reunirse con usted desde un espacio privado como lo haría durante una visita en persona. Algunas visitas de telesalud pueden ser una conversación telefónica entre usted y su proveedor, según el servicio.

Un servicio de atención médica proporcionado mediante telesalud debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un servicio que el proveedor puede ofrecer.
- Ser el servicio adecuado para sus necesidades médicas.
- Cumplir con el mismo estándar de atención que un servicio proporcionado en persona.

Hay algunos servicios de atención médica que no son elegibles para telesalud.

Un servicio de telesalud no incluye correos electrónicos, fax ni algunas conversaciones telefónicas entre un proveedor de atención médica y un paciente.

Otros servicios de telesalud cubiertos incluyen monitoreo remoto del paciente y la tecnología de almacenamiento y reenvío utilizada en servicios de dermatología, oftalmología o radiología. Esto se conoce como telesalud asincrónica y no implica interacción en tiempo real entre usted y su proveedor.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) o a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

Nuevas tecnologías y otros avances

CareFirst CHPMD cuenta con un proceso de revisión para decidir cómo y cuándo cubrir los avances en medicina. Revisamos regularmente las novedades en:

- Tecnología médica.
- Medicamentos.
- Procedimientos.
- Tratamientos.

Si necesita más información o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Servicios de atención de visión

Atención para la Vista

Todas las organizaciones de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es médicamente necesario. No debe pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico, excepto las recetas.

Usará su tarjeta CareFirst CHPMD cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir una derivación o preautorización. Consulte Autoderivación.

Utilice el Directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar un proveedor de Medicaid de CareFirst CHPMD para obtener la atención que necesita cerca de usted.

Para obtener más información o si tiene preguntas, comuníquese con Superior Vision al 888-486-1230 o con Servicios para Miembros de CareFirst CHPMD al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Adultos mayores de 21 años

- Un examen de la vista cada dos años.
- Para obtener más información sobre los beneficios para la visión, consulte Beneficios de valor agregado de CareFirst CHPMD.

Niños y adultos jóvenes menores de 21 años

- Un examen de la vista cada año
- Un par de anteojos por año
- Lentes de contacto cuando sea médicamente necesario
- Consulte Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y regulares (EPSDT).

Miembros con diabetes

- Un examen de la vista cada año
- Un par de anteojos por año

Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la visión.

Programa de administración de casos poco frecuentes y costosos (REM)

El programa de administración de casos poco frecuentes y costosos (Rare and Expensive Case Management, REM) proporciona servicios de administración de casos médicos y otros servicios para personas elegibles con afecciones médicas específicas. **Este es un programa voluntario.**

Si se inscribe en el programa REM, ya no obtendrá su cobertura de atención médica de CareFirst CHPMD ni de ninguna otra organización de atención administrada de HealthChoice. Obtendrá todos sus beneficios de atención médica directamente a través de Medicaid de Maryland.

Para ser elegible para el programa REM, debe:

- Ser elegible para el programa de atención administrada por HealthChoice.
- Tener al menos una afección rara y costosa para su grupo etario.
- Elegir estar en el programa REM.

Hable con su médico de atención primaria para conocer más sobre las afecciones médicas que lo calificarán para este programa. También puede llamar a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) o a nuestro coordinador de necesidades especiales al 410-779-9369 o 800-730-8530, luego seleccione la opción 4 para más información.

Los beneficios REM incluyen:

- Evaluación y servicios de administración de casos
- Servicios de asistente de enfermería certificado (Certified Nursing Assistant, CNA) y técnico de medicación certificado (Certified Medication Technician, CMT) de CNA
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de asistente de salud en el hogar (HHA) y de técnico certificado en medicamentos (CMT) de HHA
- Asesoramiento sobre nutrición y suplementos
- Terapia ocupacional
- Personal de enfermería privado, servicios de enfermería en turnos
- Patología del habla y el lenguaje

Debe solicitar el Programa REM y Maryland Medicaid debe aprobarlo. Si se aprueba, el programa le asignará un administrador de casos de REM. Su administrador de casos de REM trabajará con usted para pasar su cobertura desde CareFirst CHPMD. Ellos trabajarán con usted para elaborar un plan de atención a fin de satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

Para obtener más información y saber cómo postularse, llame al programa REM al 800-565-8190.



Vaya a la página web de REM ahora. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: bit.ly/4dnz45Q o escanee el código QR.

Derivación del propio miembro

Puede obtener ciertos servicios de atención de la salud de un proveedor que no sea parte de la red de CareFirst CHPMD. No necesita una derivación de su médico de atención primaria. CareFirst CHPMD cubrirá estos servicios incluso si el proveedor está fuera de la red. Sin embargo, el proveedor debe ser un proveedor de Medicaid participante.

Los servicios de autoderivación incluyen:

- Centros de maternidad
- Pruebas de COVID-19
- Diálisis
- Servicios de Doula
- Atención de emergencia, Cuidado de emergencia
- Planificación familiar
- Evaluación para la colocación en hogares de acogida.
- Evaluación diagnóstica de VIH/SIDA
- Control del bebé recién nacido
- Embarazo, ciertas afecciones
- Centros de salud escolares
- Especialista, niños con necesidades especiales

Continuidad de la atención

Es posible que tenga derecho a transferir una preautorización o a seguir viendo a un proveedor fuera de la red si actualmente recibe atención médica y

- Es nuevo en HealthChoice
- Cambió su organización de atención administrada HealthChoice
- Se trasladó a HealthChoice desde otro plan de salud

Límite de tiempo

Por lo general, estos derechos duran 90 días a partir del inicio de su nueva cobertura o hasta que finalice su tratamiento, lo que ocurra primero. Si está embarazada, estos derechos se extienden durante el embarazo hasta la primera visita al médico después del nacimiento.

Limitaciones

Estos derechos no se aplican a lo siguiente:

- Servicios dentales
- Servicios de salud mental
- Servicios para el trastorno por consumo de sustancias
- Servicios prestados por el programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland, consulte Otros beneficios cubiertos.

Transferencia de una preautorización

Si su plan de salud anterior aprobó una cirugía u otro servicio, es posible que no necesite obtener una nueva aprobación de CareFirst CHPMD. Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) si desea utilizar esa aprobación. Necesitaremos una copia de la preautorización. Si no tiene una copia, comuníquese con su plan de salud anterior. Deben entregarle una copia en un plazo de 10 días.

Si recibe atención de un médico que estaba en la red de su plan de salud anterior pero no pertenece a la red CareFirst CHPMD, es posible que pueda seguir visitándolo por un tiempo. Debe comunicarse con nosotros para solicitarlo. Este derecho solo se aplica a afecciones específicas como las siguientes:

- Una afección aguda, por ejemplo, fractura de hueso
- Una afección crónica grave, por ejemplo, cáncer
- Embarazo
- Otras condiciones acordadas por usted y su proveedor

Si tiene preguntas, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) o a la línea de ayuda HealthChoice al 800-284-4510.

Usted tiene derecho a apelar una negación de transferencia de una preautorización o a consultar a su proveedor anterior. Consulte Presentar una queja, un reclamo o una apelación.

Cobertura del área fuera de servicio

La red de proveedores de CareFirst CHPMD ofrece muchas opciones de atención en toda nuestra área de servicio, que incluye los siguientes condados y ciudades: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico y Worcester.

También cubrimos la atención en un estado cercano solo si el proveedor está en nuestra red o si coordinamos su atención. Consulte Continuidad de la atención para conocer las excepciones.

Solo cubrimos el cuidado de emergencia y los servicios de atención posteriores a la estabilización cuando usted está fuera de Maryland.

Si necesita cuidados que no sean de emergencia fuera de nuestra área de servicio, llame a su médico de atención primaria o a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, puede cambiar a otro plan de atención administrada. Consulte Cambiar planes de atención administrada.

Otro seguro

Coordinación de beneficios

Medicaid coordina los beneficios con otras aseguradoras como pagador secundario para todos los demás pagadores. Esto significa que si tanto una aseguradora como Medicaid cubren un beneficio, el otro pagador es el primer responsable de realizar el pago. Por ley, Medicaid es el pagador de último recurso.

Esto se conoce como responsabilidad de terceros. Otras fuentes de cobertura, o un tercero, pueden incluir

- Seguro médico patrocinado por el empleador
- Seguro de atención a largo plazo
- Medicare
- Otros programas estatales y federales
- Seguro médico privado
- Acuerdo de una compañía aseguradora de responsabilidad
- Compensación para los trabajadores

Informar otro seguro

Debe informar si tiene otra cobertura. Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) para informar cualquier otro plan o cobertura de seguro.

Siempre informe a su proveedor sobre su otro seguro. Enumere su seguro que no sea de Medicare como su seguro principal.

Responsabilidad de terceros y lesión relacionada con el trabajo

Debe informar a CareFirst CHPMD si recibe atención por una lesión causada por un accidente automovilístico o una lesión relacionada con el trabajo. Por lo general, una compañía aseguradora externa es responsable del pago. Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) para hacer un informe.

Cambio de planes de atención administrada

Regla de 90 días para nuevos miembros de Medicaid

Tiene 90 días para elegir un plan de salud de atención administrada diferente por cualquier motivo cuando se une a Medicaid por primera vez. Solo puede cambiar su plan una vez durante este período. Debe permanecer con su plan por 12 meses antes de poder realizar un cambio, excepto por ciertos motivos.

Miembro de Medicaid inscrito nuevamente

Si pierde su cobertura de Medicaid y vuelve a solicitarla dentro de los 120 días, y es elegible, Medicaid volverá a inscribirlo automáticamente en el mismo plan.

Excepciones de cambio

Puede cambiar de médico de atención primaria en **cualquier momento** si

- Se muda
 - Si se muda a un condado donde su plan de salud actual no ofrece atención médica.
- Se queda sin hogar
 - Si otro plan ofrece atención más cercana al lugar donde se encuentra, lo que facilita llegar a las citas.
- Familia en diferentes planes
 - Una familia con uno o más miembros del hogar en un plan y uno o más miembros en un plan diferente puede trasladar a todos al mismo plan. Para ello, utilizará el motivo de cambio “unificación familiar”. Existe una excepción. Un recién nacido debe permanecer en el plan de sus padres durante los primeros 90 días después del nacimiento.
- Colocación de niños de acogida
 - Si un niño de acogida se incorpora a su familia, puede cambiar al niño a su plan si usted u otros miembros de la familia se encuentran en un plan diferente.
- Finaliza el contrato de su médico de atención primaria
 - Si su plan finaliza su contrato con su médico de atención primaria. Recibirá un aviso para informarle si esto sucede. Deberá seleccionar un médico de atención primaria. Consulte [Elegir a su médico de atención primaria \(PCP\)](#) para obtener más información.

Es posible que pueda cambiar su plan si **Medicaid lo aprueba** cuando

- Experimenta una mala calidad de atención.
- No puede acceder a los servicios que necesita con CareFirst CHPMD.
- Quiere consultar a un proveedor con experiencia en sus necesidades de atención médica que no esté en la red de proveedores de CareFirst CHPMD.

No puede cambiar su plan cuando

- Está en un hospital
- Está en un centro de enfermería

Cómo cambiar su plan

Debe comunicarse con Maryland Health Connection al 855-642-8572 para hacer un cambio. **Tenga en cuenta que CareFirst CHPMD no puede cambiar su plan.**

Cancelación de la inscripción

La cancelación de la inscripción significa que su cobertura finaliza. Si su cobertura de Medicaid finaliza, su cobertura de CareFirst CHPMD también finalizará. A veces, su cobertura de CareFirst CHPMD puede finalizar, pero su cobertura de Medicaid continúa.

Cuándo puede finalizar su cobertura de CareFirst CHPMD

Medicaid o CareFirst CHPMD pueden cancelar su inscripción, es decir, finalizar la cobertura de su plan, no su cobertura de Medicaid, por ciertos motivos.

Podemos cancelar su inscripción si:

- Lo admiten en un centro de enfermería durante más de 90 días consecutivos.
 - Puede ser elegible para la cobertura de atención a largo plazo de Medicaid.
- Ahora se encuentra en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual.
- Se une al Programa de administración de casos poco frecuentes y costosos (REM).
- Su tipo de cobertura de Medicaid, conocida como categoría de asistencia, cambia a una que no es elegible para la atención médica administrada. Un ejemplo es que recibe atención a largo plazo.
- Tiene 65 años de edad o más.
- Está en cárcel o en prisión.
- Se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad.
 - Las personas afiliadas tanto a Medicare como a Medicaid no reciben atención a través de un plan de atención médica administrada.
- Se mudó fuera del área de servicio de CareFirst CHPMD.

Medicaid cancelará su inscripción si la inscripción en el plan de atención administrada es un error y la inscripción en el plan no es válida. Medicaid también cancelará la inscripción de un miembro al momento de su muerte.

Cuándo puede finalizar su cobertura de Medicaid

Su cobertura de Medicaid puede finalizar, es decir, terminar, por varios motivos. Puede perder la cobertura de Medicaid si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- No renueva su cobertura de Medicaid.

Si su cobertura de Medicaid finaliza, su cobertura de CareFirst CHPMD también finalizará. Si pierde su cobertura de Medicaid y vuelve a solicitarla dentro de los 120 días, y es elegible, Medicaid volverá a inscribirlo automáticamente en CareFirst CHPMD. Su cobertura de CareFirst CHPMD comenzará nuevamente dentro de los 10 días.

Explicación de beneficios o aviso de Denegación de pago

Una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un aviso de Denegación de pago muestra un resumen de los servicios facturados por su médico. Enumera el tipo de servicio, la fecha, el monto facturado y el monto pagado por CareFirst CHPMD. **Este documento no es una factura.** Simplemente le indica qué ha pagado CareFirst CHPMD. Si ve un error, como un servicio que no recibió, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) de inmediato.

Derechos de facturación y protecciones de Medicaid

Es posible que un proveedor de Medicaid no le facture un beneficio cubierto por Medicaid médicamente necesario. No debe pagar estos gastos de bolsillo, excepto las recetas.

Asegúrese de consultar a un proveedor de Medicaid participante para su atención médica. De no ser así, es posible que tenga que pagar por el servicio.

Utilice nuestro directorio de proveedores de CareFirst CHPMD en carefirst.com/medicaid-doctor para buscar por nombre de proveedor y encontrar un proveedor de Medicaid participante en nuestra red.

Recuerde que es posible que deba pagar la atención médica que reciba de un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de Medicaid.

Si recibe una factura por un servicio cubierto, **no la pague**. Comuníquese con el proveedor que envió la factura para obtener ayuda. Si el proveedor dice que usted no tenía cobertura en la fecha del servicio o que CareFirst CHPMD no pagó, llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Si aún necesita ayuda, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

Es posible que también pueda presentar una queja ante el abogado general de Maryland. Para conocer más, visite su página web de [Unidad de Educación y Defensa en Salud](#).

Atención preventiva para adultos

¿Qué es la atención preventiva? Son cosas que puede hacer para mantenerse bien, como vacunarse contra la gripe cada año o comer alimentos saludables. Incluye los exámenes preventivos. Estos son servicios de atención médica para controlar su salud y bienestar. Recibir atención preventiva de rutina puede ayudarlo a mantenerse bien y detectar problemas de manera temprana, cuando pueden ser más fáciles de tratar.

Las pruebas y los procedimientos preventivos se basan en su edad, sexo, estado de salud, antecedentes familiares y otros factores. Hable con su médico de atención primaria sobre los exámenes de detección y los procedimientos que puede necesitar y con qué frecuencia los necesita.

Las mujeres pueden consultar a un obstetra/ginecólogo o a una enfermera obstétrica certificada sin una derivación. Esto incluye atención preventiva y de rutina, como un examen físico, un examen de las mamas, una mamografía y una prueba de Papanicolaou. Mantenerse actualizado sobre sus vacunas es una de las mejores cosas que puede hacer para proteger su salud. Si está embarazada o tiene una afección médica que la expone a un mayor riesgo de contraer infecciones, hable con su médico de atención primaria sobre qué vacunas son adecuadas para usted.

Siempre informe a su médico de atención primaria si ha cambiado algo desde su última visita al consultorio. Siempre brinde la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental para que pueda recibir la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Recomendaciones de atención preventiva en adultos

Atención de la salud general	
Chequeo de rutina	Todos los años
Evaluación de ansiedad y depresión	Todos los años
Controles y limpiezas dentales	Ver Servicios dentales .
Detección de violencia de pareja	Mujeres en edad reproductiva
Consumo y abuso de sustancias: alcohol, tabaco, otros	18+. Todos los años; más según el riesgo.

Exámenes de detección y procedimientos*	
Control de la presión arterial: hipertensión	Todos los años
Cáncer relacionado con BRCA	Mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, ovario, tubárico o peritoneal
Examen de detección del cáncer de mama	Cada dos años a partir de los 40 años y hasta los 75 años
Examen de detección de cáncer de cuello de útero	Cada 3 años para miembros con órganos reproductivos internos de 21 a 29 años, y cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años
Colesterol	Cada 5 años a partir de los 35 años para los hombres y 45 para las mujeres, a partir de los 20 años si tienen un mayor riesgo

Exámenes de detección y procedimientos*	
Exámenes de detección de cáncer de colon	50 a 75 años, la frecuencia depende de la prueba utilizada: basada en heces: anualmente a cada 3 años, sigmoidoscopia flexible cada 5 años, colonografía por TC cada 5 años o colonoscopia cada 10 años
Prediabetes o diabetes tipo 2	Adultos de 35 a 70 años de edad con sobrepeso u obesidad
Infección por tuberculosis latente	18+ en riesgo elevado
Examen de detección de cáncer de pulmón	Anualmente para adultos de 50 a 80 años de edad con un historial de tabaquismo de 20 paquetes al año que fuman activamente o dejaron de fumar hace menos de 15 años, el examen se realiza mediante una exploración por TC de dosis baja (Low Dose CT, LDCT)
VHI Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	En función de la categoría de riesgo
Hepatitis B	Adultos con mayor riesgo
Hepatitis C	+18 una vez, con mayor frecuencia para aquellos con mayor riesgo
Clamidia y gonorrea	Mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y mujeres mayores de 25 años con alto riesgo de contraer una infección.
Infección por sífilis	Adultos con mayor riesgo

Vacunas recomendadas para adultos mayores de 19 años

Vacunas**	
COVID-19	Al menos una dosis de la vacuna actual contra la COVID-19 o según el consejo de su médico.
Influenza/gripe	Todos los años
Virus sincicial respiratorio	Una dosis a partir de los 60 años o en caso de embarazo
Tdap/Td	Un refuerzo cada 10 años y en cada embarazo.
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	Si tiene 66 años o menos, una o dos dosis
Varicela	Si nacieron en los EE. UU. y tienen 43 años o menos, dos dosis
Herpes zóster	Más de 50 años, dos dosis; más jóvenes según el consejo de su médico.
Virus del papiloma humano (VPH)	Menor de 26 años dos o tres dosis, si tiene entre 27 y 45 años según el consejo de su médico.
Neumonía	En función del riesgo
Hepatitis A	En función del riesgo o el consejo de su médico.
Hepatitis B	19 a 59 años de edad, en función del riesgo o el consejo de su médico.
Meningitis	En función del riesgo o el consejo de su médico.
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Para adultos con determinadas afecciones médicas según el consejo de su médico.
Viruela símica	En función del riesgo o el consejo de su médico.

* Las recomendaciones para la detección y el procedimiento se basan en la guía del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF). Para obtener las recomendaciones más recientes, visite [USPSTF](#).

** Las recomendaciones para las vacunas se basan en las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de los EE. UU. Para obtener la información más reciente, visite [Vacunas recomendadas por los CDC para adultos](#).

Conozca sus antecedentes familiares

Hable con su familia y luego con su médico. Puede utilizar My Family Health Portrait de los CDC para llevar un registro de su información. Asegúrese de actualizar esta información regularmente y compartir lo que ha aprendido con su familia y su médico. Obtenga más información sobre [My Family Health Portrait](#).

Acceda a sus registros oficiales de vacunación

Puede ver e imprimir su registro oficial de vacunación en línea. Es gratis, simple y seguro. Para registrarse o iniciar sesión, visite myirmobile.com.

Atención de niños sanos

¿Qué es una visita de control del niño sano? Una visita de control del niño sano (también llamada chequeo) es cuando lleva a su hijo al médico para asegurarse de que esté sano y se desarrolle normalmente. Es diferente de las visitas por enfermedad o lesiones.

Llevar a su hijo a una visita de control del niño sano programada con regularidad puede ayudarle a mantenerse bien y a detectar problemas de manera temprana, cuando sea más fácil tratarlos.

En una visita de control del niño sano, puede hablar con su proveedor y hacer preguntas sobre cómo está creciendo y desarrollándose su hijo. Su hijo también recibirá inyecciones, también llamadas vacunas o inmunizaciones, durante su visita de rutina para niños sanos. Mantenerse al día con las vacunas de su hijo es una de las mejores cosas que puede hacer para proteger su salud.

Si está preocupado por la salud de su hijo, llame a su proveedor de inmediato. No espere hasta su próxima visita programada.

Prueba de intoxicación por plomo en sangre

Una prueba de plomo en sangre es la mejor manera de averiguar si un niño presenta intoxicación por plomo. Su proveedor extraerá una pequeña cantidad de sangre del dedo, talón o brazo de su hijo para realizar una prueba.

Medicaid requiere pruebas de plomo para todos los niños a los 12 y 24 meses de edad. Medicaid también requiere pruebas para niños de 24 a 72 meses si no hay registro de pruebas.

Cronograma de visitas de control del niño sano

La frecuencia con la que visita al médico, recibe servicios, pruebas de detección y vacunas depende de lo que su proveedor considere adecuado para su hijo.

Visitas recomendadas:

- 3 a 5 días
- 1 mes de vida
- 2 meses de vida
- 4 meses de vida
- 6 meses de vida
- 9 meses de vida
- 12 meses de vida
- 15 meses de vida
- 18 meses de vida
- 2 años de edad (24 meses)
- 2 ½ años de edad (30 meses)
- 3 años de edad
- 4 años de edad
- 5 años de edad
- 6 años de edad


Después de los seis años de edad, su hijo continuará con una visita de control del niño sano una vez al año. Recibirá las inyecciones que necesite para su grupo etario durante su visita.

Los CDC recomiendan vacunas desde el nacimiento hasta los seis años de edad

Your child needs vaccines as they grow!

2025 Recommended Immunizations for Birth Through 6 Years Old

Want to learn more?
Scan this QR code to find out which vaccines your child might need. Or visit www2.cdc.gov/vaccines/childquiz/




VACCINE OR PREVENTIVE ANTIBODY	BIRTH	1 MONTH	2 MONTHS	4 MONTHS	6 MONTHS	7 MONTHS	8 MONTHS	12 MONTHS	15 MONTHS	18 MONTHS	19 MONTHS	20-23 MONTHS	2-3 YEARS	4-6 YEARS
RSV antibody	Depends on mother's RSV vaccine status						Depends on child's health status							
Hepatitis B	Dose 1	Dose 2		Dose 3										
Rotavirus			Dose 1	Dose 2	Dose 3									
DTaP			Dose 1	Dose 2	Dose 3				Dose 4					Dose 5
Hib			Dose 1	Dose 2	Dose 3			Dose 4						
Pneumococcal			Dose 1	Dose 2	Dose 3			Dose 4						
Polio			Dose 1	Dose 2	Dose 3								Dose 4	
COVID-19				At least 1 dose of the current COVID-19 vaccine										
Influenza/Flu				Every year. Two doses for some children										
MMR								Dose 1						Dose 2
Chickenpox								Dose 1						Dose 2
Hepatitis A								2 doses separated by 6 months						

KEY

- ALL children should be immunized at this age
- SOME children should get this dose of vaccine or preventive antibody at this age


Talk to your child's health care provider for more guidance if:

1. Your child has any medical condition that puts them at higher risk for infection.
2. Your child is traveling outside the United States. Visit wwwnc.cdc.gov/travel for more information.
3. Your child misses a vaccine recommended for their age.



U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

FOR MORE INFORMATION
Call toll-free: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
Or visit: www2.cdc.gov/vaccines/childquiz/



American Academy of Pediatrics

Fuente: CDC; Materiales desarrollados por los CDC.

El uso de este material por parte del Maryland Department of Health y CareFirst CHPMD no implica el aval de los CDC, ATSDR, HHS o del gobierno de los Estados Unidos. El material está disponible de otro modo en el sitio web de los CDC sin cargo.

Pautas de práctica de CareFirst CHPMD

CareFirst CHPMD utiliza pautas de práctica para garantizar que reciba atención segura y de alta calidad. Estas pautas se basan en investigaciones médicas y consejos de expertos. Ayudan a los médicos y otros proveedores a conocer la mejor manera de tratar ciertas afecciones médicas. Las pautas también tienen en cuenta sus necesidades. CareFirst CHPMD las utiliza para decidir qué servicios cubrir, cómo administrar su atención y cómo ayudarle a comprender sus opciones de tratamiento. Actualizamos nuestras pautas de práctica según sea necesario. Puede solicitar una copia de las pautas en cualquier momento. Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY:711).

Derechos y responsabilidades

Derechos de los miembros de atención administrada de HealthChoice

- Recibir un trato respetuoso y que se tenga en cuenta su dignidad y privacidad.
- Obtener información sincera y fácil de entender sobre sus opciones de tratamiento, incluso si cuestan más o su plan no las cubre.
- Tomar parte en las decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de control físico o mental o dejarlo solo para obligarlo a aceptar algo, castigarlo o porque es más fácil para otra persona.
- Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos. También puede solicitar correcciones en su registro.
- Ejercer sus derechos y saber que el ejercicio de esos derechos no afectará negativamente la forma en que el Departamento de Salud de Maryland, CareFirst CHPMD o nuestros proveedores lo tratan.
- Presentar una queja, reclamo o apelación ante CareFirst CHPMD.
- Solicitar continuar con los beneficios de Medicaid mientras su apelación o audiencia imparcial estatal estén pendientes. NOTA: Es posible que tenga que pagar por cualquier atención que reciba durante este tiempo si se mantiene la decisión original.
- Obtener una segunda opinión de otro proveedor de la red CareFirst CHPMD si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor sobre un servicio que necesita. Llame a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener ayuda con la búsqueda de otro proveedor.
- Realizar, o negarse a realizar, una directiva anticipada para decisiones de atención de la salud. Para obtener más información, consulte la [página web de directivas avanzadas del Fiscal General de Maryland](#).
- Solicitar y obtener información sobre cómo CareFirst CHPMD gestiona la organización. Para obtener más información, llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).
- Solicitar y obtener información sobre los servicios del plan de salud, los profesionales, los proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.

Responsabilidades de los miembros de atención administrada de HealthChoice

- Tratar a todas las personas que trabajan con usted con respeto y dignidad.
- Llegar a tiempo para la cita.
- Cancelar su cita de inmediato si no puede asistir.
- Siempre llevar con usted su tarjeta de miembro de Medicaid y CareFirst CHPMD.
- Nunca permitir que nadie más use su tarjeta de miembro de Medicaid o CareFirst CHPMD.

- Informar la pérdida o robo de una tarjeta de identificación de miembro a CareFirst CHPMD y obtener una nueva tarjeta.
- Informar otra cobertura de seguro médico a su proveedor y a CareFirst CHPMD.
- Trabajar con su médico de atención primaria para crear juntos un plan de atención.
- Trabajar con los proveedores y seguir los planes y las instrucciones para la atención que usted acordó con ellos.
- Hacer preguntas sobre su atención e informar a su proveedor si no comprende algo.
- Proporcionar información médica honesta y actual a sus proveedores.
- Usar la sala de emergencias solo para una emergencia médica. Informar a su médico de atención primaria lo antes posible después de recibir cuidado de emergencia.
- Informar a sus cuidadores acerca de cualquier cambio en su voluntad anticipada.
- Llamar a los servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) si tiene un problema o una queja.
- Informar los cambios requeridos en su estado dentro de los 10 días a Maryland Health Connection.

Privacidad y confidencialidad

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a esta información. Léalo atentamente.

La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros. Este aviso se aplica únicamente a los miembros de grupos completamente asegurados y a los beneficiarios de la póliza individuales. Si es miembro de un grupo autoasegurado, si bien seguimos protegiendo su información personal con los mismos mecanismos de seguridad, recibirá un Aviso de prácticas de privacidad de su plan de salud grupal. Si no está seguro de si es un miembro completamente asegurado o autoasegurado, comuníquese con el administrador de su grupo.

Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst), CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. Podemos compartir su información médica financiera y protegida (oral, escrita o electrónica), así como la información médica protegida de otras personas incluidas en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Uso y divulgación de la información médica

Nuestra obligación legal

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o transmitir), recopilar, manejar y proteger la información médica protegida de nuestros miembros. Ciertas leyes federales y provinciales nos exigen mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a darle este aviso relacionado con nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y los derechos que usted tiene respecto de su información médica protegida. Debemos observar las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras estén en vigencia. Este aviso entra en vigencia el 1 de octubre de 2016 y tiene como fin enmendar el aviso de prácticas de privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigencia el 14 de abril de 2003.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley lo permita. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos del aviso efectivo para toda la información médica protegida que tuviéramos, incluida la información que hubiésemos generado o recibido antes de hacer el cambio.

Si realizamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web, carefirst.com, y proporcionaremos el aviso revisado o la información sobre los cambios y cómo obtener el aviso revisado en nuestro próximo envío postal anual a los suscriptores del plan de salud.

Usted podrá solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso.

Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para proteger su información de salud. Todos nuestros asociados reciben capacitación sobre estos estándares en el momento en que son contratados y luego reciben capacitación de actualización anual. El acceso a su información médica protegida está restringido a los fines comerciales adecuados y requiere códigos de acceso para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales para acceder a nuestras instalaciones. Los asociados que violen nuestros estándares están sujetos a medidas disciplinarias.

Usos y divulgaciones principales de la información médica protegida

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para operaciones regulares de atención médica y pagos. Por lo general, la Norma de Privacidad de la Ley federal HIPAA (normativas de privacidad de atención médica) no "prevalece" (o no tiene prioridad) sobre las leyes de privacidad estatales u otras leyes aplicables que ofrecen mayores protecciones de privacidad a los individuos. Como resultado, las leyes de privacidad estatales o federales aplicables podrían imponer una norma de privacidad en virtud de la cual estaríamos obligados a operar.

Por ejemplo, seguiremos las leyes de privacidad provinciales más estrictas relacionadas con el uso y la divulgación de información médica protegida sobre VIH o SIDA, salud mental, abuso de sustancias/dependencia química, pruebas genéticas y derechos reproductivos. Además de estos requisitos de la ley estatal, también podemos usar o divulgar su información médica protegida para fines de administración de beneficios de salud (como reclamaciones y procesamiento de inscripciones, gestión de atención y ofertas de bienestar, reclamaciones de pago y detección y prevención de fraudes), para nuestras operaciones comerciales (incluidas la medición y mejora de la calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

- **Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica protegida para todas las actividades que se incluyen en la definición de "pago" según lo escrito en la Regla de privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, podríamos usar y divulgar su información médica protegida para pagar reclamaciones por servicios que le proporcionen médicos, hospitales, farmacias y otras personas que estén cubiertas por su plan de salud. También podemos usar su información para determinar su elegibilidad para recibir beneficios, coordinar los beneficios, examinar la necesidad médica, obtener primas y emitir explicaciones de los beneficios a la persona que suscribe al plan de salud en el que participa.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica protegida para todas las actividades que se incluyen en la definición de "operaciones de atención médica" según se define en la Regla de privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad, participar en la coordinación de la atención o la gestión de casos y gestionar nuestro negocio.
- **Socios comerciales:** En relación con nuestras actividades de pagos y operaciones de atención médica, contratamos a personas y entidades (denominadas "asociados comerciales") para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios (como soporte de servicios para miembros, gestión de utilización, asistencia o gestión de beneficios de farmacia). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de teléfono móvil, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para prestar los servicios, nuestros asociados comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o divulgarán información médica protegida, pero solo después de que les solicitemos a los asociados comerciales que acuerden por escrito los términos contractuales diseñados para proteger adecuadamente su información.

- **Otras entidades cubiertas:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con los tratamientos que prestan o con sus pagos, o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con algunas de sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando lo necesite el proveedor para proporcionarle tratamiento, y podemos divulgar información médica protegida a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica en las áreas de aseguramiento de calidad y actividades de mejora, o acreditación, certificación, licencia o credencialización.

Otros posibles usos y divulgaciones de la información médica protegida

La siguiente es una descripción de otras posibles maneras en las que podemos (y estamos autorizados a) usar y/o divulgar su información médica protegida:

- **A usted o con su autorización:** Debemos divulgar su información médica protegida a usted, según se describe en la sección Derechos individuales de este aviso. Puede darnos su autorización por escrito para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito no incluido en este aviso. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente. En el caso de que tengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la divulgación de dichas notas requiere su autorización en la mayoría de los casos. Asimismo, si llegáramos a usar o a divulgar información de usted para nuestras actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de ser excluido en las comunicaciones futuras relacionadas con dichas actividades. Además, la mayoría (aunque no todos) los usos y las divulgaciones de información médica para fines de comercialización, y la divulgación que constituya una venta de información médica protegida, requieren su autorización. Sin su autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica protegida por ningún motivo excepto los que se describen en este aviso. **Divulgaciones a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:** Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Department of Health and Human Services, DHHS) cuando el Secretario investigue o determine nuestro cumplimiento con las Regulaciones federales de Privacidad.
- **A los patrocinadores del plan:** Cuando lo permita la ley, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitir que el patrocinador del plan realice funciones de administración del plan. Por ejemplo, el patrocinador de un plan puede comunicarse con nosotros en busca de información para evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de privacidad de la HIPAA) sobre los inscritos en su plan de salud grupal al patrocinador del plan para obtener ofertas de prima para la cobertura de seguro médico ofrecido a través de su plan de salud grupal o para decidir si modificar, enmendar o finalizar su plan de salud grupal.
- **A la familia y amigos:** Si acepta (o si no está disponible para aceptar), como en una situación de emergencia médica o en el momento de la muerte, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida en que sea necesario para ayudarle con su atención médica o con el pago de su atención médica.

- **Suscripción:** Es posible que recibamos su información médica protegida con fines de evaluación de riesgos, cálculo de primas o para otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. No usaremos ni divulgaremos la información médica protegida que sea información genética de una persona para tales fines. No usaremos ni volveremos a divulgar esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro propósito, excepto según lo exija la ley, a menos que usted firme un contrato de seguro médico o beneficios médicos con nosotros.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su información médica protegida a un organismo de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, medidas disciplinarias o de certificación; o acciones o procedimientos penales, administrativos o civiles. Los organismos de supervisión que buscan esta información incluyen organismos gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios gubernamentales, (iii) otros programas reguladores gubernamentales y (iv) el cumplimiento de leyes de derechos civiles.
- **Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
- **Para prevenir un riesgo grave para la salud o la seguridad:** De conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si consideramos que la divulgación es necesaria para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Forenses, médicos legistas, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos divulgar su información médica protegida a un forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinar la causa de la muerte o para que el forense o examinador médico puedan realizar otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar, de conformidad con la ley, información a directores de funerarias de modo que puedan desempeñar sus funciones. Además, podríamos divulgar su información médica protegida a organizaciones que gestionan la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad: (1) haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) haya aprobado la investigación.
- **Presos:** Si usted está en un centro penitenciario, podremos revelar su información médica protegida al centro penitenciario o a un agente de la autoridad para: (1) que la institución le preste asistencia sanitaria, (2) su salud y seguridad y la salud y seguridad de otras personas o (3) la seguridad y protección de la institución penitenciaria.
- **Compensación laboral:** Podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación laboral y otros programas similares que otorgan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Salud y seguridad públicas:** Podemos divulgar su información médica protegida en la medida en que sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otras personas.

- **Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida según lo requiera la ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al DHHS si nos la solicitan con el fin de determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- **Procesos y procedimientos legales:** Podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento (discovery) u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, un mandato judicial o una citación de un gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a oficiales de las fuerzas del orden público.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley la información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, víctima de delito o persona desaparecida. Podremos divulgar información médica protegida cuando sea necesario para asistir a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley en la captura de un individuo que haya admitido su participación en un delito o que se haya fugado de una custodia legal.
- **Seguridad militar y nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las fuerzas armadas en ciertas circunstancias. Podemos divulgar información médica protegida a funcionarios federales cuando sea necesario para actividades legítimas de contrainteligencia, inteligencia y otras actividades de seguridad nacional.
- **Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida:** Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida que no se describen arriba se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos proporciona tal autorización, puede revocarla por escrito, y esa revocación tendrá vigencia para futuros usos y divulgaciones de su información médica protegida. Sin embargo, la revocación no afectará la información que ya hayamos usado o divulgado con base en la autorización.

Derechos del individuo

Acceso

Tiene derecho a examinar u obtener copias de la información médica protegida contenida en un conjunto de registros designado, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto de las fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo razonablemente.

Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica protegida. Puede solicitar que la información esté en una copia electrónica en determinadas circunstancias, si realiza la solicitud por escrito.

También puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección que figura al final de este aviso.

Si solicita copias, es posible que le cobremos un cargo razonable por cada página y franqueo si desea que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos un cargo basado en el costo por proporcionar su información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida, pero podríamos cobrarle un cargo por hacerlo.

Podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar su información médica protegida en ciertas circunstancias limitadas. Conforme a ciertas condiciones, nuestra denegación no será revisable. Si

se produce este evento, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no es revisable. Si se le deniega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar que se revise dicha denegación. Un profesional de atención médica con licencia elegido por nosotros revisará su solicitud y el rechazo. La persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que rechazó su solicitud inicial.

Detalle de las divulgaciones

Tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones en las que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su información médica protegida para fines que no sean el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otras actividades específicas.

Le proporcionaremos la fecha en que realizamos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información médica protegida, una descripción de la información médica protegida que divulgamos, el motivo de la divulgación y otra información. Su solicitud puede ser para divulgaciones realizadas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

Puede solicitar una rendición de cuentas presentando su solicitud por escrito, conforme a la información detallada al final de este aviso. Si solicitase esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobráramos una tarifa razonable basada en el costo por responder a estos pedidos adicionales.

Solicitudes de restricción

Tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia) hasta que o a menos que recibamos una solicitud por escrito suya para terminar la restricción.

Cualquier acuerdo que podamos hacer a una solicitud de restricciones adicionales debe ser por escrito y estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre. No seremos responsables por los usos y divulgaciones realizadas fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo de restringir sea por escrito. Tenemos permitido rescindir nuestro acuerdo con respecto a la restricción solicitada mediante una notificación por escrito.

Puede solicitar una restricción por escrito utilizando la información que figura al final de este aviso.

En su solicitud, indíquenos:

1. La información cuyo uso y divulgación desea limitar y
2. Cómo desea limitar nuestro uso y/o divulgación de la información. También puede usar la información que figura al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito para terminar una restricción acordada.

Comunicación confidencial

Si cree que una divulgación de toda o parte de su información médica protegida puede ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Podemos atender su solicitud si es razonable, especifica los medios alternativos o la ubicación alternativa, y especifica cómo se manejarán los problemas de pago (primas y reclamaciones).

Puede solicitarnos una comunicación confidencial por escrito utilizando la información que figura al final de este aviso.

Enmienda

Tiene derecho a solicitar que hagamos una enmienda a su información médica protegida. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe explicar por qué debería enmendarse la información. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que usted desea modificar o por otros motivos. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito.

Puede responder con una declaración de desacuerdo que se anexará a la información que desea enmendar. Si aceptamos su solicitud para modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la enmienda y para incluir los cambios en futuras divulgaciones de esa información.

Aviso electrónico

Incluso si acepta recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), también tiene derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros usando la información que figura al final de este aviso para obtenerlo por escrito. Si la transmisión de correo electrónico ha fallado y CareFirst está al tanto de la falla, le proporcionaremos una copia impresa del aviso.

Notificación de incumplimiento

En caso de incumplimiento de su información de salud no segura, le proporcionaremos una notificación de dicho incumplimiento según lo requiera la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Recopilación de información financiera y usos y divulgaciones de la información financiera

Podemos recopilar información financiera personal sobre usted de muchas fuentes, incluidas las siguientes:

- Información que usted proporciona en solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y género.
- Información sobre su relación con CareFirst, nuestras filiales y otras personas, como la cobertura de su póliza, las primas y el historial de pagos de reclamaciones.
- La información descrita anteriormente que obtenemos de cualquiera de nuestras filiales.
- Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otros terceros.
- Información que recibimos sobre usted cuando inicia sesión en nuestro sitio web. A través del uso de "cookies", tenemos la capacidad de hacer un seguimiento de cierta información, como averiguar si los miembros han visitado previamente el sitio web de CareFirst o hacer un seguimiento de la cantidad de tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información que permita la identificación personal, y no combinamos la información recopilada a través de cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes del sitio web. No divulgaremos cookies a terceros.

Cómo se utiliza su información personal

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción de seguro o la administración de una póliza de seguro o reclamación o para otros fines permitidos por ley. En ningún momento divulgamos su información financiera a nadie fuera de CareFirst a menos que tengamos su autorización correspondiente, o la ley nos lo permita o exija hacerlo. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para proteger su información.

Además, limitamos el acceso a su información financiera a aquellos empleados, socios comerciales, proveedores, administradores de planes de beneficios, corredores, consultores y agentes de CareFirst que necesiten conocer esta información para realizar negocios de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

A fin de proteger su privacidad, los terceros que estén afiliados o no a CareFirst también están sujetos a leyes de privacidad estrictas.

Las entidades afiliadas son compañías que forman parte de la familia corporativa de CareFirst e incluyen organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), administradores externos, aseguradoras de salud, aseguradoras de atención a largo plazo y agencias de seguros.

En algunas situaciones, relacionadas con nuestras transacciones de seguro que lo involucran, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado que nos ayude a prestar servicios a usted o para usted. Cuando divulgamos información a estos terceros, les exigimos que acepten proteger su información financiera y que la utilicen solo para el fin previsto, y que cumplan con todas las leyes pertinentes.

Cambios en nuestra política de privacidad

CareFirst revisa periódicamente sus políticas y se reserva el derecho de cambiarlas. Si cambiamos la esencia de nuestra política de privacidad, continuaremos nuestro compromiso de mantener su información financiera segura: esa es nuestra mayor prioridad. Incluso si ya no es cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad continuará aplicándose a sus registros.

Preguntas y quejas

Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst

Usted podrá solicitar una copia de nuestros avisos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea obtener copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de servicios para miembros que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de privacidad de CareFirst usando la siguiente información.

Cómo presentar una queja

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus derechos individuales, puede usar la información de contacto que figura al final de este aviso para presentar una queja. También puede presentar una queja por escrito al DHHS. Le proporcionaremos la información de contacto del DHHS a pedido.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica y financiera protegida. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o el DHHS

Información de contacto

CareFirst BlueCross BlueShield and CareFirst BlueChoice, Inc.

Privacy Office

PO Box 14858,

Lexington, KY 40512

Teléfono: 800-853-9236

Fax: 410-505-6692

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

Formulario de consentimiento y autorización de privacidad de la HIPAA

Consentimiento y aviso de prácticas de privacidad

Este formulario de consentimiento permite que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland use y divulgue la información sobre mí protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Esta información puede usarse o divulgarse para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad, que describe completamente los usos y divulgaciones de mi información médica protegida. Proporcionó este aviso antes de que firme este formulario de acuerdo con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar el consentimiento.

Entiendo que los términos del Aviso de prácticas de privacidad pueden cambiar y que puedo obtener avisos revisados escribiendo a CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a la dirección que se indica a continuación:

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland Attention: Compliance Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

O llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Maryland de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a los números de teléfono que se indican a continuación:

Local: 410-779-9369. Línea gratuita: 800-730-8530; TTY: 711

Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Derecho a solicitar el uso y la divulgación de información médica protegida por parte del plan

Comprendo que tengo derecho a solicitar, ahora y en el futuro, cómo se usa o divulga la información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Entiendo que si bien CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, si lo hace, está obligado por ese acuerdo.

Entiendo que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede rechazar mis servicios si me niego a firmar este consentimiento.

Autorización para usar y divulgar mi información médica protegida a personas que he designado específicamente a continuación:

Esto también sirve como autorización en virtud de las Normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 [45 CFR § 164.508]. Autoriza al personal de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland a usar y/o divulgar mi información médica protegida (PHI) a la o las personas que he enumerado a continuación para el o los propósitos que yo designe. Esta autorización es válida hasta el momento en que decida revocarla.

Nombre	Número de teléfono	Relación con el miembro

Propósito(s): Marque las opciones que correspondan para la persona mencionada anteriormente

- Autorizado para actuar como mi representante en la solicitud de servicios y/o pago de reclamaciones del plan de salud únicamente.
- Autorizado para realizar cambios en los datos demográficos de mi registro de membresía, incluidos, entre otros, cambios de dirección, cambios de número de teléfono, cambios de dirección de correo electrónico y solicitud de tarjeta de identificación de reemplazo únicamente.
- Autorizado para actuar como mi representante en relación con mi reclamación o derecho afirmado en virtud del Código de Reglamentaciones de Maryland (COMAR), 10.01.04-12, 10.09.71.05 y 10.09.75.05. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud, presentar u obtener evidencias, obtener información sobre apelaciones y reclamos y recibir cualquier aviso en relación con mi apelación o reclamo, completamente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación o reclamo podría divulgarse al representante indicado anteriormente.
- Autorizado para todas las acciones anteriores.

Nombre	Número de teléfono	Relación con el miembro

Propósito(s): Marque las opciones que correspondan para la persona mencionada anteriormente

- Autorizado para actuar como mi representante en la solicitud de servicios y/o pago de reclamaciones del plan de salud únicamente.
- Autorizado para realizar cambios en los datos demográficos de mi registro de membresía, incluidos, entre otros, cambios de dirección, cambios de número de teléfono, cambios de dirección de correo electrónico y solicitud de tarjeta de identificación de reemplazo únicamente.
- Autorizado para actuar como mi representante en relación con mi reclamación o derecho afirmado en virtud del Código de Reglamentaciones de Maryland (COMAR), 10.01.04-12, 10.09.71.05 y 10.09.75.05. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud, presentar u obtener evidencias, obtener información sobre apelaciones y reclamos y recibir cualquier aviso en relación con mi apelación o reclamo, completamente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación o reclamo podría divulgarse al representante indicado anteriormente.
- Autorizado para todas las acciones anteriores.

Derecho a revocar este consentimiento y autorización

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento y autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito, pero que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland y cualquier otra entidad que trabaje directamente con CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en mi nombre aún pueden usar la información para completar cualquier acción que haya comenzado antes de mi revocación del consentimiento y que se base en mi información médica protegida. Entiendo que CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland puede negarse a prestarme más servicios si revoco mi consentimiento.

Firma del miembro	Fecha
Número de Identificación del Miembro (de la tarjeta de identificación de membresía):	

Declaración afirmativa de administración de la utilización

- La toma de decisiones sobre Administración de la Utilización (Utilization Management, UM) se basa únicamente en la adecuación de la atención y los servicios, así como en la existencia de cobertura.
- CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland (CareFirst CHPMD) no recompensa específicamente a los médicos u otras personas por emitir denegaciones de cobertura o atención de servicios.
- Los incentivos financieros para los responsables de tomar decisiones sobre la UM no fomentan decisiones que causen una menor utilización.
- CareFirst CHPMD no utiliza incentivos para fomentar obstáculos en la atención y el servicio.

Esta declaración de afirmación se proporciona a todos los directores de Administración de Utilización, Apelaciones y Quejas Formales y Médicos al momento de la contratación, y anualmente en adelante, de acuerdo con el estándar 7.1 de SPR y el estándar MED 9 del NCQA.

Presentar una queja, reclamo o apelación

Si no está satisfecho con una decisión sobre su atención, o si tiene un problema con un servicio o proveedor, tiene derecho a tomar medidas.

CareFirst CHPMD tiene un proceso para presentar una queja, un reclamo o una apelación para abordar su inquietud.

Queja: Presente una queja si tiene una inquietud sobre la calidad de su atención, el comportamiento de un proveedor o un problema relacionado con el servicio.

Reclamo: Presente un reclamo si no está satisfecho con el modo en que CareFirst CHPMD trató su queja.

Apelación: Presente una apelación si CareFirst CHPMD ha rechazado, reducido o finalizado un servicio que usted cree que necesita. Esto se conoce como una determinación de beneficios adversos. Usted o su designación de representante personal pueden presentar una apelación en su nombre. Debe presentar una apelación en el plazo de **60 días** después de la fecha del aviso de denegación.

Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia imparcial estatal está pendiente

Si CareFirst CHPMD le notifica que planeamos reducir o finalizar un servicio, es posible que a ún pueda obtener ese servicio si:

- Presentó una apelación o solicitó una audiencia imparcial estatal antes de la fecha límite de presentación.
- Es un servicio que aprobamos previamente para usted.
- El período de cobertura original para los servicios no ha vencido.

Sin embargo, es posible que tenga que pagar el costo de cualquier servicio que obtuvo mientras su apelación o audiencia imparcial estaba pendiente si CareFirst CHPMD o el tribunal de derecho administrativo respaldan la denegación. Para obtener más información, consulte Cuando la decisión de su apelación es a su favor.

Fecha límite de la solicitud

La fecha límite para solicitar seguir recibiendo servicios es la última de estas fechas o antes:

- En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos el aviso de denegación.
- Antes de la fecha en que CareFirst CHPMD reducirá o finalizará su servicio.

Puede solicitar que se mantengan los servicios cuando presente una apelación o solicite una audiencia imparcial estatal. También puede llamar a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY:711).

Cómo presentar una queja, un reclamo o una apelación

Asegúrese de actuar rápidamente, ya que existen plazos específicos para la presentación. Si necesita ayuda con la presentación, llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711).

Procedimiento interno de quejas/apelaciones de CareFirst CHPMD

Reclamos y apelaciones

Puede llamar a nuestro departamento de Servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Procedimientos internos para reclamos de CareFirst CHPMD

Si tiene una queja, puede comunicarse con nosotros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) o puede enviarnos una queja por escrito a la dirección que se proporciona a continuación.

Apelaciones

Si su queja es sobre un servicio que usted o un proveedor consideran que usted necesita, pero no lo cubriremos, puede solicitarnos que revisemos su solicitud nuevamente. Esto se denomina apelación. Si desea presentar una apelación, debe hacerlo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta indicando que la MCO no cubre el servicio que usted quería.

Puede presentar su apelación por escrito. Tenemos un formulario simple que puede usar para presentar su apelación. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener uno. Le enviaremos el formulario de apelación por correo o fax y le proporcionaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo. También puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en carefirst.com/medicaid.

Una vez que complete el formulario, debe enviarlo por correo a:

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
Attention: Appeals & Grievance Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario que le otorgue permiso. Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un familiar o un abogado, cuando presenten un formulario (es decir, un formulario de designación de representante) que les permita presentarlo en su nombre.

Cuando presente una apelación, asegúrese de informarnos cualquier información nueva que tenga que nos ayude a tomar nuestra decisión. Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su apelación en un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción en la compañía. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que considere que nos ayudará a tomar nuestra decisión.

Al revisar su apelación, haremos lo siguiente:

- Consultaremos a médicos que conozcan sobre el tipo de enfermedad que usted tiene.
- No utilizaremos a las mismas personas que rechazaron su solicitud de servicio.
- Tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días.

El proceso de apelación puede tardar hasta 44 días si solicita más tiempo para presentar información o si la MCO necesita obtener información adicional de otras fuentes. La MCO lo llamará y le enviará una carta en un plazo de dos días si necesita información adicional.

Si su médico o CareFirst CHPMD consideran que su apelación debe revisarse rápidamente debido a la gravedad de su afección, esto se denomina apelación acelerada. Un director médico de CareFirst CHPMD revisará la solicitud y determinará si su problema pone en peligro su vida. Usted recibirá una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas. Cuando solicite una apelación acelerada, puede hacerlo llamándonos por teléfono o solicitándola por escrito.

Si consideramos que su apelación no debe revisarse rápidamente, intentaremos llamarlo y enviarle una carta informándole que su apelación será revisada en un plazo de 30 días.

Si su apelación se relaciona con un servicio que ya estaba autorizado y ya estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras revisamos su apelación. Comuníquese con nosotros llamando al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711) si desea seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras la apelación era revisada.

Una vez que completemos nuestra revisión, le enviaremos una carta informándole nuestra decisión.

Si usted apeló la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el Estado revise su decisión.

Para apelar la decisión de la MCO, debe solicitar que el Estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de una audiencia imparcial estatal debe presentarse a más tardar 120 días después de la fecha del aviso de resolución de la apelación de la MCO.

Reclamos

Si su queja es sobre algo más que no recibir un servicio, esto se denomina reclamo. Algunos ejemplos de reclamos serían no poder encontrar un médico, tener problemas para conseguir una cita o no recibir un tratamiento justo por parte de alguien que trabaja en CareFirst CHPMD o en el consultorio de su médico.

Si su reclamo:

- Es sobre un problema médico urgente que esté teniendo, se resolverá en un plazo de 24 horas.
- Es sobre un problema médico que no sea urgente, se resolverá en un plazo de 5 días.
- No se trata de un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días.

Si desea obtener una copia de nuestro procedimiento oficial de quejas o si necesita ayuda para presentar una queja, llame a los servicios para miembros al 410-779- 9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711). También puede presentar su reclamo por escrito. Tenemos un formulario simple que puede usar para presentar su reclamo. Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711) para obtener uno. Le enviaremos el formulario de apelación por correo o fax y le proporcionaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo. También puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en carefirst.com/medicaid.

Una vez que complete el formulario, debe enviarlo por correo a:

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
Attn: Departamento de Apelaciones y Agravios
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Formulario de apelaciones y reclamos

- Presentación de una apelación previa al servicio (denegación de autorización previa)
- Presentación de una apelación posterior al servicio (denegación de reclamación)
- Presentación de un reclamo

INSTRUCCIONES PARA MIEMBROS

El formulario debe completarse en su totalidad.

Utilice este formulario cuando no esté de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su atención médica (una apelación) o si quiere decirnos que tiene una queja (reclamo). Para obtener ayuda con este formulario, llámenos al 410-779-9369 o al 800-730-8530. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro personal de Servicios para Miembros puede hablar con usted de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Recuerde: Es posible que transcurran hasta 30 días calendario para que le respondamos sobre una apelación previa al servicio estándar (no acelerada).

¿Usted o su médico consideran que esperar 30 días calendario podría ser malo para su salud? Si la respuesta es sí, díganos por qué (puede adjuntar una hoja de papel aparte si necesita más espacio). Sí No

Apellido	Nombre del Miembro	I.S.N.	Fecha de Hoy
Número de Identificación de Miembro		Fecha de Nacimiento	
Dirección del Miembro			
Teléfono	Celular	Formularios	

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN EN NOMBRE DE UN MIEMBRO POR PARTE DE UN NO PROVEEDOR

Si usted NO es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland (CareFirst CHPMD) pero lo presenta en nombre del miembro de CareFirst CHPMD, complete esta sección. A menos que usted sea el padre o la madre del miembro, las leyes federales y estatales nos exigen obtener una autorización oficial para que usted represente al miembro. Si el miembro de CareFirst CHPMD no ha firmado este documento, debe adjuntar un formulario de Designación de Representante Personal completado, una prueba de tutela o un Poder Notarial Duradero para Atención Médica. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 410-779-9369 o al 800-730-8530. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Dirección del Representante/Solicitante/Remitente		Relación con el Miembro
Dirección del Representante/Solicitante/Remitente		
Teléfono	Fax	Otro
Firma del Representante/Solicitante/Remitente		

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Para ser completado por el proveedor, si el proveedor lo presenta en nombre del miembro de CareFirst CHPMD. Si la denegación se basó en un motivo administrativo (como una presentación oportuna, problemas de facturación, etc.), utilice en su lugar el formulario de Disputa del proveedor.			
Nombre del Proveedor		Nombre del Grupo	
Identificación Fiscal del Proveedor	NPI del Proveedor		Código Postal
Dirección		Ciudad	Código Postal
Teléfono	Celular	Otro	
Monto de la Reclamación en Cuestión \$		Fecha de Servicio de la Reclamación	
Número(s) de Reclamación, Si Corresponde			

Nota: Adjunte una hoja de papel aparte para los números de reclamación adicionales para su procesamiento. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios al Proveedor de CareFirst CHPMD al 410-779-9359 o al número gratuito 800-730-8543. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN EN NOMBRE DE UN MIEMBRO POR PARTE DE UN NO PROVEEDOR
<p>Seleccione el tipo de servicio para revisar:</p> <p> <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> Paciente ambulatorio <input type="radio"/> Sala de emergencias <input type="radio"/> Cuidado domiciliario/(DME) Equipo médico duradero <input type="radio"/> Paciente hospitalizado <input type="radio"/> Radiología <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Otro </p>
<p>Motivos de la apelación</p> <p>Explique exactamente qué está solicitando que CareFirst CHPMD reconsidere o cambie nuestra decisión. Adjunte una copia de toda documentación de respaldo para su apelación. Se requieren registros médicos para todas las revisiones clínicas.</p>
<p>Motivo del reclamo</p> <p>Díganos por qué está presentando esta queja y adjunte una copia de cualquier documentación de respaldo para su reclamo:</p> <p> <input type="radio"/> No está de acuerdo con una decisión que tomamos de no cubrir un servicio que su médico solicitó (apelación) <input type="radio"/> Tiene una queja (reclamo). Cuéntenos más (puede adjuntar una hoja de papel por separado si necesita más espacio) </p>

Envíe el formulario al fax de CareFirst CHPMD, 410-779-9367, o por correo a:
CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
Attention: Appeals & Grievances Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

HealthChoice es un programa del Departamento de Salud de Maryland.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc., una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.
CHPMD01938 (12/23)

Más ayuda con una queja, un reclamo o una apelación

Obtenga ayuda en la línea de ayuda HealthChoice

Si tiene alguna pregunta o queja sobre su atención de la salud que CareFirst CHPMD no haya resuelto a su entera satisfacción, puede solicitar ayuda a Medicaid de Maryland. Pueden ayudarle a:

- Trabajar con CareFirst CHPMD para resolver su problema.
- Enviar su queja a un asesor de enfermería de Medicaid de Maryland para que ayude a resolver el problema.
- Responder preguntas sobre el proceso de apelación y cuándo puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Llame a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510.

Pedir a Medicaid de Maryland que revise la Decisión de Apelación de CareFirst CHPMD

Si usted presentó una apelación y CareFirst CHPMD mantuvo nuestra decisión, que no está a su favor, puede solicitar a Medicaid de Maryland que revise nuestra decisión.

Llame a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510 para solicitar una revisión. Si mantienen la decisión de CareFirst CHPMD, puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Solicitar una audiencia imparcial estatal

Una audiencia imparcial también se conoce como apelación. Primero debe pasar por el proceso de apelación de CareFirst CHPMD antes de solicitar una audiencia imparcial estatal.

Tiene 120 días a partir de la fecha de su aviso de decisión de apelación de CareFirst CHPMD para presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal. Si desea seguir recibiendo servicios mientras la audiencia imparcial estatal está pendiente, consulte Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia imparcial estatal está pendiente. [Puede solicitar una audiencia imparcial estatal en línea](#).



Vaya al formulario de apelaciones en línea ahora. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: <https://bit.ly/3C7ThQQ> o escanee el código QR.

Un juez de derecho administrativo se hará cargo de su caso. El juez fallará a su favor, es decir, revocará la decisión de CareFirst CHPMD, o confirmará nuestra decisión, lo cual no es un fallo a su favor.

Llame a la línea de ayuda de HealthChoice al 800-284-4510 para obtener más información.

También puede visitar el sitio web de la [Oficina de Audiencias Administrativas](#) para obtener más información sobre una audiencia imparcial estatal.

Cuándo la decisión de la apelación es a su favor

Cuando gane la apelación, CareFirst CHPMD debe proporcionarle el servicio denegado, limitado o retrasado que solicitó. Debemos proporcionar el servicio dentro de las 72 horas de haber recibido el aviso de la decisión.

Comentarios de los miembros

Llámenos

CareFirst CHPMD quiere conocer su opinión. ¿Tiene alguna idea sobre cómo mejorar un proceso? ¿O desea hacernos llegar alguna sugerencia? Llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY:711).

Únase al Comité Asesor del Consumidor de CareFirst CHPMD

El Comité Asesor del Consumidor está formado por miembros, familias de miembros, tutores, cuidadores y representantes de miembros. El grupo se reúne regularmente durante todo el año. El Comité Asesor del Consumidor nos proporciona la opinión de los miembros. Para obtener más información sobre el Comité, llame a servicios para miembros al 410-779-9369 o 800-730-8530 (TTY: 711).

Llamada para comentarios de los miembros

Podemos comunicarnos con usted sobre un servicio que recibió de nuestra parte. Si lo hacemos, comparta información detallada sobre su experiencia. Eso nos ayuda a saber cómo nos está yendo y cómo podemos mejorar la atención de nuestros miembros.

No discriminación

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland (CareFirst CHPMD) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género). CareFirst CHPMD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

CareFirst CHPMD:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratis de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.
- Si necesita estos servicios, llame al 410-779-9369 o al 800-730-8530 (TTY: 711). Estos servicios están disponibles de forma gratuita.
- Si considera que CareFirst CHPMD no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar un reclamo a:
 - Office of the Civil Rights Coordinator
CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
P.O. Box 8894, Baltimore, MD 21224
 - **Fax:** 410-505-2011
 - **Correo electrónico:** civilrightscoordinator@carefirst.com

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de la Oficina de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Maryland, la Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades, la Unidad de Cumplimiento de Igualdad de Acceso (EACU) a través de:

- **Correo postal:** Maryland Department of Health, Office of Equal Opportunity Programs, Equal Access Compliance Unit (EACU) 201 West Preston Street, Room 422, Baltimore, Maryland 21201.
- **Teléfono:** 410-767-6600; los usuarios de TTY deben llamar al 711
- **Fax:** 410-333-5337
- **Correo electrónico:** mdh.oeop@maryland.gov

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del [Portal](#)

de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://bit.ly/3OEZVAy>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency - LEP)

Declaración de accesibilidad al idioma.

Hemos traducido esta declaración a cada uno de los siguientes idiomas: Si usted habla _____, tiene a su disposición servicios de asistencia gratuita en otros idiomas. Llame al: 877-463-3464 (TTY: 711).

Español/Spanish

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al: 877-463-3464 (TTY: 711).

አማርኛ/Amharic

የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 877-463-3464 (መስማት-ለተሳናቸው፡ TTY: 711)።

Arabic/العربية

والبكم الصم هاتف رقم 877-463-3464 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة (711: TTY).

Bàsɔ̀ -wùdù-po-nyò (Bassa)

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ̃ jũ ké n̄ [Bàsɔ̀ -wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poòbɛin̄ n̄ gbo kpáa. ɔ̃ 877-463-3464 (TTY: 711)

中文/Chinese

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 877-463-3464 (TTY: 711)

Farsi/فارسی

شما برای گان رای بصورت ی زبان لات تسهی، دی کن می گفتگو ی فارس زبان به اگر: توجه
دا ری بگی تماس 877-463-3464 (TTY: 711) با. باشد ی م فراهم

Français/French

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le: 877-463-3464 (ATS: 711).

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 877-463-3464 (TTY: 711).

Igbo

O buru na asu lbo asusu, enyemaka diri gi site na call 877-463-3464 (TTY: 711)

한국어/Korean

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-463-3464 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Português/Portuguese

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 877-463-3464 (TTY: 711)

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: 877-463-3464 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: 877-463-3464 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

Urdu/اردو

877-463-3464 ن کری کال۔ ن ی ہ اب ی دست ن می مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو، ن ی ہ بولتے اردو آپ اگر: خبردار (711: TTY)

Tiếng Việt/Vietnamese

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 877-463-3464 (TTY: 711).

Yorùbá/Yoruba

Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 877-463-3464 (TTY: 711)

Fraude, desperdicio y abuso

Estamos comprometidos a encontrar y detener el fraude, el desperdicio y el abuso. Usted puede ayudar informando un posible problema de inmediato. Sepa qué buscar para poder detectar un problema.

- **El fraude** ocurre cuando alguien miente o engaña a Medicaid con el propósito de obtener un beneficio o servicio que no debería tener.
- **El desperdicio** se produce cuando las personas usan los recursos de Medicaid de forma incorrecta o en exceso.
- **El abuso** se produce cuando alguien genera costos adicionales para Medicaid.

Ejemplos de los miembros

- Mentir sobre sus ingresos o bienes para ser elegible para Medicaid
- Vivir en otro estado pero usar Medicaid de Maryland
- Permitir que otra persona use su identificación de miembro o usar la identificación de otra persona para obtener servicios de salud.
- Vender o cambiar un medicamento recetado

Ejemplos de los proveedores

- Brindar servicios que el paciente no necesitaba
- Cobrar por servicios que no proporcionaron
- Facturar el mismo servicio más de una vez
- Cambiar los registros médicos para ocultar el fraude

Saber si algo se considera fraude, desperdicio o abuso depende de la situación, la intención y el conocimiento. Puede ser difícil distinguir entre fraude y un error. Si no está seguro, haga un informe para que la agencia correspondiente pueda investigarlo. No todas las quejas dan lugar a una investigación. Tenga en cuenta que cuanto más información proporcione, mejor.

Los informes no cambiarán la forma en que lo tratamos. Puede decidir si desea dar su nombre o no. Hacer un informe es fácil.

Comuníquese con Cumplimiento/Unidad de Investigaciones especiales (SIU) de CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland

- Llame a nuestra línea dedicada de Cumplimiento/SIU al 410-998-5480 o al 800-336-4522, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711
 - Si desea denunciar el FWA, pero mantener el anonimato, simplemente indíquelo en su informe. Comparta tantos detalles como pueda. Esto ayudará a los investigadores a analizar el informe.

- Envíe un correo electrónico a Cumplimiento/Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) de CareFirst CHPMD a SIU@CareFirst.com o escríbanos a:
 - CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland
Attention: Compliance/SIU
PO Box 915
Owings Mills, MD 21117

Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de Maryland

- Envíe un [formulario en línea del Informe de Fraude de la OIG del MDH](#).
- Llame al 866-770-7175

Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- Presente un [formulario de queja en línea a la línea directa de la OIG](#)
- Llame al 800-447-8477

Glosario de términos

El seguro médico puede ser complicado. Nuestro glosario puede ayudar a simplificarlo. Encuentre las definiciones que necesita para comprender mejor su atención médica.

Apelación: Solicitar a su plan de salud que revise y cambie una decisión de denegar un beneficio. Este proceso le permite impugnar una decisión y solicitar su revisión para garantizar que sea justa y correcta.

Representante autorizado: Alguien a quien usted elija para que hable y actúe en su nombre para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Un representante autorizado puede ser un miembro de la familia, un amigo, un proveedor o un abogado.

Queja: Informar a su plan de salud cuando no esté satisfecho o tenga una inquietud. Una queja puede dar lugar a un reclamo o una apelación.

Copagos: Una pequeña cantidad fija que usted paga de su bolsillo por un beneficio cubierto. Habitualmente se paga al momento de la visita.

Designación de representante personal: Alguien a quien usted elija para que hable y actúe en su nombre para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Una designación de representante personal puede ser un miembro de la familia, un amigo, un proveedor o un abogado. Un representante puede ser un miembro de la familia, un amigo, un proveedor o un abogado.

Suministros médicos desechables (Disposable Medical Supplies - DMS): Artículos necesarios desde el punto de vista médico que se pueden usar una vez y luego se desechan.

Equipo médico duradero (DME): Artículos necesarios desde el punto de vista médico pedidos por un proveedor. Artículos que pueden soportar el uso diario o a largo plazo.

Afección médica de emergencia: También se conoce como emergencia médica. Una enfermedad, lesión, síntoma o afección repentina que es tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

Cuidado ambulatorio en el hospital: Cuidado de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Cuidado de emergencia: Cualquier servicio de atención médica para evaluar o tratar una afección médica de emergencia y evitar que empeore.

Servicios excluidos: Servicios de atención médica que su plan o seguro de salud no paga ni cubre.

Formulario: También se conoce como lista de medicamentos preferidos o lista de medicamentos recetados. Una lista de medicamentos recetados que cubre su plan de salud.

Reclamos: Una queja formal ante su plan de salud cuando no está satisfecho con la forma en que manejaron una queja inicial.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria.

Seguro médico: Un contrato o una póliza entre la aseguradora y usted para cubrir parte o la totalidad del costo de su atención médica. Algunas personas compran el seguro de salud directamente de una compañía de seguros de salud. Otros lo compran u obtienen a través de un empleador como parte de un paquete de beneficios. El seguro médico público es un seguro a través del gobierno. Es gratis o tiene un bajo costo para las personas elegibles.

Atención médica a domicilio: Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su hogar según las indicaciones de su médico.

Servicios de cuidado de hospicios o cuidado terminal: Servicios que proporcionan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Atención ambulatoria en un hospital: atención médica o tratamiento en un hospital, pero sin estadía durante la noche.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere que el paciente quede internado y, por lo general, que permanezca durante la noche. Una estadía nocturna para observación podría ser atención ambulatoria.

Dentro de la red: También se conoce como proveedor participante. Médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan con su plan de atención médica para proporcionarle la atención que necesita. Consulte el directorio de proveedores de su plan de salud para encontrar sus proveedores dentro de la red.

Cuidados médicos que recibe cuando es hospitalizado en un centro médico: Atención médica o tratamiento en un hospital durante una o más noches.

Medicamente necesarios: Los servicios o suministros de atención médica más rentables necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o enfermedad. Deben cumplir con los estándares aceptados de práctica médica.

Red: Las instalaciones, los proveedores y suministradores que su plan o aseguradora de salud han contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: También se conoce como fuera del área o fuera del plan.

Fuera de la red: También se conoce como proveedor fuera del área, fuera del plan o proveedor no participante. Médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que no forman parte de su plan de atención médica.

Proveedor participante: También se conoce como dentro de la red. Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con una compañía de seguros para proporcionarle atención.

Servicios médicos: Servicios de atención médica que un médico con licencia proporciona o coordina.

Plan: Un beneficio que su empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo le proporciona para pagar por sus servicios de atención médica.

Preautorización: También conocida como aprobación previa o autorización previa. Aprobación que Medicaid o su plan de salud requieren antes de que reciba ciertos servicios o medicamentos para garantizar que sean médicamente necesarios. El cuidado de emergencia no requiere preautorización.

Lista de medicamentos preferidos: También se conoce como lista de medicamentos recetados o formulario. Una lista de medicamentos recetados que cubre su plan de salud.

Prima: El monto que paga por su seguro médico todos los meses para mantener su cobertura. HealthChoice no cobra ninguna prima.

Cobertura de medicamentos recetados: Un beneficio del plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y las medicinas cubiertas.

Medicamentos recetados: Un tipo de medicamento que, por ley, solo puede obtener con la orden de un médico.

Médico de atención primaria: Un médico (Medical Doctor, M.D.) o un médico de medicina osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.) que es su principal proveedor de atención médica a quien consulta para la atención de rutina. Le ayuda a mantenerse saludable y a mejorar cuando está enfermo. Un médico de atención primaria le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención médica.

Médico de atención primaria: Un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es su proveedor de atención médica principal a quien consulta para la atención de rutina. Le ayuda a mantenerse saludable y a mejorar cuando está enfermo. Un médico de atención primaria le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención médica. Un médico de atención primaria puede ser un médico, un enfermero practicante, un enfermero clínico especialista o un médico asistente.

Proveedor: Un médico, otro profesional de atención médica, hospital u otro centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exige la ley de Maryland que cuida su salud.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que usted ha perdido o se han deteriorado debido a que estaba enfermo, lesionado o discapacitado.

Cuidado de enfermería especializada: Servicios de un enfermero matriculado en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista: Un proveedor de atención médica que trata un tipo específico de enfermedad o un área específica del cuerpo. Un especialista tiene capacitación en un área específica de la medicina. Algunos especialistas solo tratan a un determinado grupo de pacientes.

Atención de urgencia: Atención para tratar una enfermedad, lesión o afección de gravedad tal que una persona razonable buscaría atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir Cuidado ambulatorio en el hospital.

CareFirst CHPMD es su plan de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice.



CareFirst CHPMD es su plan de atención administrada de Maryland Medicaid HealthChoice.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc., una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

CHMD04334-SPN (1/26)