

MANUAL DE ASISTENCIA MÉDICA PARA FAMILIAS Y NIÑOS

Estado 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.....	4
Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.....	4
Cómo solicito la cobertura.....	4
¿Qué información y documentación debo presentar?	5
¿Quién toma la decisión?	6
¿Cuánto tiempo hay que esperar?	6
GRUPOS CUBIERTOS.....	8
Plan First.....	9
MEDICAID Y OTROS SEGUROS MÉDICOS.....	10
TARJETA MEDICAID VIRGINIA.....	11
CÓMO USAR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID.....	12
Medicaid.....	12
Administración de atención médica	12
Administración de Atención Médica del Cliente (CMM, por sus siglas en inglés)..	13
SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE MEDICAID.....	13
COPAGOS.....	16
BENEFICIOS DE MEDICAID.....	17
Servicios no cubiertos.....	22
SERVICIOS PARA NIÑOS/ Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).....	23
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO.....	25
Evaluación para servicios de atención a largo plazo.....	25
Exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar.....	25
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	27

FRAUDE Y OTRAS RECUPERACIONES.....	28
Responsabilidad de terceros y demandas por daños personales.....	28
CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR UNA APELACIÓN.....	30
INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD.....	30
DEFINICIONES.....	35
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES.....	38
OTROS RECURSOS.....	39

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 recibir cobertura de seguro médico a partir de 2014 o, de lo contrario, podrían ser multados. Si usted actualmente tiene acceso a los beneficios de Medicaid o FAMIS (Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico) y su situación no va a cambiar, es muy probable que siga disfrutando de dichos beneficios. Cuando sea tiempo de renovar su cobertura, el DSS local se encargará de revisarlo 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 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, en www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Medicaid

Medicaid (a veces llamado "FAMIS Plus") es un programa de asistencia médica que ayuda a pagar sus cuidados médicos. Para ser elegible para la asistencia médica usted debe tener ingresos limitados (y recursos para ciertos grupos), y debe pertenecer a uno de los grupos de personas que cubre Medicaid. Ver sección de grupos cubiertos en la página 8.

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 provee tanto cobertura completa como cobertura limitada.

- La cobertura completa provee una amplia gama de beneficios que incluye médicos, hospitales y servicios de farmacia.
- Las personas y las familias que califiquen como *spenddown* (pago deducible) tienen cobertura durante tiempo limitado; la cobertura limitada también incluye a hombres y mujeres que podrían ser elegibles para servicios de planificación familiar a través de Plan First.

FAMIS (en inglés, Acceso Familiar a Seguro Médico) (programas médicos similares para niños, padres y mujeres embarazadas) y Medicaid para mayores de edad, individuos ciegos y discapacitados tienen manuales por separado. Los manuales se encuentran disponibles en el sitio web de DMAS y la oficina local de DSS.

¿Cómo solicito la cobertura de atención médica?

Usted puede completar la solicitud para obtener atención médica de Virginia en línea en el sitio web de CommonHelp: <https://commonhelp.virginia.gov/access/>. Puede imprimir un formulario de solicitud desde el sitio web del DSS de Virginia: www.dss.virginia.gov/form/. También puede contactar la oficina del DSS local en la ciudad o condado donde vive para poder retirar una solicitud impresa o pedir que se la 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. Las solicitudes para obtener asistencia médica también se aceptan a través del Centro de atención al cliente de Cover Virginia en el siguiente número de teléfono 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 los representantes legales, tutores, apoderados y representantes autorizados por el solicitante. Se aceptan firmas electrónicas y telefónicas. Los formularios pertenecientes a niños menores de 18 años deben ser firmados por el padre, tutor, adulto representante autorizado o pariente a cargo conviviente. Los niños 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, en su rol de padre, puede presentar la solicitud en nombre de su hijo. No se requiere entrevista personal. A través de CommonHelp, usted puede designar un asistente para que lo ayude a completar la solicitud, sin embargo, esa persona no puede firmar la solicitud por usted.

En el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS, por sus siglas en inglés) hay una herramienta de evaluación que le ayudará a determinar si usted o alguien de su familia es elegible para asistencia médica. En el sitio web de VDSS <https://commonhelp.virginia.gov> y en el sitio web www.coverva.org usted podrá encontrar más información y las herramientas de evaluación. 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?

Las personas que soliciten la asistencia médica deben presentar su número de Seguro Social, declarar residencia en Virginia y podrían tener que presentar documentación de identidad y de ciudadanía estadounidense. Si usted no es ciudadano estadounidense, deberá presentar información y documentación sobre su condición migratoria. Algunos inmigrantes son elegibles para una cobertura de Medicaid completa; otros pueden ser elegibles solo para servicios de emergencia. Si usted se encuentra embarazada, deberá declarar la cantidad de bebés que está esperando y la fecha de parto estimada. Ya no se solicitan pruebas médicas de embarazo.

Usted debe detallar todos los ingresos que percibe en el formulario de solicitud. Los ingresos incluyen las fuentes de ingreso como salario por empleo o por empleo por cuenta propia, ingreso de Seguro Social, jubilación, beneficios por incapacidad para veteranos, pensión alimentaria, etc. En general, la manutención de los hijos no se considera como ingreso. Las fuentes contables de ingreso se suman y se comparan con el límite de ingresos para determinar la elegibilidad.

También se le harán preguntas sobre cómo declara sus impuestos para estar seguros de que contamos el ingreso de manera correcta e incluimos a las personas correctas de su hogar.

Los límites de ingreso varían según el grupo de individuos al que pertenece y el tipo de cobertura. Se evalúa el total de "ingresos brutos"; 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 importe de ingresos sin retenciones 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 abonar 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. Si se necesita un *spenddown*, se le pedirá que informe sus recursos y que provea verificación de su valor.

¿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 de 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 10 días hábiles para las mujeres que estén embarazadas y participen en el programa Every Woman's Life (la vida de cada mujer) del Departamento de Salud de Virginia **DESPUÉS** de que la agencia haya recibido la solicitud firmada.

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 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 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. En algunos casos, su cobertura Medicaid puede ser verificada antes de que se cumplan los 12 meses. 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 requiera 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 en su DSS local.

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 cobertura de Medicaid 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. En este caso, la RAU puede solicitar la 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**. Si el DSS no tiene su domicilio correcto, usted no recibirá una notificación cuando sea tiempo de renovar su cobertura de asistencia médica 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 de cobertura. Los servicios varían según el grupo cubierto.

Los **grupos cubiertos de Medicaid** para Familias y Niños son:

- **Mujeres embarazadas** (solteras o casadas) que tienen un ingreso familiar igual o menor al 143% del Índice Federal de Pobreza*
- **Niños:**
- desde el nacimiento hasta que alcanzan los 19 años de edad que tienen un ingreso familiar igual o menor al 143% del Índice Federal de Pobreza*
- Los niños menores de 21 años que se encuentran bajo cuidado tutelar o adopción subsidiada. Niños nacidos de madres elegibles para Medicaid
- Adultos menores de 26 años que estuvieron en el Hogar de Guarda de Virginia y recibían Medicaid cuando cumplieron 18
- Padres o parientes responsables que pertenecen al grupo de bajos ingresos llamado Familias de Bajos Ingresos con Niños Dependientes (**LIFC**, por sus siglas en inglés) - ver límites de ingresos en el sitio web que figura más abajo
- Personas **Médicamente Necesitadas** que cumplen con los requisitos de grupo de cobertura de Medicaid pero tienen un ingreso por encima del límite de las necesidades médicas
- Personas seleccionadas por el Programa Every Woman's Life del Departamento de Salud de Virginia (**BCCPTA**) que han sido diagnosticadas y necesitan tratamiento contra el cáncer de mama o de cuello uterino

Nota: Los niños desde el nacimiento hasta que alcanzan los 19 años de edad que tienen un ingreso familiar igual o menor al 143% del Índice Federal de Pobreza* pueden calificar para FAMIS

*Los Lineamientos del Índice Federal de Pobreza se encuentran disponibles en el sitio web de DSS en:

http://www.dss.virginia.gov/benefit/medical_assistance/index.cgi

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.**

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

Existen normas especiales que se aplican a los no residentes. Si una persona reúne las condiciones de uno de los grupos ya mencionados pero no es ciudadana de los Estados Unidos, su condición de inmigrante y la fecha de ingreso a los Estados Unidos afectan la elegibilidad para la cobertura Medicaid. Si la condición de inmigración afecta la cobertura de Medicaid, la persona puede ser elegible para que Medicaid pague por servicios limitados de atención médica de emergencia si se cumplen todos los demás requisitos de elegibilidad de Medicaid.

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 tenerlo) que usted paga a los proveedores como afiliados de Medicaid. 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 del seguro médico puede retrasarse.

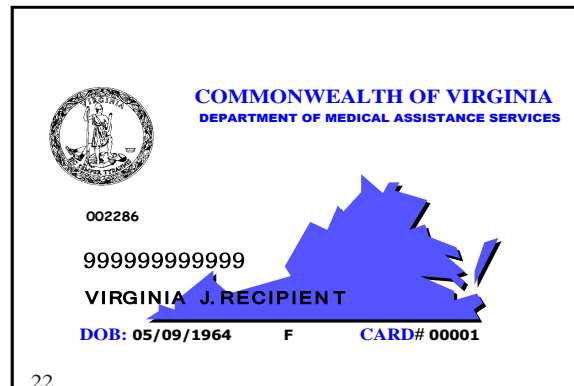
En algunos casos Medicaid abona reclamos por servicios cubiertos y más tarde se descubre que había otra fuente de pago disponible. En ese caso, Medicaid tratará de pedir el reintegro del dinero a la otra fuente, ya sea desde el seguro médico comercial, Medicare, indemnización del trabajador o seguro 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 seguros médicos 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. Su DSS local puede brindarle información acerca de este programa o puede llamar a la Unidad de Pago de Primas de Seguro Médico de DMAS al número 1-800-432-5924 o enviar un correo electrónico a: hippcustomerservice@dmas.virginia.gov.

TARJETA MEDICAID DE VIRGINIA

Si usted resulta elegible, recibirá una tarjeta de asistencia médica plástica azul y blanca (tarjeta Medicaid de Virginia) con su nombre y número de identificación impreso. **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 de 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 tarjeta nueva 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 DMAS ofrecen atención directamente a algunos de los participantes 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 de DMAS <https://www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal/SearchForProviders> Si el tipo de proveedor de servicios médicos que usted necesita no se encuentra en la lista de contactos, comuníquese con nuestra línea telefónica de asistencia al 804-786-6145.

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 médica. **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 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, es posible que usted tenga que 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 periodo de inscripción o tiene otras consultas referentes a su inscripción de administración de atención médica, llame a la línea de 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://www.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, 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 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 A TRAVÉS 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 del 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 salud mental y tratamientos de abuso de sustancias cubiertos por Medicaid mediante el programa pago por servicio para los miembros inscritos. También coordina los beneficios con las 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 una 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 los servicios de salud mental y del comportamiento comuníquese con Magellan al número 1-800-424-4046.

Cuidado dental: Smiles for Children

El Programa Smiles for Children brinda cobertura para diagnósticos, procedimientos preventivos, quirúrgicos/restauradores y servicios de ortodoncia para niños de Medicaid. El programa también brinda cobertura para adultos para algunas cirugías dentales siempre que sea necesario en términos médicos (mayores de 21 años). DentaQuest es el único administrador de beneficios dentales que coordina la entrega de todos los servicios dentales de Smiles for Children. Si usted necesita ayuda para encontrar un dentista o reservar un turno, por favor llame al número 1-888-912-3456 para hablar con un representante de Smiles for Children.

Admisión hospitalaria

Antes de ingresar a 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.

Servicios de Salud Escolar

Si su hijo es elegible para Medicaid o FAMIS y recibe servicios específicos relacionados con la salud en un Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés), los fondos federales disponibles para DMAS pueden ayudar a que la división de escuelas públicas pague por esos servicios relacionados con la salud. Los servicios relacionados con la salud incluyen, entre otros:

- terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla
- audiología
- enfermería
- servicios psicológicos y de salud mental
- servicios de cuidado personal
- exámenes de salud relacionados con Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico, y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés)
- la cobertura también puede incluir el transporte especializado durante los días que su hijo recibe un servicio relacionado con la salud

La cobertura de salud de su hijo para servicios fuera del sistema educativo no se verá afectada por la facturación de la escuela a Medicaid o FAMIS.

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 citas 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

Medicaid Virginia 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 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.

Los menores de 21 años no abonan copagos por servicios cubiertos por Medicaid.

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

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.

- BabyCare (incluso atención parto de maternidad)
- Servicios clínicos
- Tratamiento residencial comunitario para niños y adolescentes menores de 21 años
- Servicio Comunitario de Salud Mental y Discapacidad Intelectual
- Servicios de cuidados dentales
- Suministros y Equipos Médicos Duraderos (**DME**, por sus siglas en inglés)
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (**EPSDT**, por sus siglas en inglés) - los servicios especializados que se brindan con más frecuencia son:
- Tratamiento Residencial de Comportamiento
- Tecnología de Asistencia
- Terapia de Comportamiento
- Audífonos
- Fórmulas y Suplementos Nutricionales
- Cuidado Personal
- Enfermería de atención privada o especializada
- Servicios especializados para el tratamiento de necesidades médicas complejas
- Tratamiento por abuso de sustancias
- Servicios de intervención temprana
- Exámenes oculares
- Anteojos
- Servicios de planificación familiar
- Cintas para medir la glucosa
- Servicios de salud domiciliaria
- Servicios de cuidados de hospicio
- Atención hospitalaria - intrahospitalaria / ambulatoria
- Sala de emergencia
- Análisis de plomo en sangre
- Cuidados a largo plazo
- Programa El Dinero Sigue a la Persona (**MFP**, por sus siglas en inglés)
- Centro de enfermería
- Trasplante de órganos
- Cuidado Personal
- Servicios médicos
- Podología (cuidados para el pie)
- Servicios prenatales y de maternidad
- Medicamentos recetados por un médico
- 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 Cesación de Tabaco y Terapia de Sustitución de Nicotina para Mujeres Embarazadas
- Servicios de Transporte para Tratamientos Médicos
- Cuidado tutelar terapéutico (TFC, por sus siglas en inglés) - Administración de casos (CM, por sus siglas en inglés)

BabyCare - Administración de casos para las mujeres con embarazos de alto riesgo y los infantes menores de dos años que se encuentran inscritos en Medicaid, FAMIS y FAMIS MOMS. A través de BabyCare también hay servicios prenatales adicionales disponibles con el fin de ayudar a que las mujeres tengan resultados de embarazos positivos. Estos servicios son:

- Educación prenatal con diferentes temas como cesación de tabaco, preparación para el nacimiento y crianza
- Asesoramiento y evaluación nutricional
- Servicios de ayuda en las labores domésticas para afiliados que tienen órdenes médicas de hacer reposo total
- Tratamiento para el abuso de sustancias

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

Tratamiento residencial comunitario para niños y adolescentes menores de 21 años - Nivel A: El tratamiento residencial comunitario para niños y adolescentes menores de 21 años combina servicios terapéuticos que se brindan en un entorno residencial. El tratamiento residencial brindará una estructura de actividades diarias, psicoeducación, supervisión terapéutica y tratamiento psiquiátrico para asegurar el logro de los objetivos de la salud mental terapéutica como se identifica en el plan de servicio individual (plan de cuidados médicos). Además de recibir el tratamiento residencial terapéutico, el niño/adolescente debe recibir atención psicoterapéutica. Los costos de alojamiento y alimentación no se incluyen en el reembolso de este servicio. Solo programas o centros que contengan 16 camas o menos son elegibles para poder brindar este servicio.

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 de cuidados dentales: Los niños menores de 21 años son elegibles para recibir servicios integrales, esto incluye servicios de diagnóstico, servicios preventivos, procedimientos quirúrgicos/ restaurativos y ortodoncia. Las dentaduras, ortodoncias y coronas permanentes se encuentran bajo cobertura para menores de 21 años siempre y cuando sean recetadas por un dentista y tengan autorización previa del DMAS. La cobertura para adultos se limita a las cirugías bucales necesarias en términos médicos y a los servicios de diagnóstico asociados.

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

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés): Un programa médico preventivo para niños cuyo objetivo es evaluar los problemas de salud mediante exámenes periódicos e inmunizaciones en niños y adolescentes desde su nacimiento hasta que cumplen los 21 años con el fin de mantenerlos saludables. Es posible que los servicios que son necesarios en términos médicos, que se requieren para corregir o mejorar defectos y las enfermedades mentales que se descubren durante un examen de detección estén cubiertos como parte del programa EPSDT aún en los casos en los que no estén cubiertos por el plan médico de beneficio del Estado.

Intervención temprana: Administración de casos y otros servicios diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de los bebés o niños pequeños hasta tres años que tengan un retraso en el desarrollo. Este programa también ayuda a satisfacer las necesidades de la familia relacionadas con el mejoramiento del desarrollo del niño.

Exámenes oculares: Limitado a un examen cada dos años.

Anteojos: Cobertura solo para afiliados menores de 21 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 medicamento necesario, este plan cubrirá las cintas para medir la glucosa en sangre.

Servicios 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.

Atención hospitalaria:

- **Intrahospitalaria:** Admisión y asignación de una 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.

Análisis de plomo en sangre: El análisis de plomo en sangre es un requisito de todos los niños elegibles de Medicaid como parte de los exámenes de detección EPSDT a los 12 y 24 meses. También se realiza en todo niño entre los 36 y 72 meses de edad que no se haya realizado el análisis con anterioridad.

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 de la comunidad. Para más información visite www.olmsteadva.com/mfp/.

Centro 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 requieren autorización previa, excepto el trasplante de córnea.

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 y 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 del pie): 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.

Medicamentos recetados por 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. Contacte su Organización de administración de atención médica para conocer sus normas.

Tratamiento de diálisis para pacientes con insuficiencia renal: El servicio cubre visitas ambulatorias para realizar tratamiento de diálisis para pacientes que padecen una 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 Tratamiento Residencial (Nivel C): Servicios de Hospital Independiente y Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes menores de 21 años que, de acuerdo a lo identificado en el programa EPSDT, necesitan ayuda psiquiátrica para tratar desórdenes mentales, emocionales y de conducta severos. Estos servicios deben ser necesarios en términos médicos y requieren autorización previa.

Servicios Terapéuticos de comportamiento (Nivel B): El tratamiento residencial comunitario para niños y adolescentes menores de 21 años (hogares grupales) combina servicios terapéuticos que se brindan en un entorno residencial. Estos servicios brindarán una estructura para las actividades diarias, psicoeducación, supervisión terapéutica y tratamiento psiquiátrico para asegurar el logro de los objetivos de la salud mental terapéutica como se identifica en el plan de servicio individual (plan de cuidados médicos). Además de recibir el tratamiento residencial terapéutico, el niño/adolescente debe recibir atención psicoterapéutica. Los costos de alojamiento y alimentación no se incluyen en el reembolso de este servicio. Solo programas o centros que contengan 16 camas o menos son elegibles para poder brindar este servicio.

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>.

Cuidado tutelar terapéutico - Administración de casos: Servicios de Administración de Casos para niños que se encuentran en cuidado tutelar terapéutico.

MEDICAID NO CUBRE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Algunos de los servicios que se presentan a continuación pueden estar cubiertos para afiliados menores de 21 años que estén en el programa EPSDT*

- Abortos, excepto en casos necesarios para salvar la vida de la madre
- Acupuntura
- Gastos administrativos, como completar formularios y copiar registros
- Terapia por abuso de drogas y alcohol*
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios relacionados con la fertilidad
- Cancelación de turnos
- Medicamentos 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 quiroprácticos (con excepción de los provistos por el programa EPSDT*)
- Cirugía o tratamiento cosmético
- Guardería, esto incluye los servicios de cuidado para personas mayores (excepto en algunos casos de exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar)
- Prótesis dentales para afiliados 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 personas en riesgo)
- Atención hospitalaria por el tratamiento de enfermedad mental para afiliados menores de 65 años (a menos que tengan menos de 22 años y reciban servicios psiquiátricos)
- Atención médica de proveedores que no están inscritos o no aceptan Medicaid Virginia
- Servicios de cuidados personales (excepto en algunos casos de exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar o en casos que se encuentren bajo el programa EPSDT*)
- Enfermería de atención privada (excepto en algunos casos de exención de servicios basados en la comunidad o en el hogar o en casos que se encuentren bajo el programa EPSDT*)
- Pruebas psicológicas con fines escolares, por diagnósticos educativos, o por admisión o ubicación institucional, o por orden judicial (las pruebas psicológicas que realizan los organismos educativos locales dentro del Plan Educativo Individual están cubiertas por los servicios de salud escolar)
- Actividades educativas de recuperación

- Cuidados dentales de rutina para mayores de 21 años
- Exámenes físicos de rutina o exámenes físicos deportivos
- Esterilización para afiliados menores 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 PARA NIÑOS/EPSTDT

El Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSTDT, por sus siglas en inglés) es un programa de salud integral y preventivo para niños menores de 21 años que están afiliados a Medicaid que detecta y trata problemas de salud a través de:

- Controles médicos regulares (dentales, auditivos y de la vista)
- Diagnósticos de problemas
- Tratamientos dentales, auditivos, visuales y otros problemas médicos que se hayan descubierto durante los controles

EPSTDT ES GRATUITO:

- Medicaid pagará los controles médicos de EPSTDT.
- Medicaid pagará los tratamientos dentales, auditivos, visuales y otros problemas médicos que se hayan descubierto durante los controles.
- En caso de ser elegible para recibir el beneficio de transporte, Medicaid le brindará el servicio de transporte para la cita médica de su niño. Póngase en contacto con su MCO, de lo contrario, llame a la línea gratuita que figura a continuación: 1-866-386-8331.

Los exámenes de EPSTDT (controles médicos) serán realizados por el médico de su niño y deberán incluir:

- Un historial completo de la salud, nutrición y desarrollo de su niño
- Examen físico completo
- Educación sobre salud
- Control de crecimiento y desarrollo
- Pruebas de laboratorio
- Todos los niños deben hacerse la prueba de exposición al plomo a los 12 y 24 meses de edad o antes de los 6 años si no fueron evaluados previamente
- Vacunas/inmunizaciones, cuando sea necesario
- Control de la vista
- Control auditivo
- Remisión a un dentista a los tres años de edad

Los controles dentales deben realizarse cada 6 meses. Si necesita un dentista, póngase en contacto con Smiles for Children a través del número 1-888-912-3456.

Debe llevar a su hijo al médico para controles tempranos y periódicos. ¡Realizar los controles EPSDT de forma regular, aun cuando su hijo no está enfermo, es una forma de asegurarse de que se mantenga saludable!

Utilice el cuadro que se presenta a continuación para saber en qué momentos debe realizar los controles de su hijo:

Los bebés necesitan controles a los:	Los niños necesitan controles a los:	Los niños más grandes necesitan controles a los:	Los adolescentes necesitan controles a los:
3-5 días	15 meses	5 años	12 años
1 mes	18 meses	6 años	13 años
2 meses	2 años	7 años	14 años
4 meses	30 meses	8 años	15 años
6 meses	3 años	9 años	16 años
9 meses	4 años	10 años	17 años
12 meses		11 años	18 años
			19 años
			20 años

Hable con su médico para obtener más información sobre las vacunas

Hable con su médico si necesita un tratamiento o servicio para corregir o mejorar un problema que se encontró durante un control EPSDT, o para evitar que un problema empeore. Por lo general, hay servicios que están cubiertos por el programa EPSDT que no están cubiertos por Medicaid. Si su hijo necesita cuidados médicos especiales u otros servicios médicos que el PCP o médico de detección no pueden brindarle, es posible que su hijo sea derivado.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO (LTC, por sus siglas en inglés)

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. Cuando un niño ha sido examinado por un médico, hospitalizado por 30 días y necesita servicios LTC, los recursos e ingresos de sus padres no se incluirán en la determinación financiera. Si necesita servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid, póngase en contacto con su DSS local para obtener más información.

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 que corresponden a los niños 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, por sus siglas en inglés) para individuos y familias:** brinda asistencia en la comunidad y no en centros de cuidados intermedios para pacientes con discapacidad intelectual. La exención DD está destinada a

niños mayores de 6 años quienes tengan una afección relacionada y no hayan sido diagnosticados con una discapacidad intelectual. 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) deben estar en riesgo de ser ubicadas 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 Discapacidades Intelectuales (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 (IID):** 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.

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@dmass.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 la agencia la fecha del accidente/lesión, el tipo de accidente y el nombre del abogado o de la compañía aseguradora, en caso de tenerlos.

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) 371-8491

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 a las 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 e 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.

Para más información, visite:

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

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.

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.

EPSDT

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): es un programa médico preventivo para niños cuyo objetivo es evaluar los problemas de salud mediante exámenes periódicos e inmunizaciones en niños y adolescentes desde su nacimiento hasta que cumplen los 21 años. Es posible que los servicios que son necesarios en términos médicos para corregir o mejorar defectos y las enfermedades mentales que se descubren durante un examen de detección, estén cubiertos como parte del programa EPSDT aún en los casos en los que no estén cubiertos por el plan médico de beneficios del Estado.

FAMIS

El Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica (FAMIS, por sus siglas en inglés) es un programa integral de seguros médicos para los niños de Virginia que ayuda a pagar la atención médica de niños menores de 19 años y mujeres embarazadas (FAMIS MOMS). FAMIS tiene límites de ingresos más altos que Medicaid.

FAMIS Plus

Un programa de asistencia que ayuda a pagar por la atención médica de niños menores de 19 años cuyo ingreso familiar se encuentra dentro del 133% del Índice Federal de Pobreza para el tamaño de la familia.

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

Una Organizaciones de administración de atención médica es un plan de salud contratado 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.

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.

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.

**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 y adultos ciegos o 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 www.citizen.services@dss.virginia.gov

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

- 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 (si 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

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 Servicios Sociales de Virginia www.dss.virginia.gov
CommonHelp <https://commonhelp.virginia.gov/access/>

OTROS RECURSOS

El departamento local de servicios sociales determina la elegibilidad para **la Asistencia Médica, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), la Asistencia de Calefacción y Refrigeración y la Asistencia para el cuidado de menores** www.dss.virginia.gov

CommonHelp es un servicio web que le permitirá:

- Realizar la prueba de elegibilidad para beneficios de servicios sociales
- Solicitar servicios y beneficios (esto incluye renovaciones)
- Comprobar el estado de los beneficios
- Informar cambios

CoverVa.org: Los habitantes del Estado de Virginia pueden obtener información sobre Medicaid, El Mercado Federal de Seguros Médicos y otras opciones de asistencia médica comunitaria en el sitio web de Cover Virginia. Los habitantes de Virginia que no tengan acceso a una computadora pueden solicitar los servicios de Medicaid o FAMIS llamando a la línea telefónica de Cover Virginia al 1-855-242-8282.

www.healthcare.gov: Las personas pueden acceder al Mercado Federal de Seguros Médicos en línea mediante el sitio web o llamando al 1-800-318-2596 para adquirir un seguro de salud privado. Ellos pueden determinar si son elegibles para obtener subsidios de créditos fiscales federales para ayudar a pagar el seguro médico.

Los servicios de **Intervención Temprana** se encuentran disponibles en todo el Estado de Virginia para ayudar a familias con bebés y niños (menores de tres años) que tienen retrasos de desarrollo o discapacidades. Póngase en contacto con Infant & Toddler Connections of Virginia llamando al 804-786-3710 o visite el siguiente sitio web www.infantva.org.

Head Start es un programa de enseñanza preescolar financiado por el gobierno federal que atiende a niños de bajos ingresos y a sus familias. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Educación local o visite el siguiente sitio web www.headstartva.org.

El programa **Virginia Healthy Start Initiative** está diseñado para reducir la mortalidad infantil en las siguientes áreas: Norfolk, Petersburg, Portsmouth y el condado de Westmoreland. Póngase en contacto con el coordinador del programa Healthy Start del Departamento de Salud de Virginia al 804-864-7764 o visite el siguiente sitio web www.vdh.virginia.gov/LHD/threeriv/HealthyStart.htm.

Las **escuelas** son enlaces clave para mejorar la salud de los niños. Las escuelas ayudan a identificar los problemas de salud de los niños e informan a las familias sobre la Asistencia Medicaid y el programa EPSDT. Para obtener más información visite el sitio web del Departamento de Educación de Virginia: www.doe.virginia.gov/students_parents/.

Las adolescentes corren alto riesgo de tener resultados desfavorables en nacimientos, tanto en términos médicos como en términos sociales. El programa Resource Mothers Program capacita y supervisa a mujeres para servir como un apoyo social a adolescentes embarazadas y padres adolescentes de niños pequeños. Este programa ayuda a que las adolescentes embarazadas de bajos ingresos reciban cuidados prenatales y otros servicios comunitarios, realicen prácticas saludables y continúen la escuela. Además promueve la participación del padre del niño y de los padres adolescentes para crear un hogar estable y acogedor. Para obtener más información, póngase en contacto con la División de Salud de Mujeres y Niños, Departamento de Salud de Virginia al (804) 864-7768 o visite el siguiente sitio web www.vdh.state.va.us.

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños es un programa de educación nutricional y alimentos suplementarios que brinda cupones para la compra de alimentos nutritivos específicos. Brinda asistencia nutricional a mujeres durante la etapa de embarazo, posparto, lactancia materna, bebés y niños menores de cinco años con necesidades nutricionales y financieras. El médico de su niño o proveedores de exámenes EPSDT deben derivar a los bebés y niños que son elegibles al departamento de salud local para obtener más información y determinar su elegibilidad. Póngase en contacto con ellos llamando al 1-888-942-3663 o visite el sitio web www.wicva.com/