

MANUAL DE ASISTENCIA MÉDICA PARA ADULTOS MAYORES, CIEGOS Y DISCAPACITADOS

Commonwealth de Virginia

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

www.dmas.virginia.gov



Departamento de Servicios de Asistencia Médica

600 East Broad Street

Richmond, Virginia 23219-1857

Nuestra misión es ofrecer un sistema de servicios integrales de alta calidad a los ciudadanos de Virginia que cumplen con los requisitos establecidos así como también a sus familiares.

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL.....	3
LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.....	3
CÓMO SOLICITO COBERTURA.....	4
NORMAS ESPECIALES PARA PERSONAS CASADAS QUE REQUIERAN ATENCIÓN MÉDICA PROLONGADA.....	6
GRUPOS CUBIERTOS.....	9
PLAN FIRST - PROGRAMA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE VIRGINIA.....	11
SERVICIOS DE EMERGENCIA PARA NO RESIDENTES.....	11
MEDICAID Y OTROS SEGUROS MÉDICOS.....	12
TARJETA DE MEDICAID.....	13
CÓMO USAR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID.....	14
ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DEL CLIENTE (CMM, por sus siglas en inglés).....	15
COPAGOS.....	19
BENEFICIOS DE MEDICAID.....	20
SERVICIOS NO CUBIERTOS.....	24
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO.....	25
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	27
FRAUDE Y RECUPERACIONES.....	28
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO.....	29
CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR UNA APELACIÓN.....	29
INFORMACIÓN PRIVADA.....	30
DEFINICIONES.....	35
DIRECCIONES, TELÉFONOS, SITIOS WEB.....	38

INFORMACIÓN GENERAL

Programas de asistencia médica en Virginia

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés) es el ente que administra los Programas de Asistencia Médica en Virginia. Los Departamentos de Servicios Sociales (DSS) determinan quiénes son elegibles para los programas.

Ley de Protección al Paciente y Cuidados de Salud Asequibles

Las personas que no tienen acceso a los beneficios de Medicaid deben registrarse para pedir cobertura de seguro médico a partir de 2014 o, de lo contrario, serán multados. Si usted actualmente tiene acceso a los beneficios de Medicaid o FAMIS (Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico), es muy probable que siga disfrutando de dichos beneficios. Cuando sea tiempo de renovar su cobertura, el DSS local se encargará de revisar su caso y comunicarle por escrito los cambios que deban realizarse. Si usted pierde la cobertura de Medicaid, se enviará automáticamente una notificación al Mercado Federal de Seguros Médicos. Si necesita ayuda para solicitar asistencia médica o un seguro médico, diríjase al sitio web de Cover Virginia en www.coverva.org o comuníquese con las siguientes líneas gratuitas: 1-855-242-8282 • TDD:

1-888-221-1590. Para solicitar directamente su seguro médico, subsidios o crédito fiscal anticipado para la prima (APTC, por sus siglas en inglés), diríjase al sitio web de Mercado Federal de Seguros Médicos www.healthcare.gov o llame al 800-318-2596 (TTY: 855-889-4325).

Medicaid es un programa operado por el estado de Virginia que brinda ayuda para pagar gastos de atención médica. Para ser elegible para Medicaid, los recursos e ingresos que perciba deben ser bajos y debe calificar en al menos uno de los grupos de cobertura que ofrece Medicaid. Los grupos de cobertura de Medicaid están destinados a personas discapacitadas e individuos mayores de 65 años.

Medicaid está financiado por el gobierno estatal y el federal. Las personas que perciben facturas médicas elevadas no siempre son elegibles. Cabe destacar que las personas que se encuentran dentro del mismo grupo de cobertura reciben el mismo trato.

Medicaid cuenta con tres niveles de beneficios:

- **Cobertura completa** – Ofrece una línea completa de beneficios, entre los cuales se destacan servicios médicos, hospitales y farmacias para personas que no estén inscritas en Medicare.
- **Cobertura por tiempo limitado** - Aquellas personas elegibles para Spend-Down (pago deducible), detallado en la página 4, reciben cobertura por tiempo limitado.
- **Programa de ahorros de Medicare** – Programa de Medicaid que ayuda a las personas a pagar las primas de Medicare; los Programas de Ahorros de Medicare también pueden pagar los deducibles y coseguros por la suma del pago máximo de Medicaid.

Medicaid para familias, niños y FAMIS (Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico), son programas similares para niños, padres y mujeres embarazadas; cada uno ofrece manuales separados disponibles en el sitio web de DMAS o en la oficina de DSS.

¿Cómo solicito cobertura médica?

Usted debe completar un formulario de solicitud para Medicaid en el sitio web de CommonHelp <https://commonhelp.virginia.gov/access/>. Puede imprimir dicho formulario desde el sitio web de DSS www.dss.virginia.gov/form/. También puede retirar el formulario en el DSS de la ciudad o condado donde resida o solicitar que se lo envíen por correo. Puede encontrar los teléfonos de las oficinas del DSS (denominados también "servicios humanos" o "servicios familiares") en las páginas azules de la guía telefónica o en el sitio web <http://www.dss.virginia.gov/localagency/>.

Los formularios de solicitud pueden presentarse en algunos hospitales. Usted puede solicitar los formularios de solicitud de asistencia médica a través de las líneas telefónicas del centro de atención al cliente de Cover Virginia al 1-855-242-8282, o a través de Internet en www.coverva.org.

La persona que necesita atención médica es quien debe firmar el formulario de solicitud. También están autorizados para completar y firmar dicho formulario representantes legales, tutores, apoderados y representantes autorizados por el solicitante. Se acepta firma digital. Los formularios pertenecientes a personas

menores de 18 años deben ser firmados por el padre, tutor, adulto representante autorizado o pariente a cargo que viva con el niño. Los menores de 18 años no pueden solicitar el formulario por sí solos, a menos que estén emancipados. Sin embargo, si un menor de 18 años tiene un hijo a cargo, este, en su rol de padre, puede presentar la solicitud en nombre de su hijo. No se requiere entrevista personal. Usted puede suministrar información y autorizar a su asesor para completar la solicitud en CommonHelp, pero esa persona no puede firmar por usted.

En el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS, por sus siglas en inglés) encontrará una herramienta de evaluación que le ayudará a determinar si usted o alguien de su familia es elegible para Medicaid. Usted puede encontrar la herramienta de evaluación en <https://commonhelp.virginia.gov>. La decisión final sobre su elegibilidad la tiene el trabajador de elegibilidad del departamento de servicios sociales del lugar donde reside.

¿Qué información y documentación debo presentar?

Los solicitantes para Medicaid deben presentar el número de seguro social, declarar residencia en Virginia y se les podría pedir que presenten documentación de identidad y ciudadanía estadounidense. Si usted no es ciudadano estadounidense, deberá presentar información y documentación sobre su condición migratoria. Algunos inmigrantes son elegibles para cobertura de Medicaid completa; otros pueden ser elegibles solo para servicios de emergencia. Si usted declara imposibilidad para trabajar por discapacidad, le preguntarán si ha solicitado beneficios por discapacidad. En caso de no haberlos solicitado, se le pedirá información adicional sobre su condición médica para determinar su discapacidad.

Usted debe detallar todos los ingresos que percibe en el formulario de solicitud. Los ingresos incluyen ingresos del trabajo, como salario o ingresos autónomos, así como también ingresos por Seguro Social, jubilación, ciertos beneficios de veteranos, pensión alimenticia, etc. Para determinar la elegibilidad, se suman las fuentes de ingresos contables y luego se comparan con el límite de ingreso. También se le preguntará cómo declara sus impuestos para asegurarnos de que se estén calculando los ingresos correctos.

Los límites de ingreso varían según el grupo de individuos al que pertenece y el tipo de cobertura. Para algunos grupos, los límites de ingreso varían según el condado o ciudad de residencia. Se evalúa el total de "ingreso bruto"; se aplican deducciones en base a las políticas de Medicaid. Una vez hechas las deducciones, se calcula el remanente y se compara con el límite establecido por Medicaid. El "ingreso bruto" es el ingreso que percibe una persona sin el descuento de impuestos o deducciones. Las facturas o deudas personales no se utilizan para calcular si su ingreso se encuentra dentro de los límites de Medicaid.

Aquellas personas que cumplan con todos los requisitos para ser elegibles para Medicaid pero no cuenten con el límite de ingreso pueden pagar un *spenddown*. *Spenddown* es un deducible médico; es decir, si los gastos médicos son más altos que el *spenddown*, usted puede aún ser elegible para una cobertura de Medicaid por tiempo limitado.

Recursos (activos)

Es probable que deba brindar información sobre todos los activos que usted y los miembros de su familia poseen. Para algunos grupos de cobertura, los activos no se evalúan ni se verifican. Los activos comprenden dinero en mano, dinero depositado en banco o en una caja de seguridad, acciones, bonos, certificados de depósito, fideicomiso o planes prepagos para sepelios. También se incluyen autos, botes, pólizas de seguro de vida e inmuebles. **Todos los activos deben ser declarados**; sin embargo, no todos los activos se toman en cuenta a la hora de determinar su elegibilidad para cobertura de Medicaid. Por ejemplo, se deben declarar todos los vehículos que posee pero, para los propósitos de Medicaid, un vehículo de su propiedad no se considera un activo contable.

Si al momento de solicitar cobertura de Medicaid el valor de sus activos es mayor que el límite de activos establecido por Medicaid, puede resultar elegible si reduce sus activos al límite establecido. **Si usted vende o cede un activo a otra persona sin recibir algo de igual o mayor valor a cambio, su elegibilidad para recibir atención médica prolongada puede verse afectada durante un lapso que dependerá del valor de los activos transferidos comparado con el costo promedio de atención en un centro de enfermería.**

Atención médica prolongada (LTC, por sus siglas en inglés). Transferencia de Activos

Si usted necesita atención médica prolongada, ya sea en un centro de enfermería o en su hogar, deberá detallar todas las transferencias de activos (recursos) que haya realizado durante los últimos cinco (5) años. Esto abarca acciones tales como transferir el título de un vehículo, eliminar su nombre de una escritura, establecer un fideicomiso o donar dinero. Aquellos solicitantes o participantes de Medicaid que transfieran (es decir, vendan, cedan o se deshagan) de sus activos sin recibir algo de igual o mayor valor a cambio verán afectada su elegibilidad para recibir pagos de atención médica prolongada por un periodo de tiempo determinado. La transferencia de algunos activos puede no afectar su elegibilidad en caso que las circunstancias así lo dispongan o en caso que el programa de Medicaid determine que dicha denegación de cobertura de servicios le provocará a usted dificultades extremas. Es probable que si usted transfiere activos luego de haberse inscrito en Medicaid deba pagar una multa en concepto de las primas abonadas por los servicios de atención médica prolongada.

Normas especiales para personas casadas que necesiten atención médica prolongada

Medicaid cuenta con normas especiales para determinar elegibilidad en los casos en que solo uno de los miembros de la pareja reciba atención médica prolongada. A estas normas se las denominan "protecciones de empobrecimiento de cónyuges". Los recursos e ingresos se evalúan para determinar cuál es el monto que se reservará para el cónyuge que no necesite atención médica prolongada sin afectar la elegibilidad para Medicaid del otro esposo.

Se pedirá una revisión de activos (evaluación de activos) cuando uno de los esposos sea admitido para recibir atención médica en un centro de enfermería o reciba un nivel de atención médica de asilo en la comunidad. **Se debe completar** una evaluación de activos cuando una persona legalmente casada cuyo cónyuge reside en la comunidad solicita cobertura de Medicaid, incluso si los cónyuges no viven juntos.

Dado que las políticas de atención médica a largo plazo son complejas, en caso de dudas, usted puede contactarse con el DSS de su localidad. El personal de DSS no asesora a las personas en temas relacionados a cómo ser elegible de Medicaid sino que proveerá información de políticas detallada en relación a su solicitud.

¿Quién toma la decisión y cuánto tiempo requiere?

Una vez recibido el formulario de solicitud firmado, el personal de DSS determinará si usted califica para ingresar en un grupo de cobertura de Medicaid (ver sección de grupos cubiertos) y si sus recursos e ingresos están dentro de los límites requeridos. La cantidad de ingresos y recursos que usted pueda poseer para ser elegible dependerá de la cantidad de miembros de la familia que viven juntos y los límites establecidos para la cobertura de su grupo.

La decisión de elegibilidad se tomará en base a su solicitud de Medicaid

(1) dentro de 45 días **O**

(2) dentro de 90 días en caso que se requiera tomar una decisión por discapacidad

a partir del día de presentación de la solicitud en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad.

Usted recibirá una notificación por escrito, ya sea por correo o personalmente, en caso de que su solicitud sea aprobada o rechazada. En caso de no estar de acuerdo con la decisión, usted puede presentar una apelación (ver sección ***Cuándo y cómo presentar una apelación***).

¿Cuándo comienza a funcionar la cobertura de Medicaid?

La cobertura de Medicaid comienza generalmente el primer día del mes en el cual usted presentó su solicitud y resultó ser elegible. La cobertura puede comenzar tres meses antes del mes en el que usted realizó la solicitud si es que usted recibió servicio médico durante ese tiempo y reunió todos los requisitos de elegibilidad. La cobertura para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) **siempre** comienza el mes siguiente a la aprobación de la solicitud. La cobertura de *spenddown* comienza una vez que se haya activado el pago de ajuste y continúa hasta el final del periodo de *spenddown*. En caso de tener dudas con respecto a la fecha de comienzo y finalización de su cobertura de Medicaid, comuníquese con la oficina del DSS de su comunidad.

¿Cómo conservo mi cobertura?

Una vez que su cobertura haya sido aprobada por Medicaid, usted estará cubierto por 12 meses, siempre y cuando usted siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad. La cobertura de Medicaid **debe** ser verificada al menos una vez cada 12 meses para determinar la continuidad de elegibilidad de su cobertura. En caso de no llevarse a cabo esta verificación, la cobertura será cancelada. Cuando su

verificación anual esté vencida, el DSS de su localidad le enviará una notificación. Usted deberá completar un formulario y deberá presentar pruebas de sus ingresos actuales. Algunas personas también deberán presentar prueba de sus activos actuales.

En caso que se le solicite completar un formulario o presentar prueba de ingresos o activos, es muy importante que lo haga de manera **inmediata**. Si usted no presenta la información necesaria en el plazo establecido, es posible que se le cancele la cobertura Medicaid. Si necesita ayuda para completar los formularios, contáctese con su trabajador de elegibilidad.

Algunas veces su elegibilidad puede ser extendida por otros 12 meses utilizando la información proporcionada a su trabajador de elegibilidad. Si el Departamento de Servicios Sociales puede renovar su Medicaid o su cobertura con información disponible, usted recibirá una notificación en la cual se le informa que su cobertura ha sido renovada y se especifica la fecha de su próxima renovación anual. Usted también puede renovar su cobertura a través del sitio web de CommonHelp.

RECUERDE - Usted debe declarar cualquier cambio que se produzca (cambio de dirección o localidad, ingresos o cobertura de seguro médico) **dentro de los 10 días en que se haya realizado el cambio en el sitio web de CommonHelp o en el DSS de su comunidad**. Si los cambios afectan la elegibilidad para Medicaid, su caso se someterá a revisión y se le comunicarán los resultados. Si usted solicita o se somete a verificación para otro programa ofrecido por los servicios sociales [como el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)] el encargado de determinar su elegibilidad renovará su cobertura inmediatamente y la extenderá por otro periodo de 12 meses.

Si usted continua con su cobertura porque no ha declarado debidamente los cambios, su caso será remitido a la Unidad de Auditoría del Beneficiario (RAU, por sus siglas en inglés) perteneciente al DMAS para evaluar posible fraude a Medicaid y/o gasto de dólares indebido. En este caso, la RAU puede solicitar devolución del dinero en concepto de los servicios de Medicaid o por las primas pagadas a las Organizaciones para administración de la atención médica (de haber alguna) para cubrir sus servicios de atención médica.

ES MUY IMPORTANTE declarar ante el DSS de su localidad cualquier cambio de domicilio. En caso de no tener el domicilio correcto, usted no recibirá una notificación cuando sea tiempo de renovar su cobertura y **su cobertura podría ser cancelada**. En caso de cambiar su domicilio, comuníquese con el DSS de su localidad de inmediato para proteger su cobertura.

GRUPOS CUBIERTOS

Las leyes federales y estatales describen los grupos de individuos que pueden ser elegibles para Medicaid como "grupos cubiertos por Medicaid". Las personas que se encuentran dentro de alguno de los grupos que abarca la cobertura pueden ser elegibles para Medicaid si sus ingresos y recursos se encuentran dentro de los límites requeridos para el grupo cubierto. Los servicios varían según el grupo cubierto. Usted puede encontrar información de Medicaid sobre los grupos familiares y grupos de niños en el **Manual de Asistencia Médica para Familias y Niños** y en el **Manual FAMIS**.

Los grupos de cobertura para Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados de Medicaid son:

- **Mayores** (65 años en adelante), **ciegos**, o **personas discapacitadas** conforme a los estándares de la Administración de Seguro Social.
 - que perciban ingresos que no superen el 300 % de la tasa de pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) quienes hayan sido evaluados y aprobados para recibir atención médica en centros de enfermería o a través de uno de los programas de Medicaid de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
 - quienes perciban ingresos que no superen el 80 % del Índice federal de pobreza (FLP, por sus siglas en inglés)*
 - quienes perciban Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y cumplan con los requisitos de límites de recursos de Medicaid
 - **Servicio Auxiliar** (AG, por sus siglas en inglés) participantes en Servicios de Viviendas Asistidas o Servicios de Cuidados para Adultos
 - Personas ciegas o discapacitadas cuyo ingreso esté dentro del 80 % de Índice federal de pobreza, de entre 16 y 65 años de edad que estén actualmente trabajando o puedan trabajar (programa **Medicaid Works**)

- Personas **Médicamente Necesitadas** que cumplan con los requerimientos de cobertura de grupo de Medicaid pero excedan el límite de ingreso
- Enfermos terminales que hayan elegido recibir cuidados de **hospicio**

Los lineamientos del Índice federal de pobreza están disponibles en el sitio web del DSS: http://www.dss.virginia.gov/benefit/medical_assistane/index.cgi

Grupos de Cobertura Asociados a Medicare

Las personas elegibles para el seguro de Medicare Parte A que califiquen para alguno de los siguientes grupos de cobertura pueden recibir cobertura de Medicaid **limitada**. Medicaid cubre los gastos de Medicare en nombre de los beneficiarios de Medicare como se detalla a continuación (límites de recursos para todos los grupos de cobertura asociados a Medicare con excepción de Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI, por sus siglas en inglés) cuyos ingresos comprobables sean de \$7,160 para una persona y \$10,750 para una pareja - sumas vigentes desde el 1 de enero de 2014):

- **Beneficiarios de Medicare Calificados (QMB, por sus siglas en inglés)**
Los beneficiarios deben tener un ingreso contable igual o menor al 100 % del Índice federal de pobreza. Medicaid realiza el pago de las primas de Medicare Parte A y Parte B así como también el coseguro y los deducibles de los cuales Medicare no se hace responsable.
- **Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SLMB, por sus siglas en inglés)** Los beneficiarios deben tener un ingreso contable por encima del 100% pero por debajo del 120% del Índice federal de pobreza. Medicaid realiza el pago de las primas de Medicare Parte B.
- **Personas que Califican (QI, por sus siglas en inglés)** Los beneficiarios deben tener un ingreso contable por encima del 120% pero por debajo del 135% del Índice federal de pobreza. Medicaid realiza el pago de las primas de Medicare Parte B.
- **Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI, por sus siglas en inglés):** Medicaid puede realizar el pago de las primas de Medicare Parte A en el caso de algunas personas discapacitadas que hayan perdido su cobertura Medicare a causa del trabajo. Estas personas deben tener un ingreso contable por debajo del 200% del

Índice federal de pobreza (FPL) y sus recursos contables deben estar por debajo de \$4,000 para una persona soltera, \$6,000 para una pareja.



A sample Medicare Health Insurance card for Jane Doe. The card features a red header with 'MEDICARE' and 'HEALTH INSURANCE' in white, and a blue header with '1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)'. The beneficiary's name is 'JANE DOE'. The Medicare claim number is '000-00-0000-A' and the sex is 'FEMALE'. The card indicates entitlement to Hospital (Part A) and Medical (Part B) services, both effective as of 07-01-1986. A large 'SAMPLE' watermark is overlaid on the card. At the bottom, there is a line for the beneficiary to sign.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY	JANE DOE
MEDICARE CLAIM NUMBER	000-00-0000-A
SEX	FEMALE
IS ENTITLED TO	EFFECTIVE DATE
HOSPITAL (PART A)	07-01-1986
MEDICAL (PART B)	07-01-1986
SIGN HERE _____	

Plan First - Programa de Servicios de Planificación Familiar de Virginia

Todos los hombres y mujeres que cumplan con los requisitos de ingreso pero no califiquen para el grupo de cobertura completo de Medicaid pueden ser elegibles para obtener los beneficios del Plan First Limitado de Medicaid. El Plan First cubre:

- Exámenes anuales de planificación familiar para hombres y mujeres
- Papanicolaou
- Pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Asesoramiento e información sobre planificación familiar
- Esterilizaciones
- Transporte para servicios de planificación familiar
- La mayoría de los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Productos Alimentarios y Farmacéuticos (FDA) (con receta y sin receta)

Las personas que soliciten beneficios de cobertura completa de Medicaid o pierdan la cobertura completa de Medicaid por no cumplir con los requerimientos correspondientes pueden ser elegibles para el Plan First. **Si los solicitantes no desean inscribirse en el Plan First, deben comunicárselo al trabajador de elegibilidad.** Las personas mayores de 65 años y los padres de personas menores de 19 años pueden solicitar una evaluación de elegibilidad para este grupo de cobertura.

Todos los participantes del Plan First serán remitidos al Mercado Federal de Seguros Médicos donde serán evaluados para poder obtener Crédito Fiscal anticipado para la prima (APTC, por sus siglas en inglés) o Reducción de Participación en los Costos.

Servicios de Emergencia para No Residentes

Normas especiales aplican a los no residentes. Si una persona cumple con los requisitos de los grupos de cobertura detallados anteriormente y con todos los demás requerimientos de Medicaid, con excepción de la nacionalidad, entonces esa persona puede ser elegible para recibir los beneficios de Medicaid para pagar tratamientos médicos de emergencia.

MEDICAID Y OTROS SEGUROS MÉDICOS

Si usted ya cuenta con un seguro médico, puede también tener la cobertura de Medicaid. Primero se facturará al otro seguro. El hecho de tener otro seguro médico no modifica el precio del copago de Medicaid (en caso de tener) que usted paga a los proveedores como afiliado de Medicaid. Si usted tiene una póliza de seguro complementario de Medicare, usted puede suspender su póliza hasta 24 meses mientras tenga la póliza de Medicaid sin que su compañía de seguro médico lo multe. Usted debe notificar a la compañía de seguro médico 90 días antes del vencimiento de cobertura de Medicaid para recuperar su seguro complementario. Si usted decide abandonar su cobertura de seguro médico privado o decide inscribirse en un plan de seguro médico privado, comuníquese a su trabajador de elegibilidad local. En caso contrario, el pago de la factura de seguro médico puede retrasarse.

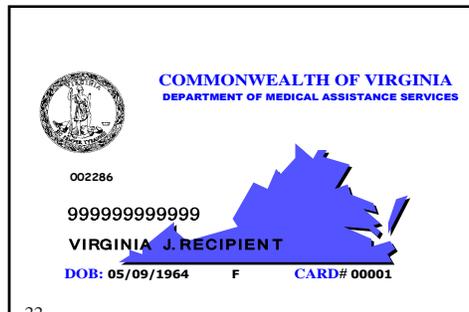
En algunos casos Medicaid abona reclamos por servicios cubiertos y más tarde se descubre que había otra fuente de pago disponible. En ese caso, Medicaid tratará de pedir el reintegro del dinero a la otra fuente, ya sea desde el seguro médico comercial, Medicare, indemnización del trabajador o seguro de responsabilidad civil (en caso de que el reclamo sea por un accidente). El acuerdo "Cesión de Derechos de Respaldo Médico y Pagos a Terceros" se encuentra incluido en la solicitud de Atención Médica. Si su compañía de seguro médico paga la misma factura que Medicaid, usted debe reenviar ese dinero al DMAS.

Programas de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés)

En caso de cumplir con los requisitos solicitados, Medicaid puede ayudarlo con el costo de las primas de seguros médicos privados. Los programas HIPP solo reembolsan los planes de grupos patrocinados por el empleador, no reembolsan las primas de las pólizas individuales. Para más información, usted puede comunicarse con la Unidad de Pago de Primas de Seguros Médicos al 1-800-432-5924 o enviar un e-mail a hippcustomerservice@dmas.virginia.gov.

TARJETA MEDICAID DE VIRGINIA

Si usted resulta elegible, recibirá una tarjeta de asistencia médica plástica azul y blanca (la tarjeta de Medicaid de Virginia) con su nombre y número de identificación impresos. **Usted es responsable de mostrar su tarjeta Medicaid de Virginia cada vez que reciba servicios médicos y además es responsable de asegurarse que el proveedor de servicios médicos acepte pagos de Medicaid Virginia.** Si usted tiene una tarjeta de Medicaid de Virginia porque calificaba como elegible en el pasado, **consérvela.** Esa tarjeta será válida nuevamente cuando se restablezca la cobertura.



Cómo utilizar su tarjeta médica

Cada miembro de su familia que sea elegible para Medicaid recibirá su propia tarjeta (a menos que solo sea elegible para el pago de primas de Medicare). Si sus beneficios cambian, usted **no recibirá** una tarjeta nueva. En caso de extravío, robo o destrucción, usted puede solicitar una nueva tarjeta al DSS local.

Muestre su tarjeta **cada vez que reciba atención médica** de modo que el proveedor de servicios médicos pueda verificar su estado de elegibilidad actual. Si está inscrito en una Organización para administración de la atención médica (MCO, por sus siglas en inglés), recibirá una tarjeta de esa organización. **En este caso, usted deberá mostrar ambas tarjetas, la de MCO y la de Medicaid de Virginia cada vez que reciba atención médica.** Si usted no muestra sus tarjetas, será tratado como paciente que paga por cuenta propia y recibirá la factura del proveedor médico.

Es su responsabilidad mostrar la tarjeta de identificación a los proveedores al momento de requerir un servicio médico y de asegurarse que el proveedor acepte el pago de Medicaid de Virginia o de la MCO, en caso de estar inscrito. Denuncie el robo o extravío de su tarjeta de Medicaid de Virginia ante el DSS local de inmediato. En caso de robo o extravío de su tarjeta MCO, debe hacer la denuncia pertinente ante su MCO.

CÓMO USAR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

Medicaid ofrece atención médica tanto por pago directo a proveedores de la salud como por pago de primas a los participantes de las Organizaciones para administración de atención médica.

Cobertura Medicaid "Pago por Servicio"

Los proveedores que están inscritos en el Departamento de Servicios de Atención Médica ofrecen cuidados a algunos beneficiarios de Medicaid. Si usted no tiene un médico o un MCO asignado, puede elegir cualquier proveedor de servicios médicos siempre y cuando el proveedor de su elección acepte los pagos de Medicaid Virginia. Si recibe servicios de proveedores que no se encuentran inscritos en Medicaid Virginia, **usted deberá abonar el servicio por su cuenta.**

Medicaid no realiza reintegros por los servicios que haya abonado de manera particular. Trate de consultar siempre al mismo médico y de comprar en la misma farmacia. Continúe con ese médico a menos que sea derivado a un especialista. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios médicos que acepte Medicaid, consulte la herramienta de búsqueda del DMAS

<https://www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal/SearchForProviders>

Si el tipo de proveedor de servicios médicos que usted está buscando no se encuentra en la lista de contactos, comuníquese con nuestra línea telefónica de asistencia al 804-786-6145.

Programa de Cuidados Médicos Coordinados del Commonwealth de Virginia (CCC, por sus siglas en inglés)

Vigente a partir del 1 de marzo de 2014, el programa CCC coordina los servicios suministrados por Medicare y Medicaid (asistencia y servicios de atención médica prolongados primarios, preventivos, agudos y conductuales) bajo una misma entidad. Los miembros pueden elegir los planes de salud disponibles en su localidad. Los beneficios constan de una tarjeta de identificación, número de asistencia médica gratuito y un procedimiento de apelación unificado. Las personas elegibles para este programa deben ser mayores de 21 años; incluye destinatarios con beneficios completos de Medicare-Medicaid, participantes en el programa de exención EDCD (Exención para personas mayores e individuos con discapacidades) y afiliados de Medicaid que residan en un centro de enfermería. La participación en el programa CCC es voluntaria. Para más información, comuníquese al 1-855-889-5243 o por e-mail a CCC.@dmas.virginia.gov.

Cuidado administrado

La mayoría de los miembros de Medicaid Virginia deben recibir atención médica a través de una Organización para administración de la atención médica (MCO). La elegibilidad para acceder al programa varía según el lugar donde resida. Si usted cumple con los requisitos para que se le asigne una MCO, recibirá una carta de DMAS en donde se le pedirá que elija una MCO para su atención médica. Usted recibirá información sobre los programas, como un cuadro comparativo de MCO y un folleto.

En caso de no elegir una MCO, el Departamento de Servicios de Atención Médica lo hará por usted.

Organizaciones para administración de la atención médica (MCO)

Una MCO es una organización de servicios médicos que coordina servicios de salud a través de una red de proveedores que incluye proveedores de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas, hospitales, clínicas, empresas de suministros médicos, proveedores de servicios de transporte, farmacias y proveedores de otros servicios médicos. Una vez que usted haya elegido una MCO, recibirá un paquete de información en su domicilio. También recibirá una tarjeta de identificación de su MCO para que la pueda utilizar junto con su tarjeta de identificación de Medicaid Virginia. **Por favor, guarde ambas tarjetas ya que debe presentarlas cada vez que reciba atención médica.** La MCO le pedirá que elija un PCP de su red para que administre todas sus necesidades de cuidados médicos. No es necesario que inscriba a todos los miembros de su familia en la misma MCO o con en el mismo PCP.

Usted deberá respetar las normas del programa de administración de atención médica. Esas normas se encuentran detalladas en el manual de afiliado de la MCO que se incluye en el paquete de información que le enviará su MCO. En caso de no seguir las normas del programa de administración de atención médica (por ejemplo, si recibe servicios médicos sin haber sido derivado por su PCP o por autoridad competente de MCO), usted deberá hacerse cargo de los gastos incurridos. Para más información, lea el manual de afiliados de MCO.

Inscripción abierta

Hay un periodo de inscripción abierta para los programas de MCO. Durante este periodo usted podrá cambiar su MCO. Si usted necesita saber cuándo es su período de inscripción o tiene otras consultas referentes a su inscripción de administración de atención médica, llame a la asistencia telefónica de

Administración de atención médica de DMAS al número 1-800-643-2273. Para más información visite el sitio web de DMAS:

http://dmasva.dmas.virginia.gov/Content_pgs/mc-home.aspx

Administración de Atención médica del cliente (CMM, por sus siglas en inglés)

Algunas personas pueden necesitar ayuda especial con su médico o farmacia. Si usted está inscrito en CMM, usted recibirá una carta de la Unidad de Monitoreo del Beneficiario (RMU) perteneciente al Departamento de Servicios de Atención Médica. Usted tendrá la oportunidad de elegir su PCP y su farmacia dentro de los 30 días luego de recibir la notificación de inscripción. **En caso de no comunicar sus elecciones a Medicaid, el DMAS elegirá los proveedores por usted.** Una vez que se le asigne un médico y una farmacia, usted deberá recibir atención solo de ese médico y esa farmacia a menos que lo deriven a otros proveedores. Su PCP le deberá dar un permiso escrito (formulario de derivación) en caso que necesite ver un especialista. Solo puede ir a otra farmacia en un caso de emergencia, como se detalla en las normas de CMM. Su tarjeta contiene información similar a la información de una tarjeta de crédito, por medio de la cual se le informa al proveedor los nombres de los proveedores de CMM. A cada miembro de CMM se le asigna un administrador de caso de RMU. Esta persona será la encargada de responder a sus preguntas con respecto al programa y asistirlo en el cumplimiento de las normas.

Cada Organización para administración de la atención médica tiene un programa similar al de la Administración Médica de Clientes. Si usted está inscrito en uno de estos programas, su MCO lo notificará.

ATENCIÓN MÉDICA DE MEDICAID

Medicaid cubre la mayor parte de la atención médica, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados. Existen algunos límites y normas que deben respetarse. Por ejemplo, algunos procedimientos médicos deben realizarse por cirugía ambulatoria a menos que el paciente presente una necesidad médica que requiera el ingreso al hospital. Medicaid no cubre el tratamiento de enfermedades mentales dentro de una institución a personas de entre 21 y 64 años de edad. Existen limitaciones en lo que respecta a la cantidad de visitas de atención domiciliaria, servicios de psiquiatría y otros servicios profesionales. Algunos servicios requieren autorización previa.

Servicios de salud mental y comportamiento

A partir del 1 de diciembre de 2013, Magellan Behavioral Health, Inc (Magellan of Virginia) administra los servicios de salud mental y del comportamiento. Magellan administra todos los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias cubiertos por Medicaid y FAMIS para clientes inscritos en el programa pago por servicio. También coordina los beneficios con MCO. Magellan administra los siguientes servicios:

- Servicios intensivos domiciliarios para niños y adolescentes (IIH, por sus siglas en inglés)
- Tratamiento terapéutico de día para niños y adolescentes (TDT, por sus siglas en inglés)
- Servicios de hogares grupales para niños y adolescentes
- Tratamiento residencial
- Tratamiento de día / servicios de hospitalización parcial
- Rehabilitación psicosocial
- Tratamiento comunitario intensivo (ICT, por sus siglas en inglés)
- Servicios de apoyo de salud mental (MHSS, por sus siglas en inglés)
- Estabilización e intervención en crisis
- Administración de casos
- Programas de abuso de sustancias
- Terapia ambulatoria (en caso de no estar inscrito en MCO)
- MCO se encarga de administrar las necesidades en relación a la salud mental tradicional, como por ejemplo obtención de medicamentos, y abuso de sustancias de los afiliados.

Para obtener más información sobre servicios de salud mental y comportamiento, comuníquese con Magellan al 1-800-424-4046.

Cuidado dental

Medicaid ofrece cobertura para adultos para algunas cirugías dentales cuando es necesario en términos médicos (mayores de 21 años).

Admisión hospitalaria

Antes de ingresar en un hospital, su médico debe llamar para pedir autorización o puede también hacerlo dentro de las 24 horas de haber realizado la admisión de emergencia.

Visitas de profesionales de la salud

Las visitas por consultas psiquiátricas, enfermería, terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla deben ser previamente aprobadas.

Farmacia

Su médico debe pedir autorización previa para que la farmacia pueda completar las recetas. Puede ocurrir que dentro de la gran variedad de medicamentos haya uno o algunos que Medicaid o la MCO preferirían para tratar su condición porque consideran que son seguros, eficaces y económicos. Se los denomina Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) o formulario. Usted puede obtener los medicamentos para tratar su condición médica de manera efectiva. En caso de que el medicamento no se encuentre en la Lista de Medicamentos Preferidos o en el formulario, será necesario obtener una autorización previa para poder completar la receta. También es posible que, en caso de que resulte económico hacerlo, un médico recete u ordene medicamentos de venta libre equivalentes a otros medicamentos de venta bajo receta. Cuando sea posible, se le prescribirán medicamentos genéricos, a no ser que su médico le especifique que usted necesita medicamentos de un laboratorio en particular. Esto será así, independientemente de si usted recibe servicios directamente a través de Medicaid (administrado por Magellan Health Services) o a través de una MCO. Para obtener más información sobre la Lista de Medicamentos Preferidos, comuníquese con Magellan al número 1-800-932-6648, con su MCO o hable con su médico.

El plan Medicare Parte D ofrece cobertura de medicamentos con receta a los afiliados que tengan cobertura Medicare Parte A o Parte B. Virginia Medicaid no se hace responsable por los medicamentos con receta prescritos a afiliados elegibles para Medicare que posean Medicare Parte D. Para más información sobre la cobertura que ofrece Medicare Parte D, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (800-633-4227).

Transporte

Medicaid pagará servicios de transporte solo a aquellos afiliados que se vean imposibilitados de trasladarse por sus propios medios a los centros de salud cubiertos por Medicaid. El plan de beneficios completos de Medicaid cubre dos tipos de transporte:

- **Transporte de Emergencia:** Medicaid cubre los costos de transporte de emergencia del 911 para que los afiliados reciban tratamiento médico.
- **Transporte de No-emergencia:** El transporte para casos que no sean de emergencia se brinda a través de un agente de transporte o a través de su MCO.

El servicio de transporte solo estará disponible para llevarlo a los centros de atención cubiertos por Medicaid siempre y cuando usted no cuente con un medio de transporte. En caso de emergencia vital, llame al 911. Si necesita asistir a una consulta médica que no sea de emergencia, comuníquese con la línea de reservas al 1-866-386-8331 cinco (5) días hábiles previos a la consulta programada (Las "URGENCIAS" que puedan ser verificadas, como altas hospitalarias o enfermedades repentinas, pueden aceptarse con menos de cinco días de anticipación). Por favor, antes de llamar asegúrese de tener a mano su número de identificación de Medicaid y la dirección y el teléfono del centro al que se dirige. Los afiliados a una MCO deben llamar al número de transporte que figura en el manual de afiliado de MCO para coordinar los transportes que no son de emergencia.

Para más información sobre transporte que no sea de emergencia ofrecidos por Medicaid, visite el sitio web <http://transportation.dmas.virginia.gov>.

Recuerde: Solo se autorizarán aquellos viajes médicamente necesarios y cuyo destino sea un centro médico cubierto por Medicaid. Algunos ejemplos son: consultas médicas, asesoramientos, diálisis y servicios de cuidados dentales de adolescentes. Es posible que el agente de transporte verifique su servicio de cobertura Medicaid con el proveedor correspondiente.

Cobertura médica fuera del estado

Virginia Medicaid cubre los servicios médicos de emergencia mientras usted se encuentre fuera del estado de Virginia siempre y cuando el proveedor de servicios médicos que lo atienda acepte el programa Medicaid de Virginia y emita la factura correspondiente. **No se realizan pagos directos a los afiliados por costos de servicios solicitados fuera del estado de Virginia.** Las normas por atención médica fuera del estado pueden variar si usted tiene cobertura con MCO. Si usted posee cobertura MCO, comuníquese con el personal de MCO para informarse sobre los procedimientos de tratamientos practicados fuera del estado.

Si usted recibe atención médica de emergencia fuera del estado con un proveedor de servicios médicos que no trabaja con Medicaid Virginia, solicite a su proveedor de servicios que se comunique con la Unidad de Inscripción de Proveedores de DMAS:

Virginia Medicaid Provider Enrollment Services
P.O. Box 26803
Richmond, Virginia 23261
Teléfono: 1-888-829-5373 o 804-270-5105

Medicaid Virginia no cubre la atención médica recibida fuera de Estados Unidos.

COPAGOS

Algunos afiliados de Medicaid deben abonar pequeñas sumas de dinero por determinados servicios. Este sistema es conocido como copago.

A continuación se detallan cuáles son los afiliados que no deben abonar copago por los servicios cubiertos por Medicaid

- Menores de 21 años
- Personas que requieren servicios de cuidados médicos prolongados ya sea comunitarios o en instituciones médicas (puede aplicar al paciente)
- Personas inscritas en programas de cuidados de hospicio

Medicaid no cobra copagos por los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia (incluso tratamientos de diálisis)
- Servicios relacionados con embarazos
- Servicios de planificación familiar
- Servicios en salas de emergencia

Medicaid cobra un copago a personas mayores de 21 años por los siguientes servicios:

Servicio	Copago
Hospitalización	\$100.00 por admisión
Servicio por paciente ambulatorio	3.00 por visita
Visita a una clínica	1.00 por visita
Visita a consultorio médico	1,00 por visita
Visita a otro médico	3.00 por visita
Examen ocular	1.00 por examen
Medicamentos recetados	1.00 por medicamentos genéricos 3.00 por medicamento de marca
Servicios de salud domiciliarios	3.00 por visita
Servicios de rehabilitación	3.00 por visita

Usted es responsable de abonar el copago. Sin embargo, el proveedor de servicios médicos **no puede negarse** a atenderlo o brindar atención médica si usted no puede abonar el costo del copago. Como beneficio adicional de participación, los afiliados a una MCO no deben abonar copagos por servicios médicos.

BENEFICIOS DE MEDICAID

Hay una descripción de cada beneficio después de la siguiente lista. Si su cobertura es proporcionada por una MCO, comuníquese con la MCO para conocer los detalles de cobertura.

- Terapia de comportamiento
- Servicios clínicos
- Servicios en centros comunitarios de salud mental y discapacidad intelectual
- Servicios de cuidados dentales limitados
- Suministros y equipos médicos duraderos (**DME**, por sus siglas en inglés)
- Exámenes oculares
- Servicios de planificación familiar
- Cintas para medir glucosa
- Servicios de salud domiciliaria
- Servicios de cuidados de hospicio
- Atención hospitalaria - intrahospitalaria / ambulatoria
- Sala de emergencia
- Servicios de hospitalización en hospital psiquiátrico para personas mayores de 65 años
- Cuidados médicos a largo plazo
- Programa El Dinero Sigue a la Persona (**MFP**, por sus siglas en inglés)
- Centros de enfermería
- Trasplante de órganos
- Cuidados personales
- Servicios médicos
- Servicios de podología (cuidados para los pies)
- Servicios prenatal y de maternidad
- Medicamentos recetados por un Médico
- Programa de cuidado todo incluido para ancianos (**PACE**, por sus siglas en inglés)
- Dispositivos protésicos
- Servicios psiquiátricos y psicológicos
- Servicios de diálisis renal (riñón)
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de tratamiento residencial (Nivel C)
- Servicios terapéuticos de comportamiento (Nivel B)
- Servicios de transporte para tratamientos médicos
- Cuidado tutelar terapéutico - Administración de casos (TFC - CM, por sus siglas en inglés)

Servicios en centros clínicos - Centros (públicos y privados) para el diagnóstico y tratamiento de personas que reciben atención ambulatoria.

Servicios en centros comunitarios de salud mental y discapacidad intelectual – Servicios proporcionados a domicilio o en la comunidad; se brindan diagnósticos, tratamientos y cuidados a personas que padecen enfermedades mentales, abusos de drogas y discapacidades intelectuales. Las Organizaciones de Servicios Comunitarios y proveedores privados brindan estos servicios.

Servicios dentales - La cobertura en adultos se limita a cirugías bucales médicamente necesarias y servicios de diagnóstico relacionado.

Suministros y Equipos Médicos Duraderos (DME, por sus siglas en inglés) - Los suministros médicos y los equipos médicos duraderos estarán cubiertos cuando sea necesario realizar un tratamiento bajo prescripción médica. Por ejemplo:

- Suministros para ostomía
- Oxígeno, equipos y suministros respiratorios
- Suministros y equipos de diálisis ambulatorio

Exámenes oculares – Limitado a un examen cada dos años.

Servicios de planificación familiar / Métodos anticonceptivos - Servicios que postergan o previenen embarazos, como diagnóstico, tratamientos, medicamentos, suministros, dispositivos y procedimientos de esterilización electiva (para hombres y mujeres). Esta cobertura no incluye tratamiento de fertilidad e infertilidad.

Cintas para medir la glucosa - Solo cuando se considere médicamente necesario, este plan cubrirá las cintas para medir la glucosa en sangre.

Servicio de atención médica domiciliaria- Las visitas de enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o fonoaudiólogos requieren autorización previa. Las visitas de atención domiciliaria se limitan a 32 visitas por año.

Servicios de cuidados de hospicio - Programas de atención médica que ofrecen cuidados ambulatorios, domiciliarios e intrahospitalarios a enfermos terminales. (Los enfermos terminales son aquellos pacientes cuya expectativa de vida no supera los seis meses).

Atención hospitalaria -

- **Intrahospitalaria:** Admisión y asignación de cama en un hospital para recibir servicios médicos hospitalarios. Los días aprobados están cubiertos.
- **Ambulatoria:** Reciben servicios médicos sin admisión en un hospital.

Sala de emergencia - Las visitas cubiertas comprenden tratamientos de emergencia de problemas médicos graves o mortales.

Servicios de hospitalización en hospital psiquiátrico para personas mayores de 65 años - Servicios que ofrecen diagnóstico, tratamiento o cuidados de personas que padecen enfermedades mentales en un ámbito hospitalario. El servicio incluye atención médica, cuidados de enfermería y servicios relacionados. Estos servicios se brindan en ámbitos institucionales denominados "Instituciones para personas con discapacidades mentales" (IMD, por sus siglas en inglés). Pueden ser hospitales, centros de enfermería u otras instituciones que posean más de 16 camas.

Cuidados a largo plazo - Cuidados en un entorno institucional como un Centro de Enfermería o un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales o en la comunidad a través de una exención de Servicios Basados en la Comunidad y en el Hogar.

Programa El Dinero Sigue a la Persona (MFP, por sus siglas en inglés) - Este proyecto, que ya tiene ocho años y que está subvencionado por fuentes federales y estatales, brinda a personas de todas las edades y discapacidades que viven en instituciones en el territorio de Virginia (tales como centros de enfermería, Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales y hospitales de larga estadía, institutos para trastornos mentales, centros residenciales de tratamientos psiquiátricos) opciones para la transición a un ambiente de hogar y la comunidad. Para más información visite www.olmsteadva.com/mfp/.

Centros de enfermería - Centro autorizado y certificado que brinda servicios a personas que no requieren el grado de cuidados y tratamientos que se brindan en un entorno hospitalario.

Trasplante de órganos - El programa cubre trasplante de riñón, hígado, corazón, pulmón, dosis de quimioterapia, córnea y células madre. Todos los trasplantes necesitan autorización previa, a excepción del trasplante de córnea.

PACE (Programa de cuidado todo incluido para ancianos) - Una alternativa con base en la comunidad para cuidados prolongados en instituciones. PACE brinda servicios médicos y sociales completos en un único centro y ayuda a los afiliados a permanecer en sus hogares.

Cuidado personal - Servicios de asistencia que brindan ayuda en actividades de la vida cotidiana (bañarse, cambiarse, ir al baño, trasladarse, comer, ayudar con la incontinencia urinaria, es decir, actividades que ayudan a mantener una vida segura y saludable). También brindan ayuda en la administración de medicamentos y en el control de la condición física y estado de salud. Estos servicios están disponibles para individuos de cualquier edad que estén inscritos en la exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar quienes además cumplan con los criterios médicos establecidos. También están disponibles para afiliados menores de 21 años elegibles para el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés). Estos servicios no constituyen sistemas de asistencia informal.

Servicios Médicos - Servicios médicos que brindan médicos clínicos, especialistas y osteópatas.

Servicios de podología (cuidados para los pies) - Los servicios de cuidado de pies de rutina y preventivos no están cubiertos por Medicaid. El pago por el corte de uñas por una condición médica, como por ejemplo diabetes, se limita a una vez cada dos meses.

Prescripción de medicamentos por orden de un médico - Medicaid tiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). Sin embargo, por medio de una autorización previa, es posible que Medicaid cubra medicamentos que no figuran en la lista. Las prescripciones deben completarse con un suministro que no supere los 34 días. Cuando sea posible, se le prescribirán

medicamentos genéricos, a no ser que su médico le especifique que usted necesita medicamentos de un laboratorio en particular. También es posible que un médico recete u ordene medicamentos de venta libre equivalentes a otros medicamentos de venta bajo receta. **Los afiliados de Medicaid que estén inscritos en Medicare Parte D deben recibir sus medicamentos recetados mediante Medicare Parte D.** Para más información sobre la cobertura de Medicare Parte D, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Dispositivos protésicos – Se limitan a brazos y piernas artificiales y sus accesorios de soporte necesarios para fijar las prótesis; se requiere autorización previa.

Servicios de psicología o psiquiatría - Medicaid cubre hasta 26 horas de servicios de atención médica ambulatoria para pacientes que padecen alguna discapacidad mental o abuso de drogas sin autorización previa. Los tratamientos adicionales requieren autorización previa. Comuníquese con su MCO para informarse sobre los criterios de elegibilidad.

Tratamiento de diálisis para pacientes con insuficiencia renal - El servicio cubre visitas ambulatorias para realizar tratamiento de diálisis para pacientes que padecen enfermedad renal terminal. La visita puede tener dos componentes, el centro ambulatorio y los honorarios de administración y honorarios profesionales.

Servicios de rehabilitación - Servicios ambulatorios de terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología.

Servicios de transporte a los centros de cobertura de Medicaid:

Emergencia: Medicaid cubre los costos de transporte de emergencia del 911 para que los afiliados reciban tratamiento médico.

No-emergencia: El transporte para casos que no sean de emergencia se brinda a través de un agente de transporte o a través de su MCO. No todos los afiliados de Medicaid reciben los servicios de transporte. Si usted es elegible para obtener los beneficios de transporte y no posee vehículo, ningún miembro de su familia puede trasladarlo a su cita médica, o no está inscrito en una MCO, llame a la línea gratuita de asistencia médica 1-866-386-8331.

Para más información sobre transporte en casos no urgentes visite <http://transportation.dmas.virginia.gov>.

MEDICAID NO CUBRE LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS

- Acupuntura
- Gastos administrativos, como llenado de formularios y copia de archivos
- Terapia por abuso de drogas y alcohol, inseminación artificial, fertilización in-vitro u otros servicios relacionados con la fertilidad
- Cancelación de turnos
- Medicamento que no han pasado las pruebas de eficacia y aquellos medicamentos ofrecidos por laboratorios no participantes (los médicos, las farmacias y los departamentos de salud inscritos tienen listas de estos medicamentos)
- Algunos procedimientos de diagnóstico y cirugías experimentales
- Servicios de quiropráctica, tratamientos y cirugías cosméticas
- Guardería, incluso servicios de cuidado a personas mayores (excepto exenciones de servicios basados en el hogar y comunidad)
- Prótesis dentales para mayores de 21 años
- Servicios de atención médica durante los días de hospital no cubiertos
- Medicamentos recetados para tratamiento de caída del cabello o blanqueamiento de la piel
- Anteojos o reparación de anteojos para afiliados a partir de los 21 años
- Cargos de hospital por días de atención no autorizados por su cobertura, incluso viernes o sábados, admisión en el hospital por razones no de emergencia o admisión en el hospital por más de un día previo a una cirugía
- Vacunas para afiliados mayores de 21 años (excepto vacunas contra la gripe y neumonía en pacientes en riesgo)
- Atención médica de proveedores que no están inscritos o no aceptan Medicaid Virginia
- Servicios de cuidados personales (excepto exenciones de servicios con base en el hogar o comunidad o programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico)
- Medicamentos recetados si el afiliado tiene cobertura de Medicare Parte A o Parte B
- Enfermería de atención privada (excepto exenciones de servicios con base en el hogar o comunidad o programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico)
- Cuidados dentales de rutina para mayores de 21 años
- Consultas telefónicas
- Programas clínicos para perder peso

Esta lista no incluye todos los servicios que no cubre Medicaid. Si usted recibe un servicio que no está incluido en la cobertura de Medicaid o recibe más servicios que los estipulados por Medicaid para este servicio, usted tendrá que abonar la diferencia.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO (LTC)

Medicaid cubre servicios LTC en algunos entornos institucionales como centros de enfermería y Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales y para personas en sus comunidades a través de exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar. Para calificar para los servicios LTC, una persona debe reunir ciertos requisitos de niveles de cuidado. Estos requisitos pueden incluir asistencia en actividades de la vida diaria y cuidados de enfermería. Existe un requisito federal que debe cumplirse para recibir servicios de exención: la persona debe estar en riesgo de hospitalización si no se proporcionan los servicios de exención dentro de un periodo de 30 días. Hay normas de elegibilidad y requisitos (tales como estudios de preadmisión, evaluación de transferencias de activos y pagos del paciente) que sólo corresponden a individuos que necesitan la cobertura de Medicaid para recibir servicios de cuidados a largo plazo. Contacte a su Departamento de Servicios Sociales local para solicitar más detalles sobre cuidados prolongados que usted necesite.

Evaluaciones para Servicios de Atención a Largo Plazo

Se requiere una evaluación de preadmisión para determinar si una persona reúne los requisitos necesarios de nivel de cuidado para recibir servicios de atención a largo plazo. La evaluación no será necesaria si el paciente ingresa al centro médico directamente desde otro estado. A continuación se detallan los equipos encargados de realizar las evaluaciones para los cuidados a largo plazo basados en centros institucionales y comunidades:

- Equipos locales compuestos por organismos de salud y servicios sociales
- Personal de hospitales de cuidados intensivos
- Personal de organismos de servicios de la comunidad (solo exención de discapacidad intelectual)
- Personal de clínicas de atención de desarrollo infantil (solo exención de discapacidad de desarrollo)

Exenciones basadas en el hogar y la comunidad

Virginia brinda una variedad de servicios de exención (como cuidado personal) basados en el hogar y la comunidad, los cuales están dirigidos a pacientes específicos. Cada exención ofrece servicios especializados para que las personas consideradas elegibles puedan permanecer en sus comunidades. Estas personas reciben atención médica primaria e intensiva de sus MCO y servicios de exención en los cuales están inscritos (con su respectivo transporte) gracias a los programas pago-por-servicio. Las exenciones son:

Exención de personas mayores o individuos con discapacidades (EDCD, por sus siglas en inglés) con servicios contratados (directamente) por el consumidor:- ofrece asistencia en la comunidad a personas mayores e individuos con discapacidades. Estas personas pueden elegir recibir servicios contratados directamente por la agencia, servicios contratados directamente por el consumidor o una combinación de ambos siempre y cuando sea médicamente apropiado y no se ofrezcan servicios duplicados.

Exención de discapacidad de desarrollo (DD) para individuos y familias - brinda asistencia en la comunidad y no en centros de cuidados intermedios. La exención DD está destinada a niños o personas mayores de 6 años quienes no padezcan una discapacidad intelectual o al menos no hayan sido diagnosticados aún. Estas personas (1) deben cumplir con los criterios de nivel de cuidado de centros de atención médica intermedios para individuos con discapacidades intelectuales (ICF/IID), (2) estar en riesgo de ser ubicado en un ICF/IDD y (3) se determine que los cuidados de exención basados en la comunidad le permitirán a la persona permanecer en su hogar en lugar de ser derivado a un ICF/IID.

Exención de discapacidad intelectual (ID) - ofrece asistencia en la comunidad, no en centros ICF/IID a personas mayores de 6 años que padezcan trastornos de desarrollo o discapacidad intelectual.

Exención de asistencia tecnológica (Tech) - ofrece cuidados médicos en la comunidad para aquellas personas que dependen de ayuda tecnológica médica y necesiten cuidados de enfermería continuos y considerables.

Exención de atención médica diurna (DS) para personas con discapacidad intelectual (ID) - ofrece servicios basados en la comunidad y el hogar a personas con discapacidad intelectual quienes requieran el nivel de cuidado proporcionado en los centros ICF/IID y estén en la lista de espera para recibir exención ID.

Exención para pacientes con enfermedad de Alzheimer (ALL) - solo son elegibles aquellas personas que vivan en un asilo autorizado, sean beneficiarios de servicios auxiliares (AG) y tengan diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otra demencia relacionada y que no tengan un diagnóstico de enfermedad mental o discapacidad intelectual.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derecho a...

- Presentar una solicitud para recibir asistencia médica.
- Recibir información por escrito sobre las políticas de elegibilidad específicas.
- Recibir una confirmación en tiempo y forma.
- Recibir una notificación por escrito con la decisión final.
- Que su información personal y su condición de salud se mantengan de manera confidencial.
- Ser informado sobre vencimientos o reducciones de cobertura con la debida antelación.
- Apelar decisiones, tales como:
 - negación, finalización o reducción de su elegibilidad con Medicaid;
 - retrasos en las decisiones concernientes a su elegibilidad;
 - negación, finalización o reducción de los servicios incluidos en su cobertura con Medicaid.

Usted es responsable de...

- Completar los formularios de solicitud y renovación de manera correcta.
- Suministrar toda la información que se le solicite. En caso de tener algún inconveniente para proporcionar dicha información, comunicarse con su trabajador de elegibilidad
- Informarle a su trabajador de elegibilidad si posee otro seguro médico que cubra sus cuentas.
- **Comunicarle** a su trabajador de elegibilidad de **manera inmediata** cualquier cambio que se produzca, como por ejemplo:
 - Cambio de domicilio, nacimiento de un hijo, muerte de un miembro de su familia, contracción de matrimonio, nuevo empleo, inscripción o baja de otro seguro médico o cualquier otro cambio que se produzca en su estructura familiar.
 - Interrupción o pérdida de embarazo.
 - Cambios en su condición financiera (ingresos ganados devengados o no devengados como Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, trabajo, cambio de empleo, transferencia de activos o herencia). Algún seguro médico que cubra los gastos de sus cuentas.
 - Presentación de una demanda por lesiones personales a causa de un accidente.
- Asistir a todas las citas programadas.
- Mostrarle a su proveedor de servicios médicos su credencial de Medicaid u otra credencial de seguro médico que posea cuando solicite atención médica.

FRAUDE Y OTRAS RECUPERACIONES

En Medicaid se considera fraude a la retención, falsificación y el ocultamiento intencional de información con el propósito de conseguir beneficios de Medicaid. Se incurre en fraude cuando un proveedor de servicios médicos factura a Medicaid prestaciones de servicios que no han sido concretados o cuando un afiliado le cede su número de Medicaid a una persona no elegible para obtener atención médica.

Toda persona que haya sido sentenciada en un tribunal penal por fraude deberá hacerse responsable por las pérdidas ocasionadas a Medicaid (pago de demandas y primas de administración de atención médica) y no podrá recibir beneficios por un año luego de establecida la sentencia. Además, la sentencia puede incluir una multa por hasta \$25,000 y hasta 20 años de prisión. Es posible también que usted deba reembolsar el programa Medicaid por las demandas y primas de administración de atención médica que fueron pagadas durante los periodos en que usted no calificaba como elegible debido a conductas no consideradas delitos penales. Usted debe denunciar cualquier caso de fraude y abuso ante el Departamento de Servicio Social o ante la Unidad de Auditoría del Beneficiario (RAU, por sus siglas en inglés) perteneciente al Departamento de Servicios de Atención Médica (DMAS, por sus siglas en inglés) al teléfono (804) 786-0156. También puede comunicarse a las siguientes líneas de teléfono en caso de denuncias por posibles fraudes: (804) 786-1066 (local) y línea gratuita 1 (866) 486-1971. También puede denunciar casos de fraude y abuso vía e-mail a recipientfraud@dmas.virginia.gov.

Medicaid también puede recuperar los gastos incurridos por servicios o pago de primas de administración de atención médica en nombre de afiliados no elegibles quienes no tenían la intención de cometer fraude. **Esto incluye el reembolso por los servicios médicos recibidos durante el proceso de apelación, siempre que se haya estimado la acción de la agencia.** El tiempo de reembolso es ilimitado.

Si usted está inscrito en una MCO de Medicaid, Medicaid abona todos los meses a MCO las primas de su cobertura, incluso si usted no utiliza los servicios médicos ese mes. Las primas representan pérdidas para el programa y se pueden recuperar si usted resulta no elegible en algún periodo anterior. Si usted no resulta elegible en meses anteriores por haber proporcionado información falsa o por haberse producido cambios con su asistente social, es posible que deba hacerse cargo de las primas mensuales.

Responsabilidad civil de terceros y demandas por daños personales

Si usted ha sufrido lesiones en un accidente y presenta una demanda por daños y perjuicios, debe comunicarse con su trabajador de elegibilidad de modo que Medicaid pueda exigir al responsable del accidente el pago pertinente. Usted deberá proporcionarle a su trabajador la fecha del accidente/lesión, el tipo de accidente y el nombre del abogado o de la compañía aseguradora, en caso de tenerlos.

Recuperación de patrimonio

Es su obligación declarar ante la oficina del Departamento de Servicios Sociales local la muerte de un afiliado de Medicaid. El Departamento de Servicios Sociales cerrará el archivo del afiliado. Sin embargo, Medicaid puede recuperar dinero de la herencia de un afiliado de Medicaid mayor a 55 años. La recuperación ocurrirá solo luego de la muerte de cualquier cónyuge viviente y solo si no hubieran hijos dependientes menores o discapacitados. Para más información sobre recuperación de patrimonio, vea la ficha técnica en la página web del Departamento de Servicios Sociales.

CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una apelación de una acción relacionada con la elegibilidad inicial o para la continuidad en Medicaid. Esto incluye el retraso del procesamiento de su solicitud, medidas para rechazar su solicitud de servicios médicos, o una medida para reducir o cancelar la cobertura después de haberse determinado su elegibilidad.

Para solicitar una apelación sobre elegibilidad, notifique a DMAS y/o a su MCO por escrito la medida con la cual está en desacuerdo dentro de los 30 días siguientes al recibo de la notificación de la agencia sobre la medida. Puede escribir una carta o llenar un formulario de solicitud de apelación. Los formularios están disponibles en el sitio web dmas.virginia.gov (servicios a clientes).

Sea específico con respecto a la acción o decisión que desea apelar. Incluya una copia de la notificación sobre la medida, si la tiene. Asegúrese de firmar la carta o el formulario.

Puede enviar las solicitudes de apelación por correo a:

Appeals Division
Department of Medical Assistance Services
600 E. Broad Street
Richmond, Virginia 23219
Teléfono: (804) 371-8488
Fax: (804) 452-5454

Con respecto a la reducción o cancelación de la cobertura, si su solicitud es realizada antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida, y esta está sujeta a apelación, su cobertura podría continuar pendiente del resultado de la apelación. Sin embargo, usted podría tener que pagarle al programa Medicaid por cualquier servicio que reciba durante el período de cobertura continuada si se ratifica la medida de la agencia. Después que usted presente su apelación, se le notificará la fecha, hora y lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias pueden llevarse a cabo por teléfono.

La decisión del funcionario de audiencia es la decisión administrativa final emitida por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. Sin embargo, si está en desacuerdo con la decisión del funcionario de audiencias, podrá apelarla en el tribunal del distrito.

INFORMACIÓN PRIVADA

Cuando usted recibe servicios médicos de agencias como DMAS, puede ser que estas agencias requieran información médica (de salud) personal. Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, la información sobre su salud está protegida. La información del paciente incluye datos relacionados a: (1) su condición o salud mental pasada, presente y futura, (2) cuidados de la salud que esté recibiendo, o (3) pagos de los cuidados de la salud pasados, presentes y futuros.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En esta sección se detalla la manera en la que se pueden utilizar y divulgar sus datos así como también la manera en la que usted puede acceder a ellos. **Por favor, analícela con cuidado.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener copias de los archivos de su caso y su historial médico
- Corregir sus archivos o expedientes
- Requerir comunicación confidencial
- Solicitar restricción de la información que se comparte
- Tener una lista de las personas que tienen acceso a su información
- Obtener una copia de la presente notificación de privacidad
- Elegir un representante
- Presentar una demanda si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido vulnerados

Sus opciones

Usted puede elegir la manera en la que utilizamos y compartimos su información ya que nosotros:

- Respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Ofrecemos asistencia en caso de situaciones extremas

Nuestros usos y divulgaciones

Nosotros podemos hacer uso y compartir su información, ya que:

- Ayudamos a administrar los tratamientos de salud que usted recibe
- Administramos nuestra empresa
- Somos responsables de los servicios de atención médica que usted utiliza
- Administramos su plan de salud

- Lo asesoramos en temas de seguridad y salud pública
- Llevamos a cabo investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a los pedidos de donación de órganos y tejidos y trabajamos con médicos forenses y director de funeraria
- Abordamos compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otros requerimientos gubernamentales
- Respondemos a demandas de acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de información sobre su salud, usted goza de ciertos derechos.

En esta sección se describen cuáles son sus derechos y nuestras responsabilidades a la hora de ayudarlo.

Obtenga una copia de los archivos de su caso y su historial médico

- Usted puede pedir, ver o conseguir una copia de su historial médico y archivos de casos o cualquier otra información de índole médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o resumen de su historial y registros en un plazo de 30 días a partir de la fecha de petición. Podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos ocasionados por suministrarle las fotocopias de los registros.

Solicítenos corrección de historial médico y archivo de casos

- Usted puede solicitarnos que modifiquemos su historial médico y archivo de casos si usted considera que están incompletos o son incorrectos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros podemos rechazar su petición pero lo haremos por escrito en un término de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales.

- Usted puede solicitarnos que nos contactemos por algún medio en particular (teléfono laboral, teléfono personal) o mandar un correo a una dirección diferente a la proporcionada.
- Consideraremos todos los pedidos de manera razonable. Es nuestro deber aceptar su petición si usted considera que le ocasionaremos problemas si hacemos lo contrario.

Solicite límite de uso y divulgación de información

- Usted puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos determinados datos por cuestiones de tratamiento, pagos u otras operaciones.
- Nosotros podemos no estar de acuerdo con su pedido. En tal caso, le denegaremos su pedido si compromete su cuidado médico.

Solicite una lista de las personas con las cuales compartimos la información

- Usted puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos 6 años. Puede saber con quién se compartió esa información y por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos, operaciones de cuidados de la salud, entre otras (como alguna que nos haya solicitado). Le proporcionaremos una lista gratis por año. En caso de solicitar otra lista dentro de los siguientes 12 meses, se le hará un recargo en base a los costos de administración ocasionados.

Solicite una copia de la presente notificación de privacidad.

Usted puede solicitar una copia por escrito de la presente notificación, incluso si ha aceptado recibirla por correo electrónico. Nosotros le proporcionaremos la copia en tiempo y forma.

Nombre un representante.

- Si usted ha designado un representante legal o tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información personal.
- Nosotros nos aseguraremos que esa persona sea competente y pueda actuar en su nombre ante cualquier acción que debamos realizar.

Interponga una demanda si usted considera que su derecho a la privacidad ha sido vulnerado.

- Si usted siente que sus derechos han sido vulnerados, puede presentar una denuncia. Contáctese con nosotros utilizando la información detallada en la página 1.
- Usted puede presentar una demanda ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos mediante carta enviada a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775. También puede visitar la página web **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- No tomaremos represalias por presentar una demanda.

Sus opciones

Comuníquenos sus elecciones en relación a la información sobre su salud que divulgamos. En caso de tener alguna preferencia con respecto a la información que compartimos, comuníquese con nosotros. Cuéntenos qué es lo que desea hacer y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tienen derecho a:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos o demás personas involucradas en el pago por los servicios prestados
- Compartir información ante una situación de emergencia

En caso de no comunicar sus preferencias, por ejemplo en una situación en la cual usted se encuentre inconsciente, nosotros compartiremos su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando su salud o su seguridad estén en peligro.

Nosotros *nunca* compartimos o vendemos información con fines comerciales.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos y divulgamos su información?

Por lo general, nosotros utilizamos o compartimos información sobre su salud de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de cuidados de la salud que usted recibe

Nosotros podemos hacer uso de su información y compartirla con otros profesionales de la salud con quienes usted se esté tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre un diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos acordar los servicios adicionales.

Administramos nuestra empresa

- Nosotros podemos utilizar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- Nosotros no podemos utilizar información genética para decidir sobre cuestiones de elegibilidad o precio de su cobertura. Esto no aplica en los planes de cuidados a largo plazo.

Ejemplo: Nosotros utilizamos información médica para ofrecer mejores servicios.

Somos responsables de sus servicios de atención médica

Nosotros podemos hacer uso y divulgar información médica porque pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Nosotros compartimos información médica con su dentista para coordinar los pagos por los servicios dentales recibidos.

Administramos su plan de salud

Nosotros podemos compartir su información médica con el patrocinador de su plan de salud por cuestiones administrativas.

Ejemplo: Su compañía acuerda con nosotros brindar un determinado servicio de atención médica. Nosotros le proporcionamos a la compañía determinadas estadísticas para fundamentar las primas que les cobramos.

¿Cómo utilizamos y divulgamos su información médica?

Nosotros estamos autorizados para compartir su información de varias maneras - generalmente por cuestiones de bien público, como salud o investigación públicas. Nosotros debemos respetar los términos y condiciones impuestos por ley para divulgar información médica por propósitos específicos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Lo asesoramos en temas de seguridad y salud pública

Nosotros podemos compartir información médica en las siguientes situaciones:

- Evitar enfermedades
- Ayudar en el retiro de productos
- Informar sobre los efectos secundarios de los medicamentos
- Denunciar abuso, negligencia o violencia familiar
- Evitar o reducir amenazas contra la seguridad y salud de las personas

Llevamos a cabo investigaciones

Nosotros podemos utilizar o compartir su información para realizar investigaciones médicas.

Cumplimos con la ley

Nosotros compartimos su información si las leyes federales o estatales así lo requieren, incluso si el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea corroborar que estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federales.

Respondemos a los pedidos de donación de órganos y tejidos y trabajamos con médicos forenses y directores de funerarias

- Nosotros podemos compartir información médica con organizaciones de adquisición de órganos.
- En caso de muerte, nosotros podemos compartir información médica con médicos forenses, médicos examinadores o directores de funerarias.

Abordamos compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otros requerimientos gubernamentales

- Nosotros podemos utilizar o compartir su información para:
- Presentar demandas por remuneración de trabajadores
- Hacer cumplir la ley
- Supervisar actividades autorizadas por ley
- Llevar a cabo funciones gubernamentales especiales (militar, seguridad nacional y servicios de protección presidencial)

Respondemos demandas de acciones legales

Nosotros podemos compartir información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Nosotros debemos mantener la privacidad y seguridad de su información médica.
- Nosotros le comunicaremos de inmediato cualquier situación que pueda comprometer la privacidad y seguridad de sus datos.
- Nosotros debemos respetar las obligaciones y prácticas privadas descritas en esta notificación y entregarle una copia.
- Nosotros no utilizaremos o compartiremos sus datos para fines que no hayan sido detallados en el presente documento a menos que usted nos autorice mediante notificación por escrito. En caso de arrepentimiento, podemos modificarlo. Presente un informe por escrito en caso de arrepentimiento.

Cambios en los términos y condiciones de la presente notificación: Nosotros podemos modificar los términos y condiciones de esta notificación. Dichos cambios aplican a todos los datos personales que estén en nuestro poder. Una vez solicitada, la nueva notificación estará disponible por correo o en nuestra página web.

Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

DEFINICIONES

Actividades de la vida diaria

Cuidados personales (ir al baño, vestirse, bañarse, desplazarse, comer y alimentarse). El grado de dependencia de un individuo para realizar estas actividades diarias determina el nivel y las necesidades de cuidado.

Trasferencia de activos

Los solicitantes y beneficiarios de Medicaid deben recibir remuneración por transferencias de dinero, propiedad u otros activos.

Representante legal

Persona legalmente autorizada por escrito a llevar a cabo asuntos personales y financieros en nombre de una persona.

Administrador de caso

Trabajador de elegibilidad del departamento de servicios sociales que se encarga de procesar las solicitudes para determinar la elegibilidad de Medicaid y hacer un seguimiento de los casos. Esta es la persona con quien debe ponerse en contacto para realizar cambios de dirección o ingreso, o para informar problemas tales como no haber recibido la tarjeta de Medicaid.

Asistente de solicitudes certificado

Voluntario capacitado por el gobierno y autorizado por usted para asistirlo con su solicitud.

Coseguro

Pagos de Medicare, Medicaid u otro seguro médico de los cuales el paciente debe hacerse cargo.

Copago

Dinero que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros recibidos.

DMAS

Departamento de Servicios de Atención Médica, organismo que administra el programa Medicaid en Virginia.

DSS

Departamento de Servicios Sociales, organismo responsable que determina la elegibilidad para recibir asistencia médica y provee servicios sociales relacionados. Esto incluye departamentos de servicios sociales locales.

Fraude

Retención u ocultación de información deliberada. Suministrar información falsa para obtener o tratar de obtener beneficios de Medicaid.

Medicamentos genéricos

Copias de medicamentos idénticos a los medicamentos de marca en lo que respecta a dosis, seguridad, fuerza, calidad, rendimiento y uso previsto. La Administración de Alimentos y Medicamentos requiere que los medicamentos genéricos sean de la misma calidad, fuerza, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. Los laboratorios de medicamentos genéricos no tienen los mismos costos de inversión que los laboratorios de medicamentos de primeras marcas, por lo tanto los medicamentos genéricos son más económicos.

Mercado de seguros médicos (HIM)

Mercado federal en línea para planes de seguros médicos privados. Las personas pueden comprar seguros médicos, comparar planes privados y determinar

si califican para obtener un subsidio para ayudar a pagar el seguro médico.

Administración de atención médica

La prestación de servicios de atención médica destaca la relación entre proveedores de atención médica primarios (PCP) y los afiliados de Medicaid (denominado "hogar médico"). El objetivo de la administración de atención médica es tener un punto central a través del cual se coordinan todos los servicios médicos. La administración de atención médica ha mejorado el acceso a los cuidados médicos, han promovido el cumplimiento y responsabilidad de los pacientes al momento de buscar atención médica, han contribuido a la continuidad de los cuidados médicos, han fomentado los cuidados preventivos y han producido mejores resultados. La mayoría de los miembros de Medicaid Virginia deben recibir atención médica a través de organizaciones de atención médica (MCO).

MCO

Las Organizaciones de administración atención médica son planes de salud contratados para proporcionar y coordinar servicios médicos por medio de redes de proveedores.

Medicaid

Programa de asistencia que ayuda a pagar servicios médicos a determinadas personas y familias con bajos recursos.

Necesidades médicas

Servicios necesarios y razonables para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el rendimiento físico.

Pago del paciente	Es posible que las personas con ingresos considerables deban contribuir con el costo de los servicios de cuidados a largo plazo.
Instrumento uniforme de evaluación (UAI)	Formulario de evaluación de preadmisión completado por un equipo que evalúa la habilidad de los solicitantes para realizar actividades diarias.
Proveedor de cuidados primarios (PCP)	El médico o la clínica que provee la mayor parte de los cuidados médicos personales deriva a otros proveedores de la salud cuando es necesario y monitorea la salud de los afiliados de Medicaid. Un PCP puede ser un especialista en medicina interna, pediatra (médico para niños), obstetra/ginecólogo (médico para mujeres) o determinados departamentos o clínicas de salud.
Recursos (Activos)	Los activos comprenden dinero en mano, dinero depositado en banco o caja de seguridad, acciones, bonos, certificados de depósito, fideicomiso o planes prepagos para sepelios; autos, botes, pólizas de seguro de vida e inmuebles.
SSI	Seguridad de ingreso suplementario es un programa federal administrado por la Administración de Seguridad Social que paga mensualmente los beneficios de personas discapacitadas, ciegas o individuos mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los niños ciegos y discapacitados pueden recibir los beneficios de SSI.

DIRECCIONES, TELÉFONOS Y SITIOS WEB

Departamentos de servicios sociales locales en su ciudad o condado

Consulte las páginas azules del gobierno de la guía telefónica en caso de requerir la siguiente información:

- Preguntas sobre cómo solicitar Medicaid o consultar si usted es elegible para el programa
- Informar cambios de domicilio, ingreso u otro acontecimiento importante
- Preguntas sobre evaluaciones de preadmisión para servicios de cuidados a largo plazo
- Hojas técnicas sobre elegibilidad para Medicaid

Departamento de Servicios Sociales de Virginia

Para preguntas o consultas sobre las acciones del personal contratado por el departamento de servicios sociales local, escriba al Departamento de Servicios Sociales de Virginia, Bureau of Customer Service, 801 E. Main Street, Richmond, Virginia 23219. Usted puede comunicarse con las líneas de atención al cliente, llamando al 1-800-552-3431 o enviando un correo electrónico a citizen.services@dss.virginia.gov.

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

- Para información sobre **apelaciones** de Medicaid, llame al (804) 371-8488
- Gestión médica del cliente (**CMM**) 1-888-323-0589
- Servicios dentales, **Smiles for Children**, 1-888-912-3456
- Para más información sobre **FAMIS y Medicaid**, llame a Cover Virginia 1-855-242-8282. Para informar fraude o abuso a Medicaid, comuníquese con la Unidad de Auditoría del Beneficiario perteneciente al Departamento de Servicios de Atención Médica al (804) 786-0156 con el departamento de servicios sociales local (804) 786-1066 o con las líneas gratuitas 1-866-486-1971.
- Línea gratuita del programas de Pago de Primas de Seguro de Salud (**HIPP**) 1-800-432-5924
- Para solicitar más información sobre la inscripción en **Administración de atención**, cuadros comparativos e información de contacto de MCO llame al 1-800-643-2273 o visite la página web <http://www.virginiamanagedcare.com>
- Por problemas relacionados con las facturas de pago o servicios de su proveedor de servicios médicos, llame a las líneas de ayuda al beneficiario al (804) 786-6145, o escriba a la Unidad de Servicios al Beneficiario a la dirección que se encuentra en la tapa de este manual

- **Transporte:** Si necesita trasladarse a un centro de atención médica cubierto por Medicaid y no está inscrito en MCO, llame a la línea de **Logisticare**, 1-866-386-8331.
- Los proveedores de servicios médicos emiten las solicitudes de tratamiento con previa autorización a **KePRO**, la compañía de gestión de servicios médicos de Virginia. Los servicios que no requieren autorización previa son farmacias, planes dentales y transporte.
- Para información sobre servicios de salud mental y comportamiento llame a Magellan al 1-800-424-4046 o visite la página web www.magellanofvirginia.com

Información del sitio web Cover Virginia www.coverva.org

Centros de servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov

Administración de Seguridad Social www.ssa.gov

Departamento de Salud de Virginia www.vdh.virginia.gov

Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia
www.dmas.virginia.gov

Departamento de Servicios Sociales de Virginia www.dss.virginia.gov

CommonHelp commonhelp.virginia.gov

OTROS RECURSOS

Programas de beneficios

Elegibilidad para Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Asistencia de calefacción y refrigeración y otros programas de beneficios determinados por el DSS local.

www.dss.virginia.gov/ o commonhelp.virginia.gov

CoverVA.org – Los ciudadanos de Virginia pueden obtener información sobre Medicaid, el Mercado Federal de Seguros de Salud y otras opciones de cuidados médicos de la comunidad en el nuevo sitio web de Cover Virginia. Los habitantes de Virginia que no tengan computadora pueden solicitar su cobertura Medicaid o FAMIS a través de los centros de atención al cliente de Cover Virginia 1-855-242-8282.

Healthcare.Org – Para adquirir su seguro de salud privado, usted puede acceder en línea al Mercado Federal de Seguros de Salud o llamar al 1-800-318-2596. Ellos determinarán si usted es elegible para acceder a los créditos de impuestos federales o subsidios, los cuales le serán de ayuda para pagar su seguro médico.

Medicare

Los beneficiarios de Medicare, familiares y guardianes legales que necesiten obtener la información más reciente sobre inscripciones en Medicare, beneficios y otras herramientas de ayuda pueden visitar el sitio web Medicare.gov o el sitio oficial del Gobierno de los Estados Unidos para beneficiarios de Medicare.

Senior Navigator

Visite el sitio web **Senior Navigator** para buscar programas, servicios e información de ayuda para ancianos, guardianes, *babyboomers* (persona nacida entre 1946 y 1965) y sus familias. El sitio web es www.seniornavigator.org

Administración de Seguridad Social

Para más información sobre beneficios y servicios de Seguridad Social, solicitud de tarjeta de Seguridad Social o solicitud de beneficios, visite el sitio web www.socialsecurity.gov

Virginia Easy Access

El programa Virginia Easy Access ofrece información para personas que necesiten asistencia médica prolongada en sus comunidades, preparación de emergencia, ayuda financiera, asilo, asesoramiento sobre sus derechos, transporte, asistencia para veteranos y demás enlaces relacionados. El enlace es www.easyaccess.virginia.gov.

También puede comunicarse con Virginia Easy Access al 211.