MANUAL DE ASISTENCIA MÉDICA

Estado de Virginia
Departamento de Servicios de Atención Médica

www.dmas.virginia.gov

Departamento de Servicios de Asistencia Médica
600 East Broad Street
Richmond, Virginia 23219-1857

Nuestra misión es mejorar la salud y el bienestar de los virginianos ofreciéndoles acceso a cobertura de seguro médico de calidad.

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL 1
GRUPOS CON COBERTURA 7
PLAN FIRST 9
MEDICAID Y OTROS SEGUROS 10
TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA 11
CÓMO USAR LA COBERTURA DE MEDICAID 12
ATENCIÓN MÉDICA POR MEDIO DE MEDICAID 14
SERVICIOS DE TRANSPORTE 17
COPAGOS 20
SERVICIOS CON COBERTURA 21
¿QUÉ SERVICIOS NO TIENEN LA COBERTURA DE MEDICAID? 25
SERVICIOS PARA NIÑOS O EL PROGRAMA EPSDT. 27
SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO 28
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES 29
FRAUDE Y OTRAS INDEMNIZACIONES 30
CUÁNDO Y CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN 31
INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD 33
SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES 33
DEFINICIONES 37
DIRECCIONES, NÚMEROS TELEFÓNICOS, SITIOS WEB 40
RECURSOS 41

Información general

Programas de Asistencia médica en Virginia

El Departamento de Servicios de Atención Médica de Virginia (DMAS) administra los programas de Asistencia médica en Virginia. Las dependencias locales del Departamento de Servicios Sociales (DSS), Cover Virginia o el Mercado de Seguros Médicos Federales determinan cuáles son los requisitos para los programas.

Nota especial en vigor a partir del 1 de enero de 2019

Normas generales para personas que podrían llenar los requisitos en el grupo de cobertura de adultos con Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés)

Los adultos de entre 19 y 64 años de edad que llenan los requisitos usando la metodología MAGI (con base en las normas tributarias) podrían ahora reunir las condiciones necesarias para obtener la cobertura total de Medicaid. Un adulto con MAGI tiene que llenar los requisitos de ciudadanía, cumplir las pautas de ingresos, no debe llenar los requisitos para obtener la cobertura de Medicare Parte A o Parte B ni estar recibiendo dicha cobertura, no puede estar embarazada y actualmente no debe llenar los requisitos para obtener la cobertura obligatoria de Medicaid ni estar inscrito en dicha cobertura.

El **Mercado de Seguros Médicos Federales**

Al evaluar o renovar su caso, se le informará por escrito sobre cualquier medida que se haya tomado. Si se deniega su solicitud o si pierde la cobertura de Medicaid o FAMIS, se envía automáticamente una referencia al Mercado de Seguros Médicos Federales a fin de evaluar qué requisitos tiene disponibles para obtener la cobertura del Mercado y brindarle ayuda para inscribirse en un programa de seguro médico. Si necesita ayuda para solicitar asistencia o seguro médico, visite el sitio web de Cover Virginia, www.coverva.org, o llame sin costo al: 1-855-242-8282 • TDD: 1-888-221-1590. Para solicitar inmediatamente seguro médico, subsidios o Crédito tributario anticipado para el pago de primas (APTC, por sus siglas en inglés), visite el sitio web del Mercado de Seguros Médicos Federales, www.healthcare.gov, o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 855-889-4325).

Medicaid

Medicaid es financiado por los gobiernos estatales y federales. Medicaid y FAMIS Plus (también conocido como Medicaid para niños) son los programas de Asistencia médica de Virginia que ofrecen ayudan para pagar el seguro médico a las personas que llenan los requisitos. Para llenar los requisitos necesarios con fines de obtener la Asistencia médica, usted debe tener un ingreso limitado (y recursos limitados para ciertos grupos) y debe estar en uno de los grupos de personas con la cobertura de Medicaid. Consulte la sección de Grupos con cobertura en la página 8.

No todas las personas con facturas médicas altas llenan los requisitos, pero todas las personas dentro de un grupo con cobertura reciben el mismo tratamiento.

Medicaid ofrece cobertura total o limitada.

- La **cobertura total** ofrece una gama completa de beneficios médicos tales como servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos para las personas que no están inscritas en Medicare.

- **Cobertura limitada**
  - Las personas y las familias que cumplen con la pauta de aportación limitada (como se describe en la página 4) tienen cobertura **total** limitada temporalmente.
  - La cobertura **limitada a la planificación familiar** también se ofrece por medio de Plan First a hombres y mujeres que reúnen los requisitos de ingresos.

- La **cobertura del Programa de ahorros de Medicare** ofrece pagos de Medicaid por las primas de Medicare Parte A y/o Parte B. Los solicitantes con ingreso más bajo también podrían recibir pagos de deducibles y coseguros de Medicare, hasta los pagos máximos de Medicaid.

- **Requisitos Presuntivos en Hospitales (HPE, por sus siglas en inglés):** La Ley de Atención Médica al Alcance de su Bolsillo (ACA, por sus siglas en inglés) exige a los estados que permitan a los hospitales autorizados inscribir, por tiempo limitado y con base en sus requisitos presuntivos, a los pacientes que cumplen las pautas de ciertos grupos de cobertura de Medicaid. El Departamento de Servicios de Atención Médica (DMAS) es responsable de coordinar el Acuerdo HPE con los hospitales autorizados, proporcionar capacitación y asistencia técnica, y supervisar el uso adecuado de las inscripciones de HPE. El HPE no está a disposición de personas que ya están activamente inscritas en Medicaid o FAMIS. El personal local de evaluación de requisitos no determina cuáles son los requisitos para el HPE.

Nota: Los manuales de FAMIS (Garantía de Acceso Familiar a Seguro Médico), programa similar de seguro médico para niños con límites mayores de ingresos; FAMIS MOMS, programa para mujeres embarazadas; y Plan First (programa de planificación familiar de Virginia) están disponibles a través de Cover Virginia www.coverva.org o la dependencia local del Departamento de Servicios Sociales. FAMIS ofrece cobertura para varios de los mismos servicios que Medicaid, salvo el servicio de transporte (véase página 19), EPSDT (véase páginas 28 y 29) y LTSS (véase páginas 31 y 32).

¿Cómo solicito la Asistencia médica?

No se requiere una entrevista presencial. Se puede completar en línea una solicitud para la Asistencia médica de Virginia en el sitio web de CommonHelp https://commonhelp.virginia.gov/access/ o llamando por teléfono al 1-855-242-8282, la línea sin costo de Cover Virginia. El formulario de solicitud para obtener la Asistencia de Medicaid se puede imprimir en www.coverva.org (seleccione la pestaña de "Apply"). Usted también puede comunicarse con la dependencia local del DSS en la ciudad o condado donde vive para obtener una solicitud. Los números telefónicos de las dependencias locales del DSS (a veces llamadas "servicios humanos" o "servicios familiares") figuran en las páginas azules del directorio telefónico y en línea en www.dss.virginia.gov/localagency/. Las solicitudes también se pueden presentar en algunos hospitales.

La persona de 18 años de edad o mayor que necesita la asistencia tiene que firmar la solicitud, salvo que esta haya sido completada y firmada por algún tutor legal, custodio, apoderado o representante autorizado del solicitante. Si el niño es menor de 18 años de edad, tiene que firmar la solicitud un padre, tutor, representante adulto autorizado o cuidador adulto familiar con quien vive dicho menor. Los niños menores de 18 años de edad no pueden solicitar la cobertura por sí mismos, salvo que se hayan emancipado. Sin embargo, si un menor de 18 años de edad tiene un hijo propio, como padre podrá presentar una solicitud por el hijo. Usted puede nombrar un asesor o navegador de solicitud por medio de CommonHelp para que lo ayuden a completar una solicitud,

pero esa persona no puede firmar la solicitud en su nombre. Se aceptan las firmas electrónicas, pero las firmas telefónicas solo pueden aceptarse en Cover Virginia.

Hay una herramienta de evaluación de requisitos disponible en el sitio web de Cover Virginia: www.coverva.org/button_eligibility.cfm. Esta puede ayudar a determinar si usted o alguien de su familia podría llenar los requisitos para obtener la Asistencia médica. Se puede obtener más información en el sitio web de VDSS, commonhelp.virginia.gov, o en el sitio web de Cover Virginia, www.coverva.org. La decisión definitiva con respecto a los requisitos la tomará un trabajador de requisitos en su dependencia local del DSS o en Cover Virginia.

¿Qué me preguntarán?

A los solicitantes de Asistencia médica se les hace una serie de preguntas, pero también tendrán que proporcionar su número de seguro social, declarar si son residentes de Virginia, y se les podría pedir que proporcionen documentación de identidad que compruebe ciudadanía estadounidense. Si usted no es ciudadano estadounidense, tiene que proporcionar información y documentos acerca de su condición migratoria. Algunos inmigrantes pueden llenar los requisitos para obtener la cobertura total de Medicaid; otros puede llenar los requisitos para obtener pagos de Medicaid solo para los servicios de emergencia.

Si usted está embarazada, se le preguntará cuántos bebés espera dar a luz y la fecha estimada de parto. No se requiere que presente comprobante médico de embarazo.

Se le preguntará si tiene alguna afección médica o si se necesita Asistencia médica en el hogar. Esta información se utiliza para asegurar que se le colocará en el plan de atención médica administrado correcto.

Si usted declara que no puede trabajar debido a una discapacidad, se le preguntará si ha solicitado los beneficios por discapacidad, o si ha apelado una denegación de discapacidad.

Ingresos

Los ingresos que recibe deben enumerarse en la solicitud. Los ingresos incluyen el ingreso ganado, tales como sueldos y salarios del trabajo autónomo, así como otros ingresos tales como seguro social, pensiones de jubilación, ciertos beneficios para veteranos con discapacidades, pensión alimenticia, etc. Por lo general no se cuenta la manutención de menores recibida. Las fuentes contables de ingreso se suman y se comparan al límite de ingreso para determinar los requisitos. También se le harán preguntas acerca de cómo declara sus impuestos para asegurar que estemos contando el ingreso correcto para su solicitud. La mayoría de los límites de ingreso se basan en las pautas del Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) y están disponibles en el sitio web del DMAS: www.dmas.virginia.gov/#/eligibilitypolicy.

Los límites de ingreso varían de acuerdo con el grupo y el tipo de cobertura. Para algunos grupos, los límites de ingresos varían según el condado o la ciudad donde vive. Se evalúa el “ingreso bruto” total; se permiten las deducciones según la política de Medicaid, y la cantidad de ingreso restante se compara con el límite adecuado de Medicaid. El “ingreso bruto” es la cantidad antes de declarar impuestos o cualquier deducción del ingreso que se haya retenido. Sus facturas y sus deudas no se consideran cuando calculamos si sus ingresos se encuentran dentro del límite de Medicaid.

Algunas personas que cumplen todos los requisitos de Medicaid, salvo los ingresos, podrían ser colocadas en un plan de "aportación limitada". La cantidad de aportación limitada es similar a un deducible de seguro médico: si los gastos médicos son superiores a la cantidad de aportación limitada, la persona podría llenar los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid por un período de tiempo limitado. Si se requiere una aportación limitada, se le pedirá que presente un informe de sus activos y que proporcione el comprobante de su valor. La política de aportación limitada solo aplica a los grupos de cobertura con necesidades médicas; véase las páginas 8 y 9.

Recursos (Activos)

Se le podría requerir que proporcione información acerca de todos los recursos que le pertenecen a usted o a su cónyuge. Para ciertos grupos de cobertura, los recursos no se evalúan y no requieren verificación. Un recurso puede ser dinero disponible, en una cuenta bancaria o en una caja fuerte; acciones; bonos; certificados de depósito; fideicomisos; o planes de sepelio prepagados. Los recursos también incluyen artículos tales como automóviles, camiones, barcos, pólizas de seguro de vida o bienes inmuebles. Para ciertos grupos de cobertura, se tienen que presentar informes sobre los recursos; no obstante, no todos los recursos se consideran cuando se determinan los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid. Por ejemplo, se debe presentar un informe que contenga la titularidad de todos los vehículos, pero la titularidad de un vehículo no se considera un recurso contable para los fines de Medicaid.

Si el valor de sus recursos es superior al límite de recursos de Medicaid al solicitar la cobertura de Medicaid, podría llenar los requisitos para la cobertura de Medicaid si reduce el valor de sus recursos a un nivel inferior al límite. **Un recurso que se venda o se done (incluso a un miembro de la familia) por debajo de su valor podría ser causa de que no llene los requisitos para obtener la cobertura de servicios de atención a largo plazo de Medicaid por un periodo de tiempo. El "periodo de penalización" se determina comparando la cantidad de recursos transmitidos con la tarifa promedio del hogar de ancianos.**

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Transmisión de activos

Si necesita los servicios LTSS (anteriormente conocidos como atención a largo plazo), ya sea en un hogar de ancianos o en su hogar, se le pedirá que describa todas las transmisiones de activos (recursos) que se hayan llevado a cabo en los últimos cinco (5) años. Estas transmisiones pueden incluir acciones tales como la transmisión del título de un vehículo, eliminar su nombre de una escritura de propiedad, establecer un fideicomiso o donar dinero. Los solicitantes o participantes de Medicaid que transmiten (venden, donan o desechan) activos sin recibir suficiente compensación podrían no llenar los requisitos para recibir los pagos de los servicios de atención a largo plazo de Medicaid por un período de tiempo. Es posible que algunas transmisiones de activos no afecten los requisitos dependiendo de las circunstancias o si el programa de Medicaid determina que la denegación de los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid provocaría una dificultad indebida. Las transmisiones que se lleven a cabo después del período de inscripción en Medicaid también podrían resultar en una penalización sobre el pago de sus servicios de atención a largo plazo.

Normas especiales para personas casadas

Medicaid se vale de normas especiales para determinar los requisitos de cobertura de Medicaid cuando un miembro de una pareja casada recibe la atención a largo plazo y el otro miembro no la

recibe. Estas normas se denominan “protecciones de empobrecimiento conyugal”. Los recursos se evalúan para determinar cuánto se puede reservar para el cónyuge que no necesita los LTSS sin afectar los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid del otro cónyuge. Estas “reglas especiales para personas casadas” no aplican a los adultos con MAGI que necesitan o solicitan los LTSS.

Se podría solicitar una revisión de recursos (evaluación de recursos) sin presentar una solicitud de Medicaid cuando un cónyuge es paciente en un hogar de ancianos. Salvo que el solicitante llene los requisitos para ser adulto con MAGI, se tiene que completar una evaluación de recursos cuando una persona hospitalizada casada con un cónyuge de la comunidad solicita la cobertura de Medicaid, incluso si la pareja no cohabita.

Dado que la política de los LTSS es bastante compleja, comuníquese con su dependencia local del DSS si tiene más preguntas. El personal de la dependencia local del DSS no asesorará a ninguna persona acerca de cómo llenar los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid, pero podrá proporcionar información detallada de la política concerniente a su solicitud.

Normas para los adultos con MAGI que reciben los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Las personas que se encuentran en ciertas categorías de adultos con MAGI podrían recibir los LTSS (también conocidos como atención a largo plazo); sin embargo, se debe declarar y evaluar cualquier transmisión de activos, fideicomisos, rentas vitalicias y patrimonio neto de la vivienda.

¿Quién toma la decisión y cuánto tiempo tarda?

Una vez que se reciba una solicitud firmada, un trabajador de requisitos determinará si usted cumple los requisitos de un grupo de cobertura de Medicaid (véase la sección sobre los Grupos con cobertura en la página 8) y si sus recursos (de ser necesario) y sus ingresos se encuentran dentro de los límites requeridos. La cantidad de ingresos y recursos que usted puede tener, y aún llenar los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid, dependerá de cuántos miembros de familia viven en el mismo hogar y los límites establecidos para su grupo de cobertura.

UNA VEZ QUE la agencia haya recibido la solicitud firmada y se haya proporcionado toda la información requerida, la decisión sobre los requisitos de su solicitud de Medicaid se emitirá:

(1) dentro de un plazo de 45 días naturales **O**
(2) dentro de un plazo de 90 días naturales si se requiere una determinación de discapacidad **O**
(3) dentro de un plazo de 10 días hábiles para mujeres embarazadas o participantes en el programa de la Ley sobre el Tratamiento y la Prevención del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino —BCCPTA, por sus siglas en inglés— ofrecido por medio del programa Every Woman’s Life del Departamento de Salud de Virginia (véase la página 9).

Se le enviará por correo o se le entregará un aviso escrito en el que se indicará si su solicitud ha sido aprobada o denegada. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación (véase la sección sobre **Cuándo y cómo presentar una apelación** en la página 35).

¿Cuándo comienza la Asistencia médica?

La cobertura de Medicaid por lo general comienza el primer día del mes en el que presenta su solicitud y se ha determinado que llena los requisitos. La cobertura puede comenzar desde tres

meses antes del mes en que usted presentó la solicitud si usted recibió un servicio médico durante ese período y cumplía con todos los requisitos. Esto se conoce como cobertura retroactiva. La cobertura del grupo Beneficiario que llena los requisitos de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) **siempre** comienza el mes **posterior** a la aprobación. La cobertura de aportación limitada comienza una vez que se haya cumplido la pauta de aportación limitada y continúa hasta el término del período de aportación limitada. Los Servicios de emergencia de Medicaid cubren un número fijo de días determinados como médicamente necesarios. En el aviso se indicará cuándo comienza a llenar los requisitos. Comuníquese con su dependencia local del DSS o Cover Virginia si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicaid.

¿Cómo puedo mantener la cobertura?

Una vez que se haya aprobado la cobertura de Medicaid, esta continuará durante el tiempo que se sigan llenando los requisitos. La cobertura de Asistencia médica **tiene que** ser evaluada al menos cada 12 meses para determinar si continúa llenando los requisitos para dicha cobertura. Si esta evaluación anual no se lleva a cabo, se podría cancelar la cobertura. En algunos casos, la cobertura de su Asistencia médica podría ser evaluada antes de que se cumplan los 12 meses. Su dependencia local del DSS le enviará un aviso cuando corresponda llevar a cabo su evaluación anual. Se le podría pedir que complete un formulario y presente un comprobante de sus ingresos actuales. Algunas personas también tendrán que proporcionar comprobantes actuales del valor de sus recursos.

EXCEPCIÓN: Las personas que cumplen las pautas de aportación limitada están inscritas en un período cerrado de cobertura que no supera los seis (6) meses y deben cumplir otras pautas de aportación limitada para que la cobertura continúe.

Si se le pide que complete un formulario o envíe un comprobante de ingresos o recursos, es sumamente importante que lo haga **de inmediato**. Si usted no proporciona la información antes del plazo dado, podría cancelarse la cobertura de Asistencia médica. Si usted necesita ayuda para completar los formularios, comuníquese con su trabajador de requisitos en su dependencia local del DSS.

En algunas ocasiones sus requisitos podrían ser evaluados por otro período de 12 meses sin que su trabajador se comunique con usted. Si la dependencia local del DSS puede renovar la cobertura de Asistencia médica con información conocida por la agencia o disponible de fuentes electrónicas, recibirá un aviso en el que se le informará que la cobertura ha sido evaluada y la fecha de su próxima renovación anual. Usted también puede renovar la cobertura en una computadora al visitar el sitio web de CommonHelp o por teléfono llamando a Cover Virginia al **1-855-242-8282**.

RECUERDE: Usted debe informarnos sobre cualquier cambio de circunstancias (tales como mudarse a un condado o ciudad distintos, cambios en los ingresos o la adquisición de una cobertura de seguro médico) **dentro de un plazo de 10 días de haberse dado el cambio**. Usted puede informarnos sobre dichos cambios en el sitio web de CommonHelp, llamando a Cover Virginia o comunicándose con su dependencia local del DSS. Usted no puede recibir la cobertura de Asistencia médica en más de un estado al mismo tiempo.

***ES DE SUMA IMPORTANCIA* que nos informe de inmediato si se muda o se cambia de domicilio.** Si no tenemos el domicilio correcto en nuestros registros, es posible que no reciba un aviso cuando

corresponda renovar la cobertura de Asistencia médica y **la cobertura podría cancelarse**. Infórmenos de inmediato sobre cualquier cambio para proteger la cobertura.

Si el cambio que nos informa afecta a sus requisitos para recibir la cobertura de Asistencia médica, se evaluará su caso y se le enviará un aviso sobre el resultado. Si usted solicita o es evaluado para otro programa ofrecido por los servicios sociales [tales como SNAP (cupones para alimentos) o TANF (Ayuda Temporal a Familias Necesitadas)], el trabajador de requisitos podría renovar su Asistencia médica al mismo tiempo y extender su cobertura por otro período de 12 meses a partir de esa fecha.

Si usted continúa recibiendo la cobertura aun cuando haya incumplido con su deber de informarnos de manera oportuna, su caso podría ser remitido a la Unidad de Auditoría de Beneficiado (RAU, por sus siglas en inglés) del DMAS para una evaluación de un presunto fraude de Asistencia médica. Dicha evaluación podría resultar en una orden de reembolso de los cobros por servicios médicos en su nombre o de las primas pagadas a una Organización de Atención Administrada para cubrir los servicios médicos.

Grupos con cobertura

Las leyes federales y estatales describen los grupos de personas que podrían llenar los requisitos para obtener la cobertura de Asistencia médica, denominados "grupos con cobertura de Asistencia médica". Las personas que cumplen con las pautas de un grupo con cobertura podrían llenar los requisitos para obtener la Asistencia médica si los ingresos y los recursos (si requieren ser evaluados) se encuentran dentro de los límites requeridos para un grupo de cobertura. Los servicios podrían variar según el grupo de cobertura. Los recursos no se evalúan para los grupos de MAGI salvo que se soliciten los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés). Los límites de ingresos varían según la cantidad de personas que vivan en el hogar.

Los **grupos con cobertura de Asistencia médica** para familias y niños son los siguientes:

- Las **mujeres embarazadas** cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 143% del límite del FPL (Nivel de pobreza federal) para las Mujeres embarazadas de Medicaid o ingresos familiares entre el 143% y el 200% del FPL (más el 5% del ingreso no considerado) para los requisitos del programa FAMIS MOMS.

- **Niños**
  - Desde el nacimiento a la edad de 19 años cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 143% del límite del FPL.
  - Desde el nacimiento a la edad de 19 años cuyos ingresos familiares sean entre el 143% y el 200% (más el 5% del ingreso no considerado) del límite del FPL podrían llenar los requisitos para el programa FAMIS.
  - Niños menores de 21 años que se encuentran bajo cuidado de crianza o adopciones subsidiadas.
  - Bebés nacidos de mujeres que llenan los requisitos de Medicaid o mujeres que llenan los requisitos de FAMIS MOMS.

- **Adultos**
  - Menores de 26 años de edad que estaban bajo cuidado de crianza y recibiendo la cobertura de Medicaid cuando cumplieron los 18 años de edad (anteriormente en cuidado de crianza).
  - Entre los 19 y 64 años de edad que son padres o familiares de un cuidador adulto que vive con un hijo menor de 19 años de edad cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 133% (más el 5% del ingreso no considerado) del límite del FPL (adultos con MAGI).
  - **NUEVO: expansión de la cobertura a partir del 1-1-2019**
    Entre los 19 y 64 años de edad que no tienen hijos y cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 133% (más el 5% del ingreso no considerado) del límite del FPL (adultos con MAGI).

- Personas **médicamente necesitadas** que llenan los requisitos para el grupo con cobertura, tienen ingresos superiores al límite de los **médicamente necesitados**, y llenan los requisitos para una aportación limitada

- El programa de la **Ley sobre el Tratamiento y la Prevención del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino** (BCCPTA, por sus siglas en inglés) incluye a personas a quienes les hayan realizado pruebas de detección por medio del programa Every Woman's Life del Departamento de Salud de Virginia (o las personas que viven en el norte de Virginia y el programa Project Wish) y a quienes les hayan diagnosticado y necesiten tratamiento para el cáncer de mama y de cuello uterino. Mediante un acuerdo entre el estado de Virginia y el Distrito de Columbia (DC), se les permite a los residentes del norte de Virginia (las ciudades de Alexandria, Fairfax, Falls Church, Manassas, Manassas Park y los condados de Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William) realizarse pruebas de detección y obtener diagnósticos de cáncer de mama y de cuello uterino y de afecciones precancerosas mediante el DC Center for Disease Control (Centro de Control de Enfermedades de DC) y el programa de prevención Project Wish.

Los **grupos con cobertura de Asistencia médica para adultos mayores, ciegos y discapacitados** son los siguientes:

- **Adultos mayores** (65 años de edad o mayores), **ciegos** o **personas discapacitadas** (que se determinan con base en las normas de la Administración del Seguro Social)
  - que reciben **Ingresos de seguridad complementarios** (SSI, por sus siglas en inglés) y que cumplen las pautas de límites de recursos de Medicaid **O**
  - que tienen ingresos que no superan el 80% del límite del FPL **O**
  - que tienen ingresos hasta de un 300% del importe de pago de los **Ingresos de seguridad complementarios** (SSI) y han sido evaluados y aprobados para recibir los servicios en un hogar de ancianos o por medio de una de las Exenciones de Atención Domiciliaria y Comunitaria de Medicaid

- Participantes de **Subsidio Auxiliar** (AG, por sus siglas en inglés) en centros de vida asistida u hogares de acogida para adultos.

- **Personas con ingresos de hasta un 80%** del FPL que son ciegas o discapacitadas, al menos de 16 años de edad pero menores de 65 años edad, y que trabajan o pueden trabajar (programa **MEDICAID WORKS**).

- Personas **médicamente necesitadas** que llenan los requisitos de los grupos con cobertura de Medicaid, pero tienen un exceso de ingresos.

- **Personas con enfermedad terminal** y que han elegido recibir cuidado **terminal**.

Los Grupos con cobertura relacionados con Medicare (Planes de ahorro de Medicare o MSP): las personas que llenan los requisitos para recibir la cobertura de Medicare Parte A y que cumplen las pautas de los siguientes grupos con cobertura podrían recibir cobertura limitada de Medicaid. Medicaid paga los gastos de Medicare en nombre de estos beneficiarios de Medicare según se indica a continuación (los límites de recursos aplican a todos los grupos con cobertura relacionados con Medicare).

- **Beneficiarios de Medicare que llenan los requisitos (los QMB):** los ingresos deben ser iguales o inferiores al 100% del límite del Nivel de pobreza federal. Medicaid paga las primas de Medicare Parte A y Parte B y los coseguros y deducibles que Medicare no paga.

- **Beneficiarios de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB, por sus siglas en inglés):** los ingresos deben ser entre el 100% y el 120% del límite del FPL. Medicaid paga las primas de Medicare Parte B.

- **Personas que llenan los requisitos (QI, por sus siglas en inglés):** los ingresos deber ser iguales o superiores al 120% pero inferiores al 135% del límite FPL. Medicaid paga las primas de Medicare Parte B.

- **Trabajadores discapacitados que llenan los requisitos (QDWI, por sus siglas en inglés):** Medicaid puede pagar las primas de Medicare Parte A para ciertas personas discapacitadas que pierden la cobertura de Medicare a causa de su trabajo. Estas personas deben tener ingresos inferiores al 200% del FPL y los recursos deben ser iguales o inferiores a $4,000 para una persona soltera o $6,000 para una pareja.

Servicios de emergencia para no ciudadanos

Existen normas especiales que aplican a los no ciudadanos. Si una persona cumple los requisitos para uno de los grupos con cobertura total, pero no es ciudadano estadounidense, entonces su condición migratoria y su fecha de entrada a los Estados Unidos afectan a los requisitos para obtener la cobertura de Asistencia médica. Si la condición migratoria afecta a la cobertura de Asistencia médica, es posible que la persona pueda llenar los requisitos para los pagos de Medicaid restringidos a tratamientos médicos de emergencia si llena todos los demás requisitos para obtener la cobertura de Medicaid.

Plan First: Programa de Servicios de Planificación Familiar de Virginia

Los hombres y las mujeres que cumplen los requisitos de ingresos, pero no llenan los requisitos para un grupo con cobertura total de Asistencia médica pueden reunir las condiciones para la cobertura limitada de Asistencia médica conocida como Plan First, si los ingresos contables del hogar se encuentra entre el 138% y el 200% del límite del FPL. Plan First cubre lo siguiente:

- exámenes anuales para hombres y mujeres con fines de planificación familiar, tales como las pruebas de Papanicoláu para mujeres con el fin de detectar cáncer de cuello uterino; pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) —incluidos los servicios de laboratorio— y educación y asesoramiento de planificación familiar;

- procedimientos de esterilización;
- transporte a los servicios de planificación familiar, y
- la mayoría de los anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) —métodos proporcionados por un clínico u obtenidos mediante prescripción médica—.

A las personas que solicitan la cobertura total o que pierden la cobertura total porque ya no cumplen las pautas de un grupo con cobertura total se les podría evaluar los requisitos para el programa Plan First.
Si los solicitantes no desean que se les considere para la inscripción de Plan First, deben marcar "no" en la solicitud para excluirse. Si seleccionan la opción, las personas de 65 años de edad o mayores o los padres de personas menores de 19 años de edad pueden solicitar una determinación de requisitos en este grupo de cobertura. Los participantes del programa Plan First serán remitidos al Mercado de Seguros Médicos Federales para que los evalúen con respecto al Crédito tributario anticipado para el pago de primas o a las reducciones del reparto de costos. A las personas inscritas se les emitirá una tarjeta de identidad aparte para el programa Plan First. Si se emitió otra tarjeta de Asistencia médica mientras estaba inscrito anteriormente en otro programa de Asistencia médica, esta ya no tendrá validez.

MEDICAID Y OTROS SEGUROS

Si usted ya tiene un seguro médico (incluido Medicare), es probable que todavía pueda obtener la cobertura de Medicaid. El otro seguro siempre se factura primero. Tener otros seguros médicos no cambia la cantidad del copago de Medicaid (si lo hubiera) que usted paga a los proveedores como inscrito en Medicaid. Si usted elimina la cobertura de seguro médico privado o se inscribe en un plan de seguro médico privado, infórmeselo a su trabajador de requisitos. Si no se lo informa, se podrían retrasar los pagos de las facturas médicas.

Algunas veces Medicaid paga las reclamos de servicios con cobertura y posteriormente se descubre que estaba disponible otra fuente de pago. En este caso, el DMAS tratará de recobrar el dinero de la otra fuente, ya sea del seguro comercial, Medicare, indemnización por accidente laboral o seguro de responsabilidad (si el reclamo es por un accidente). El acuerdo sobre "Cesión de derechos de atención médica y pagos a terceros" se incluye en la solicitud de Asistencia médica. Si una aseguradora le paga a usted después de que Medicaid ya haya pagado la misma factura, usted deberá enviar el dinero al DMAS.

Programas de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, por sus siglas en inglés)
La Asistencia médica podría ayudar a cubrir los costos de las primas del seguro médico privado cuando se cumplen ciertos criterios. Los Programas HIPP solamente reembolsan las primas de los planes de seguro médico grupales patrocinados por empleadores, no las de pólizas individuales. El DSS puede proporcionar información con respecto a este programa o usted puede llamar a la Unidad de Pago de Primas de Seguro Médico del DMAS al 1-800-432-5924 o enviar un correo electrónico a HIPPcustomerservice@dmas.virginia.gov.
1 de noviembre de 2018, Medicaid de Virginia presentó un nuevo portal en línea, llamado HIPP Online, que sirve para cargar documentos anuales y trimestrales del HIPP. El HIPP Online

ofrecerá funciones diseñadas para que los miembros de HIPP ahorren tiempo y aumenten su control sobre la información de HIPP. Las funciones incluyen lo siguiente:

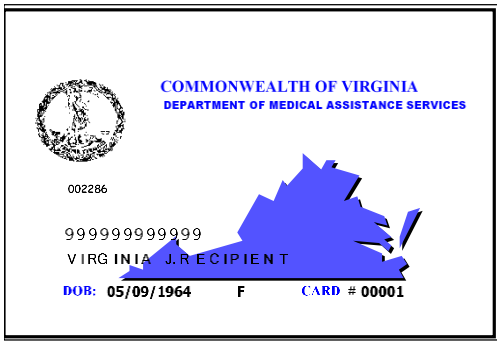
- portal en línea seguro para recibir actualizaciones anuales y trimestrales,
- recordatorios automáticos para presentar documentos, y
- confirmaciones del sistema para indicar que la información ha sido cargada satisfactoriamente.

Visite el sitio web del HIPP, www.dmas.virginia.gov/#/hipp, para acceder a este nuevo portal y registrarse en HIPP Online.

TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA

TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA

Al determinarse que llena los requisitos para obtener la cobertura, se le enviará por correo una tarjeta plástica del programa de Asistencia médica en el que aparecerá impreso su nombre, fecha de nacimiento, género y número de identificación. Es su responsabilidad presentar su Tarjeta de Asistencia médica del estado de Virginia (COV) a los proveedores al momento de acudir a los servicios y asegurarse de que el proveedor acepte pagos del programa de Asistencia médica de Virginia. **Los beneficiados de la cobertura de FAMIS reciben la misma tarjeta.** Si usted tiene una tarjeta de Asistencia médica de Virginia porque usted llenaba los requisitos anteriormente, **consérvela**. Esta tarjeta volverá a tener validez si se restituye su cobertura, y cuando se restituya.



Tarjeta de Asistencia médica de COV

Tarjeta de Plan First

El uso de sus tarjetas médicas

Cada miembro de su familia que llena los requisitos para la Asistencia médica recibirá su propia tarjeta (salvo que la persona solo llene los requisitos para que Medicaid pague las primas de Medicare). **No se le enviará** por correo una tarjeta nueva si cambia su cobertura. **Se le enviará** por correo una tarjeta nueva si cambia su nivel de cobertura, como si cambia de la cobertura de Plan First a la cobertura total de Medicaid o FAMIS. Si pierde su tarjeta, se la roban o esta se destruye, usted puede solicitar una tarjeta de reemplazo por medio del sitio web de CommonHelp, llamando a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o comunicándose con la dependencia local del DSS. Muestre su tarjeta(s) **cada vez que reciba un servicio médico** para que su proveedor de atención médica pueda verificar electrónicamente el estado actual de sus requisitos.

La mayoría de los beneficiados de la Asistencia médica de Virginia serán inscritos en una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) y usted recibirá una tarjeta aparte de dicha organización. **Usted tiene que presentar tanto la tarjeta de MCO como la de Medicaid de Virginia cuando reciba atención médica.** Si usted no muestra sus tarjetas, es posible que lo atiendan como a un paciente que paga privadamente y que reciba una factura del proveedor de atención médica. Asegúrese de que el proveedor acepte los pagos de Medicaid de Virginia o de la MCO que le ha sido asignada.

Notifique la pérdida o el robo de su tarjeta de Asistencia médica de Virginia y solicite una tarjeta nueva llamando a la dependencia local del DSS o a Cover Virginia (sin costo) al 1-855-242-8282. La pérdida o el robo de su tarjeta de la MCO debe ser notificada a su MCO.

CÓMO USAR LA COBERTURA DE MEDICAID

Medicaid proporciona servicios médicos ya sea mediante pagos de cuotas por servicio a proveedores o pagando las primas de los participantes a las Organizaciones de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés).

Si usted llena los requisitos para la cobertura total de Medicaid, la mayoría de personas se inscriben en una MCO. Si usted tiene otro seguro o si se encuentra en un hogar de ancianos, es probable que no tenga que inscribirse.

Cuando llena los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid por primera vez, es posible que lo coloquen en una cobertura médica de Cuota por servicio, y luego se le asignará una MCO. Es probable que le seleccionen una MCO, a menos que anteriormente haya tenido una MCO, en cuyo caso se le inscribirá de nuevo en esa MCO. Una vez que esté inscrito en una MCO, se le enviará una tarjeta de identidad e información que le indicará cuándo puede comenzar a usar los servicios. Si usted desea seleccionar una MCO distinta, es posible que pueda cambiarse de inmediato, o quizás tenga que esperar a que se abra el siguiente período de inscripción.

Cobertura médica de "cuota por servicio"

Los proveedores que están inscritos en el DMAS ofrecen atención directamente a algunos participantes de Asistencia médica. Si no se le ha asignado una MCO, usted puede seleccionar cualquier proveedor de servicios médicos siempre y cuando la MCO esté inscrita en el DMAS para aceptar pagos. Si usted recibe servicios de proveedores que no están inscritos como proveedor del DMAS, **usted tendrá que pagar la factura**. **El DMAS no le reembolsará por las facturas médicas que haya pagado.** Trate de usar solo un médico y una farmacia para la mayor parte de su atención médica, y continúe usando los servicios de ese médico salvo que sea derivado a un especialista. Si usted necesita ayuda para encontrar un proveedor que acepte la Asistencia médica, eche un vistazo al buscador de proveedores del DMAS www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal/searchforproviders. Si el tipo de proveedor que busca no se encuentra en el directorio, comuníquese con nuestra Línea de ayuda a beneficiados al (804) 786-6145.

Atención administrada

A la mayoría de los beneficiados de la Asistencia médica se les exige que reciban la atención médica mediante una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés), ya sea por

medio del Medallion 4.0 o los programas CCC Plus. Una MCO es una organización de servicio de salud que coordina los servicios de atención médica por medio de una red de proveedores, tales como proveedores de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas, hospitales, clínicas, compañías de suministro médico, proveedores de servicios de transporte, farmacias y otros proveedores de servicios médicos. Si usted reúne las condiciones para que se le asigne una MCO, recibirá una carta del DMAS en la que se le requerirá que seleccione una MCO para que reciba su atención médica. Usted recibirá información acerca de los programas tales como un cuadro comparativo y un folleto de una MCO. **Si usted no selecciona una, se le asignará una MCO.**

Una vez que esté inscrito en una MCO, se le enviará por correo directamente a usted un paquete informativo. También recibirá una tarjeta de identidad de la MCO para que la use con su tarjeta plástica de Asistencia médica.

Conserve ambas tarjetas consigo y muestre ambas tarjetas cada vez que reciba atención médica.

La MCO le exigirá que seleccione un PCP en su red y este será quien administrará todas sus necesidades de atención médica. No se requiere que usted inscriba a todos los miembros de su familia en la misma MCO o en el mismo PCP. Será su obligación seguir todas las normas del programa de atención administrada. Estas normas se describen en el manual para miembros de la MCO, el cual se incluye en el paquete informativo que su MCO le enviará. Si usted no sigue las normas del programa de atención administrada (por ejemplo, si usted recibe servicios sin obtener una derivación de su PCP o una autorización de su MCO), es probable que usted tenga que pagar la factura completa por cuenta propia. Consulte su manual para miembros de la MCO para obtener más detalles.

Inscripción abierta

Hay un período anual de inscripción abierta para los planes de las MCO. Este período de inscripción abierta le permite cambiar su MCO. Si usted desea saber cuándo se lleva a cabo su período de inscripción abierta o tiene preguntas sobre su inscripción en la atención administrada, consulte a continuación su información del programa pertinente (Medallion 4.0 o CCC Plus). Usted también puede visitar el sitio web del DMAS para obtener más información: www.dmas.virginia.gov.

Programa Medallion 4.0

Medallion 4.0 es el programa de atención administrada en todo el sistema estatal para ayudar a las personas que tienen Medicaid a obtener los servicios de atención médica que necesitan. Cuando usted está inscrito en una MCO, puede seleccionar su propio médico, clínica u otro proveedor de servicios médicos para que administre su atención médica. Para hacer preguntas sobre la inscripción, llame a la línea de atención de la Atención administrada del DMAS al 1-800-643-2273 (TDD: 1-800-817-6608) o visite el sitio web de la línea de atención de la Atención administrada del DMAS www.virginiamanagedcare.com.

Información de contacto de la Organizaciones de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) de Medallion 4.0

Organización de Atención Administrada	Número telefónico	Sitio web
Aetna Better Health	(800) 279-1878	www.aetnabetterhealth.com/virginia
Anthem HealthKeepers Plus	(800) 901-0020	www.anthem.com/vamedicaid
Magellan Complete Care	(800) 424-4518	www.MCCofVA.com
Optima Health Community Care	(800) 881-2166	www.optimahealth.com/familycare
UnitedHealthCare Community Plan	(844) 752-9434	www.uhccommunityplan.com/va
Virginia Premier Health Plan	(800) 727-7536	www.virginiapremier.com

Programa CCC Plus

El Commonwealth Coordinated Care Plus, o CCC Plus, es un programa diseñado para ayudar a personas con afecciones médicas que pudieran necesitar coordinación de atención médica adicional o específica. Si usted está inscrito en una CCC Plus, se le asignará un coordinador de atención de su plan de seguro médico y se le notificará. El coordinador de atención médica colaborará con los proveedores y lo ayudará a explorar el sistema de atención médica. Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame a la línea de atención de CCC Plus al 1-844-374-9159 o visite el sitio web de inscripción de CCC Plus: cccplusva.com . También puede enviar sus preguntas sobre CCC Plus por correo electrónico a: cccplus@dmas.virginia.gov.

Información de contacto de la Organizaciones de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) de CCC Plus

Organización de Atención Administrada	Número telefónico	Sitio web
Aetna Better Health	(855) 652-8249	www.aetnabetterhealth.com/virginia
Anthem HealthKeepers Plus	(855) 323-4687	www.anthem.com/vamedicaid
Magellan Complete Care	(800) 424-4524	www.MCCofVA.com
Optima Health Community Care	(888) 512-3171	www.optimahealth.com/communitycare
UnitedHealthCare	(866) 622-7982	www.uhccommunityplan.com/va
Virginia Premier Health Plan	(877) 719-7358	www.vapremier.com

ATENCIÓN MÉDICA POR MEDIO DE MEDICAID

Medicaid ofrece cobertura para la mayor parte de la atención médica, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios. Hay ciertos límites y normas que aplican. Por ejemplo, algunos procedimientos médicos deben llevarse a cabo como cirugía de paciente ambulatorio salvo que haya una necesidad médica para recurrir a la hospitalización. No se cubre la atención en centros para el tratamiento de enfermedades mentales de personas entre los 21 y 64 años de edad. Hay límites en la cantidad de consultas autorizadas para los servicios de atención domiciliaria, psiquiátrica y otros servicios profesionales. Algunos servicios requieren de autorización previa.

Servicios de salud conductual

Magellan Behavioral Health, Inc. (Magellan de Virginia) administra los servicios de salud conductual. Magellan administra todos los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias con cobertura de Medicaid para los miembros inscritos en cuota por servicio, y coordina las coberturas con las MCO. Los servicios incluyen lo siguiente:

- servicios domiciliarios intensivos para niños y adolescentes (IIH, por sus siglas en inglés);
- tratamiento terapéutico por día para niños y adolescentes (TDT, por sus siglas en inglés);
- servicios domiciliarios grupales para niños y adolescentes;
- tratamiento residencial;
- tratamiento por día u hospitalización parcial;
- rehabilitación psicosocial;
- tratamiento comunitario intensivo (ICT, por sus siglas en inglés);
- servicios de apoyo a la salud mental (MHSS, por sus siglas en inglés);
- intervención y estabilización de crisis;
- manejo de casos;
- tratamiento para abuso de sustancias;
- terapia ambulatoria (si usted no está inscrito en una MCO), y
- medicamentos para cubrir las necesidades de salud mental o abuso de sustancias (este servicio lo administra la MCO para sus miembros).

Para obtener más información sobre los servicios de salud conductual, llame a Magellan al 1-800-424-4046.

Programa de Servicios de Tratamiento para Adicción y Recuperación (ARTS, por sus siglas en inglés)

En 2017, Medicaid de Virginia lanzó una cobertura mejorada para el tratamiento de trastornos de abuso de sustancias, el programa de Servicios de Tratamiento para Adicción y Recuperación (ARTS). La cobertura de ARTS ofrece tratamiento para aquellos que sufren de trastornos de abuso de sustancias en todo el estado. La cobertura de ARTS expande el acceso a una progresión exhaustiva de servicios de tratamiento de adicción para todos los miembros inscritos en Medicaid, FAMIS y FAMIS MOMS, incluyendo los servicios expandidos de tratamiento de adicción y recuperación comunitarios y cobertura de desintoxicación ambulatoria y tratamiento domiciliario para trastornos de abuso de sustancias.

Atención dental, Smiles for Children

El programa Smiles for Children ofrece cobertura para servicios diagnósticos, preventivos, procedimentales restaurativos o quirúrgicos, y ortodónticos para niños con cobertura de Medicaid, y los mismos servicios (excepto los ortodónticos) para mujeres embarazadas adultas. El programa también ofrece cobertura para servicios quirúrgicos orales médicamente necesarios limitados para adultos (de 21 años de edad y mayores y si llenan los requisitos). DentaQuest es el único administrador de las coberturas dentales que coordina la prestación de todos los servicios dentales de Smiles for Children. Si usted necesita ayuda para encontrar a un dentista o para programar una consulta dental, llame al 1-888-912-3456 para hablar con un representante de Smiles for Children.

Hospitalizaciones
Su médico debe llamar para obtener una autorización previa antes de que usted pueda ser hospitalizado, o dentro de un plazo de 24 horas después de una admisión hospitalaria de emergencia.

Consultas profesionales médicas
Las consultas para terapias psiquiátricas, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla deben ser autorizadas previamente.

Farmacia
Es probable que su médico deba obtener autorización previa para que alguna farmacia dispense ciertas prescripciones médicas. Dentro de una familia de medicamentos, puede haber uno o unos cuantos selectos que a Medicaid o a la MCO le gustaría que su médico use para tratar su afección ya que son seguros, eficaces y menos costosos. A esta se la denomina Lista de Medicamentos Preferenciales (PDL, por sus siglas en inglés) o formulario. Usted todavía puede recibir los medicamentos para tratar eficazmente su afección médica. Se requiere aprobación previa para que se dispense la prescripción si el medicamento no está en la PDL o en el formulario. De resultar rentable, es posible que el médico extienda una prescripción u ordene algunos medicamentos de venta sin prescripción que equivalen a ciertos medicamentos de venta con prescripción. Cuando estén disponibles, los medicamentos genéricos se dispensan, salvo que el médico especifique que alguna marca particular es médicamente necesaria. Esto se aplica ya sea si usted obtiene los servicios directamente por medio de cuota por servicio de Medicaid o mediante una MCO. Magellan Medicaid Administration es la responsable de autorizar las prescripciones para los miembros que están inscritos en la Asistencia médica de cuota por servicio. Si tiene preguntas sobre el PDL o el formulario, llame a Magellan al 1-800-932-3923, a su MCO si está inscrito en la atención administrada o hable con su médico.

Los miembros que tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B deben recibir cobertura de prescripciones médicas con Medicare Parte D. Medicaid de Virginia no pagará los medicamentos de prescripción médica para miembros que llenan los requisitos de la cobertura de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de Medicare Parte D, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Servicios de salud escolar
Si su hijo llena los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid o FAMIS y recibe servicios relativos a la atención médica especificados en un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), los fondos federales a disposición del DMAS pueden ayudar a la división de escuelas públicas a pagar estos servicios relativos a la atención médica. Los servicios relativos a la atención médica pueden incluir, entre otros:

- fisioterapia y terapia ocupacional o del habla;
- audiología;
- cuidados;
- servicios psicológicos y de salud mental;
- servicios de cuidado personal;
- pruebas de detección relacionadas con el programa de Detección Temprana y Examinación Periódica, Diagnósticos y Tratamientos para Niños (EPSDT, por sus siglas en inglés), y

- es posible que también cuente con cobertura el transporte especializado los días en que su hijo reciba un servicio relativo a la atención médica.

La cobertura de seguro médico de su hijo para los servicios prestados fuera del sistema escolar no se verá afectada cuando la escuela envía facturas al DMAS.

Servicios de transporte para los servicios con cobertura de Medicaid

El transporte para recibir los servicios de Asistencia médica podrían tener la cobertura ya sea de una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés), Commonwealth Coordinate Care (CCC) Plus, Medallion 4.0 o de un plan de cuota por servicio (FFS, por sus siglas en inglés). Según su plan de cobertura de Asistencia médica, los beneficios de transporte podrían cubrir los servicios de ambulancia de emergencia y el transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés). Las reservas de transporte se pueden hacer para consultas de rutina y urgentes. A continuación se presenta una explicación de estos servicios:

- Ejemplos de consultas rutinarias de servicios con cobertura incluyen, entre otros: tratamientos médicos; servicios con exención; asesoramiento; diálisis; fisioterapia; y ortodoncia para adolescentes. Los preparativos de transporte rutinario se deben coordinar al menos cinco (5) días hábiles antes de la fecha de la consulta.
- Las consultas urgentes son de carácter "URGENTE", pero no se consideran emergencias. Por ejemplo, usted o su hijo amanecen enfermos y necesitan de inmediato la atención de un médico. Si su médico puede atenderlos tan pronto como lleguen a su consultorio o en menos del aviso de cinco (5) días hábiles mencionado anteriormente, entonces llame al número telefónico de "reservas" de su plan y solicite un "viaje urgente". Su médico o el proveedor de servicios médicos verificará las reservas de viajes urgentes.

Para acceder a su beneficio de transporte de NEMT o averiguar si usted llena los requisitos, llame a la línea de "reservas" de su MCO o visite www.dmas.virginia.gov/#/nemtservices y haga clic en "Transportation Contacts" (información de contacto del servicio de transporte). Tenga a mano su número de identidad de Asistencia médica, su número telefónico y las direcciones donde se recogerá y se dejará al paciente. Se le dará una hora de recogida y el número de viaje, así que sírvase anotar esta información. Su plan de cobertura designa los proveedores y los medios de transporte.

Si llena los requisitos, hay distintas formas de recibir los servicios de transporte. Los otros métodos de transporte se enumeran a continuación:

- asistencia de viaje (Ride Assist) por medio de la MCO;
- servicios de ambulancia que no son de emergencia;
- boleto de autobús —si vive cerca de una ruta local de autobús—; (Si necesita ayuda para entender cómo usar los servicios de autobús, puede solicitar y recibir "capacitación de viaje". Sírvase mencionarlo cuando haga la reserva. La capacitación de viaje es un proceso en el que puede aprender a usar el transporte público de manera segura e independiente.)
- reembolso de gasolina para que un amigo o familiar lo lleve —el reembolso es solo por transporte directo ida y vuelta del lugar de residencia a la cita—;
- conductor voluntario designado por su MCO;

- proveedor de transporte —servicios de furgoneta ambulatorios y/o para silla de ruedas—;
- taxi, y
- furgoneta de camillas.

Cada MCO tiene un número telefónico de asistencia de viaje ("Ride Assist") para que usted llame cuando tenga alguna pregunta o necesite ayuda con el transporte. El número telefónico al que debe llamar se basa en su plan de cobertura. Consulte el cuadro en las dos páginas siguientes para obtener el número telefónico correcto.

Ejemplos de razones para llamar al número telefónico de "Ride Assist" de su plan.

- tiene alguna pregunta acerca del transporte;
- desea saber su hora de recogida;
- cancelar o cambiar sus reservas de transporte;
- tiene alguna inquietud acerca del transporte;
- se demora el servicio de transporte;
- el transporte no ha llegado a su hora de recogida programada;
- tiene un cumplido o una queja, y
- está listo para volver a casa usando el viaje "pendiente de confirmación por teléfono".

Servicios de ambulancia de emergencia: si se ha producido una herida grave o una emergencia de vida o muerte, llame al 911. El transporte en ambulancia de emergencia podría ser un servicio que tenga cobertura a través de su plan. Consulte el manual para miembros de su plan si desea obtener una explicación de la cobertura de ambulancia.

Las coberturas de cuota por servicio y transporte de la MCO podrían cubrir los servicios de "transporte fuera del estado" que sean superiores a 50 millas de la frontera estatal de Virginia. Todos los servicios de transporte fuera del estado deben ser aprobados **ANTES** del viaje. Si su plan es de cuota por servicio, llame a la línea de ayuda médica del DMAS al (804)786-8056 para obtener aprobación antes del viaje. Si tiene la cobertura de una MCO, comuníquese con su MCO para obtener la aprobación **ANTES** de su viaje. Su MCO le dará instrucciones concernientes a sus reservas de viaje y su reembolso.

Recuerde: los beneficios de transporte deben usarse cuando vaya a un servicio con cobertura de Medicaid que su plan de beneficios cubre. Los beneficios de transporte de FFS y MCO varían según su plan de cobertura. Consulte su Manual para miembros de su plan de seguro médico para obtener los servicios con cobertura.

Los miembros de Medicaid que tengan una exención de Community Living (vida en la comunidad o CL), Building Independence (restablecimiento de independencia o BI) o Family and Individual Supports (apoyos familiares o individuales o FIS) recibirán los beneficios de transporte y los servicios con exención por medio de los números telefónicos de transporte de reservas de cuota por servicios (FSS Reservation) y asistencia de viaje (Ride Assist). Llame a los números telefónicos de reserva y asistencia de viaje de su plan CCC Plus para obtener los servicios de transporte a su consulta médica de Medicaid. Es posible que tenga que saber en qué zona geográfica se encuentra.

Zonas geográficas de los servicios regionales:

Región 1	Tidewater	Región 4	Roanoke / Alleghany / Lynchburg
Región 2	Central	Región 5/6	Sureste /Norton /Abingdon /Bristol
Región 3	Occidental / Charlottesville	Región 7	Virginia del norte/ Winchester

Puede encontrar información adicional acerca del programa de transporte de cuota por servicio (FFS) en la siguiente dirección transportation.dmas.virginia.gov.

Los números telefónicos de contacto sin costo para el transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) de todos los programas de Medicaid del DMAS se enumeran a continuación:

Números telefónicos de reserva del NEMT

Encuentre a continuación el plan de Medicaid en el que está inscrito y llame a ese número telefónico para programar el servicio de transporte o para consultar si llena los requisitos para dicho servicio. Pregunte acerca de boletos de autobús con destino a su consulta de Medicaid o reembolsos de gasolina para usted, un amigo o vecino por realizar dicho viaje.

Cuota por servicio (FFS)	Número de reserva	Detalles
Cuota por servicio (FFS); incluye todos los servicios con exención: CL, BI y FIS	(866) 386-8331	Servicios para todas las edades y todos los niveles

Medallion 4.0	Número de reserva	Detalles
Aetna Better Health of Virginia[1]	(800) 734-0430	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Anthem HealthKeepers	(877) 892-3988	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Magellan Complete Care of Va.	(833) 273-7416	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Optima Family Care	(877) 892-3986	Pacientes ambulatorios de todas las edades y en silla de ruedas
United HealthCare Community Health Plan[2]	(833) 215-3884	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Virginia Premier Elite Individual	(855) 880-3480	Servicios para todas las edades y todos los niveles

1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare 2- United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

Programa CCC Plus	Número de reserva	Detalles
Aetna Better Health of Virginia[1]	(800) 734-0430 Opción 1	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Anthem HealthKeepers	(855) 325-7581	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Magellan Complete Care of Va.	(877) 790-9472	Servicios para todas las edades y todos los niveles

Optima Health CCC Plus	(855) 325-7558	Servicios para todas las edades y todos los niveles
United HealthCare CCC Plus[2]	(844) 604-2078	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Virginia Premier CCC Plus	(855) 880-3480	Servicios para todas las edades y todos los niveles

1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare 2- United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

Números telefónicos de atención al cliente o del servicio de transporte Ride Assist (asistencia de viaje)

Si usted necesita cancelar su viaje, hacer preguntas acerca de su viaje o transporte, o tiene un cumplido o una queja, sírvase llamar a su plan de Asistencia médica (enumerado a continuación). Para obtener más información, use el siguiente enlace http://dmas.virginia.gov/#/nemtservices y haga clic en "Transportation Contacts for Reservations and Ride Assist/Customer Service".

Transporte de cuota por servicio	Número telefónico
Cuota por servicio; todas las regiones	(866) 246-9979

Manual de pasajero de cuota por servicio, preguntas frecuentes (FAQ) y reservas en línea: http://transportation.dmas.virginia.gov

Servicios de transporte de Medallion 4.0	Número telefónico
Aetna Better Health[1]	(800) 734-0430 Opción 2
Anthem HealthKeepers	(877) 892-3988 Opción 2
Magellan	(800) 424-4518
Optima Family Care	(877) 892-3986 Opción 1
United Healthcare[2]	(833) 215-3885
Virginia Premier	(800) 727-7536 Opción 2 luego Opción 3

1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare 2- United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

Servicio de transporte de CCC Plus	Número telefónico
Aetna Better Health[1]	(800) 734-0430 Opción 2
Anthem HealthKeepers	(855) 325-7581 Opción 1
Magellan Complete Care of Va.	(877) 790-9472 {TTY- (866) 288-3133}
Optima Health	(855) 325-7558 Opción 1
United Healthcare[2]	(844) 525-1491 {TTY- (844) 525-1491}
Virginia Premier	(877) 719-7358 Opción 1 luego Opción 2 luego Opción 3

1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare 2- United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

COPAGOS

Algunos miembros de Medicaid deben pagar importes reducidos por ciertos servicios. A esto se le llama un copago. Como ventaja adicional de participar en una MCO, las Organizaciones de Atención Administrada no cobran actualmente copagos por servicios prestados.

Niños menores de 21 años de edad, mujeres embarazadas, personas que reciben servicios de atención a largo plazo institucional o comunitario y personas en hogar de ancianos no pagan

copagos por los servicios con cobertura de Medicaid. Es posible que a los niños que tienen la cobertura del programa FAMIS se les requiera un copago reducido por algunos servicios.

Medicaid no cobra copagos por los siguiente servicios:

- servicios de emergencia (incluidos los tratamientos de diálisis),
- servicios relativos al embarazo,
- servicios de planificación familiar y
- servicios de sala de emergencia.

Medicaid cobra copagos a los miembros de cuota por servicio (FFS) de 21 años de edad o mayores por los siguientes servicios:

Servicio	**Importe del copago**
Hospitalización	$75.00 por admisión
Clínica hospitalaria de paciente ambulatorio	3.00 por consulta
Consulta en clínica	1.00 por consulta
Cita en consultorio médico	1.00 por consulta
Consulta a otros médicos	3.00 por consulta
Examen de los ojos	1.00 por examen
Prescripciones	1.00 por medicamentos genéricos; 3.00 por medicamentos de marca
Visita domiciliaria	3.00 por visita
Servicios de rehabilitación	3.00 por consulta

Un proveedor médico inscrito en el programa Medicaid **no puede** denegarle tratamiento o prestar atención médica si usted no puede pagar el copago, pero usted continúa siendo responsable de pagar el copago, si lo hubiera.

SERVICIOS CON COBERTURA

A continuación se presenta una lista general de los servicios con la cobertura de Medicaid. A partir del 1 de enero de 2018, la mayoría de los beneficiados de Medicaid han seleccionado o se les ha asignado una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés). Esta es solamente una lista general y las coberturas podrían variar. Si una MCO le proporciona la cobertura, comuníquese con la MCO para obtener las pautas de cobertura ya que podrían ofrecer otros servicios o coberturas distintos a los que se enumeran a continuación.

BabyCare (atención médica para bebés): manejo de casos para mujeres con embarazos de alto riesgo y bebés de hasta dos años de edad inscritos en Medicaid, FAMIS y FAMIS MOMS. Los servicios prenatales expandidos que presta BabyCare están disponibles para ayudar a mujeres a que el resultado de su embarazo sea positivo. Estos servicios son los siguientes:

- educación prenatal sobre una variedad de temas tales como abandonar el consumo de tabaco, la preparación para el parto y la crianza;
- asesorías y consejos nutricionales;
- servicios de trabajo doméstico para miembros a quienes el médico les haya ordenado guardar reposo absoluto, y

- servicios de tratamiento para abuso de sustancias.

Servicios clínicos: centro (público y privado) para el diagnóstico y el tratamiento de personas que reciben atención ambulatoria.

Servicios de atención dental: los dentistas que participan en el programa **Smiles For Children** ofrecen servicios dentales sin costo para niños. Las personas menores de 21 años de edad y las mujeres embarazadas llenan los requisitos para obtener toda la gama de servicios tales como procedimientos diagnósticos, preventivos, y restaurativos o quirúrgicos. Las dentaduras, los aparatos y las coronas permanentes cuentan con la cobertura para personas menores de 21 años de edad cuando estos han sido ordenados por un dentista y autorizados previamente por el DMAS. Las mujeres embarazadas no llenan los requisitos para obtener aparatos a menos que sean menores de 21 años de edad. Otras coberturas dentales para adultos se limitan a cirugías bucales médicamente necesarias y servicios de diagnóstico relacionados. Llame a **Smiles for Children** al 1-888-912-3456 si desea obtener ayuda para encontrar un dentista.

Equipos y suministros médicos durables (DME): los equipos y suministros médicos clínicamente necesarios podrían tener cobertura cuando son indispensables para llevar a cabo un tratamiento ordenado por un médico. Por ejemplo:

- suministros de ostomía;
- equipo y suministros de oxígeno y respiratorios, y
- equipo y suministros de diálisis domiciliaria.

Detección Temprana y Examinación Periódica, Diagnósticos y Tratamientos para Niños (EPSDT, por sus siglas en inglés): cobertura de atención médica preventiva que ofrece exámenes de niño sano con pruebas adecuadas e inmunizaciones para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad con el fin de mantener a los niños saludables. Los servicios médicamente necesarios, los cuales se requieren para eliminar o mejorar afecciones de la salud o evitar que empeoren, y las enfermedades físicas o mentales que son detectadas durante alguna prueba podrían contar con la cobertura del programa EPSDT aun cuando no tengan la cobertura de un plan de seguro médico del estado.

Intervención temprana: manejo de casos y otros servicios diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de bebés y niños pequeños de hasta 3 años de edad con retrasos en el desarrollo. Este programa también ayuda a satisfacer las necesidades de la familia que se debe encargar de mejorar el desarrollo del niño.

Examen de los ojos: restringido a un examen cada dos años.

Anteojos: solo los miembros de 21 años de edad o menores cuentan con esta cobertura.

Servicios de planificación familiar o control de natalidad: servicios que retrasan o evitan el embarazo tales como diagnósticos, tratamientos, medicamentos, suministros, aparatos y ciertos procedimientos de esterilización electivos (para hombres y mujeres). La cobertura de dichos servicios no incluyen servicios para tratar la infertilidad o que promueven la fertilidad.

Tiras reactivas para medir la glucosa: en casos de necesidad médica, tienen cobertura las tiras reactivas para llevar un autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

Servicios de atención médica domiciliaria: las visitas de enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o terapeutas del habla o del lenguaje requieren previa autorización para más de cinco visitas. Las visitas de un asistente de atención médica domiciliaria se limitan a 32 anuales.

Atención hospitalaria:

- **Hospitalizado:** paciente que ha sido hospitalizado para ocupar una cama y recibir servicios hospitalarios. Tienen cobertura los días aprobados.
- **Pacientes ambulatorios:** paciente que recibe servicios médicos, pero que no ha sido hospitalizado.

Servicios hospitalarios psiquiátricos internos para personas menores de 21 años de edad y personas de 65 años de edad o mayores: servicios que ofrecen diagnósticos, tratamientos o atención a personas con enfermedades mentales en un entorno hospitalario. Los servicios psiquiátricos internos podrían tener cobertura en un hospital o en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos. Una persona entre 22 y 64 años de edad podría recibir los servicios psiquiátricos internos en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos.

Sala de emergencia de hospital: tienen cobertura las consultas para recibir tratamiento de emergencia de graves problemas de salud con riesgo de muerte.

Instituto: establecimiento que suministra comida, albergue y varios niveles de atención. Los ejemplos de institutos incluyen hogares de ancianos, Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICFs/IID, por sus siglas en inglés), hospitales de cuidado a largo plazo, hospitales psiquiátricos (IMD, por sus siglas en inglés) o Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, consulte www.dmas.virginia.gov/#/ltss.

Pruebas de plomo: las pruebas para medir los niveles de plomo en sangre se requieren para todos los niños que llenan los requisitos de la cobertura de Medicaid como parte de las pruebas de detección del EPSDT en bebés de entre 12 y 24 meses de edad. La prueba también se aplica a cualquier niño entre las edades de 36 y 72 meses a quien no se le haya tomado la prueba anteriormente.

Servicios y apoyo a largo plazo: estos servicios podrían incluir atención médica en un entorno institucional como un hogar de ancianos o centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades de desarrollo o ser prestados en la comunidad por medio de una exención de cuidado domiciliario y comunitario. Consulte www.dmas.virginia.gov/#/ltss.

Programa Dinero sigue a la persona (MFP, por sus siglas en inglés): este programa ofrece apoyo y servicios adicionales a personas de todas las edades y todas las discapacidades que han decidido cambiarse de una institución a largo plazo en el estado de Virginia a un entorno residencial y comunitario. El MFP acerca a Virginia a un sistema de apoyo a largo plazo equilibrado que promueve la libertad de escoger, la calidad y la flexibilidad.

Atención en centros de enfermería: atención en un centro autorizado y certificado que presta servicios a personas que no requieren del nivel de atención y tratamiento que se presta en un entorno hospitalario.

Trasplantes de órganos: tienen cobertura los trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, córnea, quimioterapia de alta dosis, y de médula ósea o célula madre. Requieren autorización previa todos los trasplantes excepto el de córnea.

PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores): alternativa comunitaria a la atención institucional a largo plazo. PACE ayuda a los participantes a permanecer en sus hogares brindándoles una gama completa de servicios médicos y sociales con base en un solo centro.

Atención personal: servicios de apoyo para ayudar con actividades cotidianas (bañarse, vestirse, aseo personal, trasladarse, comer, continencia de los intestinos y la vejiga necesaria para mantener la salud y la seguridad), supervisión de medicamentos autoadministrados y el monitoreo del estado de salud y la condición física. Estos servicios se prestan a personas inscritas en una exención domiciliaria o comunitaria que reúnen las condiciones de pautas de necesidad médica establecidas, para miembros menores de 21 años de edad en el programa EPSDT (cuando se cumplan los criterios de necesidad médica) y por medio de Medicaid Works. Los servicios no adoptan la forma de sistemas de apoyo informales.

Servicios de médicos: servicios médicos prestados por médicos generalistas, especialistas y osteópatas.

Servicios de podología (cuidado de los pies): el cuidado rutinario y preventivo de los pies no cuenta con la cobertura de Medicaid. El pago por el corte de uñas para afecciones tales como la diabetes se limita a una vez cada 2 meses.

Medicamentos recetados cuando los ordena un médico: Medicaid tiene una lista de medicamentos preferenciales (PDL, por sus siglas en inglés), pero los medicamentos que no figuren en la lista pueden tener cobertura si son autorizados previamente. Las prescripciones se dispensan con un suministro para no más de 34 días a la vez. Cuando estén disponibles, los medicamentos genéricos se dispensan a menos que el médico especifique que alguna marca particular es médicamente necesaria. Algunos medicamentos de venta sin receta puede tener cobertura si algún médico receta estos en lugar de medicamentos recetados. **Los miembros de Medicaid que tienen la cobertura de Medicare deben recibir su cobertura de medicamentos recetados conforme a Medicare Parte D.** Para obtener información acerca de la cobertura de Medicare Parte D, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Aparatos prostéticos: se limitan a brazos y piernas artificiales y artículos necesarios para acoplar las prótesis; deben ser autorizados previamente.

Servicios psiquiátricos o psicológicos: Medicaid cubre hasta 26 consultas de salud mental y abuso de sustancias sin autorización previa. Las sesiones adicionales (hasta 26 por año) deben tener autorización previa.

Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial para niños y adolescentes menores de 21 años de edad (servicios EPSDT): los servicios de tratamiento residencial incluyen los servicios de instalación de terapia grupal domiciliaria y de tratamiento psiquiátrico residencial.

Los servicios de terapia grupal domiciliaria para niños y adolescentes menores de 21 años de edad son servicios de tratamiento combinados. La combinación de servicios terapéuticos

prestados en un entorno residencial ofrece una estructura terapéutica de actividades psicoeducativas diarias, supervisión terapéutica, modificación conductual y atención de la salud mental para asegurar la consecución de los objetivos terapéuticos.

Los centros de tratamiento residencial son programas fuera del hogar de 24 horas al día, supervisados, y clínica y médicamente necesarios diseñados para brindar el apoyo necesario y atender las necesidades de tratamiento de salud mental, conductual, de abuso de sustancias, cognitivo o de otro tipo para personas menores de 21 años de edad a fin de prevenir o minimizar la necesidad de un tratamiento interno más intensivo. Cada persona que solicita la admisión en los servicios residenciales recibirá al apoyo del Equipo de Evaluación Independiente, Certificación y Coordinación (IACCT, por sus siglas en inglés) local en cada ubicación para evaluar las necesidades del niño. El IACCT incluirá al niño, a la familia o al tutor legal del niño y a profesionales clínicos de la comunidad del niño. Siempre que sea posible, un médico de cabecera o un psiquiatra que conozca el historial clínico del niño participará en le evaluación. Una vez que el IACCT haya completado la evaluación, el equipo creará un plan de atención adecuado para satisfacer las necesidades individuales del niño y la familia. Los planes de atención podrían incluir servicios residenciales o comunitarios. Para solicitar los servicios, los miembros pueden comunicarse con Magellan of Virginia al (800) 424-4046.

Consulta en clínica sobre diálisis renal (riñón): las consultas ambulatorias para el tratamiento de diálisis por enfermedad renal en etapa final son servicios que tienen cobertura. La consulta podría componerse de dos partes: el centro ambulatorio y la evaluación del médico, y las cuotas de administración.

Servicios de rehabilitación: servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.

Servicios de transporte para tratamientos médicos:
Véase la sección que comienza en la página 19.

Tratamiento de cuidado de crianza —manejo de casos—: servicios de manejo de casos para niños que están en cuidado de crianza terapéutico.

¿QUÉ SERVICIOS NO TIENEN LA COBERTURA DE MEDICAID?

- abortos, a menos de que el embarazo implique riesgo de perder la vida;
- acupuntura;
- gastos administrativos, tales como completar formularios o sacar copias de registros;
- inseminación artificial, fecundación in vitro u otros servicios para estimular la fecundación;
- citas incumplidas;
- ciertos medicamentos cuya eficacia no se haya comprobado y los ofrecidos por fabricantes farmacéuticos no participantes (los médicos inscritos, las farmacias y los departamentos de salud tienen listas de estos medicamentos);
- determinados procedimientos quirúrgicos y diagnósticos;
- servicios quiroprácticos;
- tratamiento o cirugía cosmética;

- guardería, incluidos los servicios de cuidado para adultos mayores (excepto en algunas exenciones de servicio domiciliario y comunitario);
- dentaduras para miembros de 21 años de edad o mayores (excepto las mujeres embarazadas);
- servicios de un médico durante días de hospitalización sin cobertura;
- medicamentos prescritos para tratar la pérdida de cabello, blanquear la piel o tratar la disfunción eréctil;
- anteojos o sus reparaciones para miembros de 21 años de edad o mayores;
- cuotas de hospitalización por días de atención cuya cobertura no ha sido autorizada, tales como la hospitalización en viernes o sábado por motivos que no sean de emergencia o por hospitalización de más de un día antes de la cirugía;
- inmunizaciones para miembros de 21 años de edad o mayores (excepto las de gripe o neumonía para las personas en peligro);
- atención hospitalaria interna en un instituto de tratamiento de enfermedades mentales para miembros menores de 65 años de edad (a menos que sean menores de 21 años de edad y estén recibiendo servicios psiquiátricos internos);
- atención médica recibida de proveedores que no están inscritos o que no aceptan la cobertura de Medicaid de Virginia;
- servicios de cuidado personal (excepto en algunas exenciones de servicio domiciliario o comunitario o según el programa EPSDT);
- medicamentos recetados si el miembro tiene la cobertura de Medicare Parte A o Parte B;
- servicios de enfermería privada (excepto en algunas exenciones de servicio domiciliario o comunitario o según el programa EPSDT);
- pruebas psicológicas llevadas a cabo para fines escolares, diagnósticos educativos, inscripción o colocación en una escuela o instituto o de conformidad con una orden del tribunal (las pruebas psicológicas llevadas a cabo por agencias educativas locales que se incluyen en un Plan de Educación Individual [IEP, por sus siglas en inglés] cuentan con cobertura según los servicios de salud escolares);
- educación remedial;
- atención dental rutinaria para las personas de 21 años de edad o mayores (a menos que sean mujeres embarazadas);
- exámenes físicos escolares o deportivos rutinarios;
- esterilización de miembros menores de 21 años de edad;
- consultas telefónicas, y
- programas clínicos de pérdida de peso.

Esta lista no incluye todos los servicios que no son pagados por Medicaid. Si usted recibe un servicio que no tiene la cobertura de Medicaid o recibe más servicios que el límite de Medicaid para dicho servicio, usted tendrá que pagar esas facturas. Algunos servicios podrían tener cobertura para miembros de 21 años de edad o menores en el programa EPSDT (véase la página siguiente).

SERVICIOS PARA NIÑOS O EL PROGRAMA EPSDT

El programa de Detección Temprana y Examinación Periódica, Diagnósticos y Tratamientos para Niños (EPSDT, por sus siglas en inglés) es la cobertura médica integral y preventiva para niños que ofrece Medicaid para miembros de hasta 21 años de edad inscritos en Medicaid o FAMIS Plus. El EPSDT detecta y trata problemas de salud por medio de:

- exámenes médicos, dentales, oculares y auditivos regulares;
- diagnóstico de problemas, y
- tratamiento de problemas dentales, oculares, auditivos y de otro tipo que se descubran durante los exámenes.

EL EPSDT ES GRATIS:

- Medicaid cubrirá los gastos de los exámenes del EPSDT.
- Medicaid cubrirá los gastos por el tratamiento de problemas dentales, oculares, auditivos y de otro tipo que se descubran durante los exámenes si los servicios son médicamente necesarios para eliminar un problema o evitar que empeore.
- Si llena los requisitos para la cobertura de transporte, Medicaid proporcionará el servicio de transporte para la consulta de su niño. Comuníquese con su Organización de Atención Administrada, o, si no tiene una MCO, llame sin costo al 866-386-8331.

El médico de su niño lleva a cabo los exámenes del EPSDT y deben incluir:

- un historial completo de la salud, la nutrición y el desarrollo de su niño;
- un examen físico de pies a cabeza;
- educación de la salud;
- una revisión del crecimiento y el desarrollo;
- pruebas de laboratorio;
- pruebas de exposición al plomo a los 12 y 24 meses de edad o antes de los 6 años de edad si no se le ha administrado la prueba anteriormente;
- inmunizaciones o vacunas, según sea necesario;
- examen ocular;
- examen auditivo, y
- derivación a un dentista a la edad de un año.

Los exámenes dentales con un dentista se deben llevar a cabo cada 6 meses. Para obtener una derivación a un dentista, llame a Smiles for Children al 1-888-912-3456.

Usted debe llevar a su niño donde el médico para que le realicen exámenes desde una edad temprana y de forma regular. **Obtener los exámenes regulares del EPSDT, aun cuando su niño no esté enfermo, es la mejor manera de asegurar que su hijo se mantenga sano.**

Use el cuadro a continuación para saber cuándo debe hacerse exámenes regulares su niño:

Los bebés necesitan exámenes a la edad de:	Los niños pequeños y los niños necesitan exámenes a la edad de:	Los niños mayores necesitan exámenes a la edad de:	Los adolescentes necesitan exámenes a la edad de:
3 a 5 días 1 mes 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses	15 meses 18 meses 2 años 30 meses 3 años 4 años	5 años 6 años 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años 20 años

Pida a su médico más información acerca de las inmunizaciones

Si se requiere un tratamiento o servicio para corregir o mejorar un problema detectado durante un examen del EPSDT, o evitar que empeore dicho problema, hable con el médico de su niño. Hay servicios que tienen la cobertura del EPSDT que por lo general no cuentan con la cobertura de Medicaid. Su niño podría ser derivado a atención especializada médicamente necesaria u otros servicios de atención médica si el médico de cabecera o proveedor de pruebas de detección no puede proporcionar el tratamiento.

SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO (LTSS, por sus siglas en inglés)

Medicaid cubre los gastos de los servicios de LTSS (también conocidos como atención a largo plazo) en hogares y comunidades por medio de exenciones, y en algunos entornos institucionales, tales como hogares de ancianos, centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales, y para personas en la comunidad por medio de una exención de cuidado domiciliario y comunitario.

Para llenar los requisitos de los servicios LTSS, la persona debe reunir ciertas condiciones de nivel de cuidado. Estos requisitos podrían incluir asistencia en actividades cotidianas y una necesidad de cuidados de enfermería.

Para recibir los servicios LTSS, hay un requisito federal que la persona debe estar en peligro de institucionalización dentro de un plazo de 30 días si no se prestan los servicios LTSS. Existen normas y requisitos (tales como pruebas de admisión, evaluación de transmisión de activos y pago de paciente) que solo aplican a personas que necesitan la cobertura de Medicaid para los servicios a largo plazo. Si un niño ha sido examinado médicamente, ha sido institucionalizado por 30 días y requiere los servicios LTSS, no se incluyen en la determinación financiera los ingresos y los recursos de sus padres.

Comuníquese con su dependencia local del DSS para obtener detalles acerca de si se requieren los servicios de atención a largo plazo.

Existen exenciones que están específicamente dirigidas a persona con discapacidades del desarrollo. Colectivamente, estos se conocen como Exenciones de Discapacidad del Desarrollo (DDW). Estas exenciones brindan apoyo en la comunidad más que en una alternativa institucional.

Para atender a las personas, deben tener una discapacidad del desarrollo que cumpla con el nivel institucional de criterios de atención, se determina que están en riesgo inminente de colocación institucional, y pueden ser proporcionó servicios críticos basados en la comunidad bajo la exención permitiendo que el individuo permanezca en casa para evitar la colocación institucional.

Estas exenciones pueden tener una lista de espera de participación en todo el estado. Las exenciones son las siguientes:

- **Exención de apoyo familiar e individual (anteriormente conocida como exención de apoyo DD):** Para personas que viven con sus familias, amigos o en su propio hogar, incluidos apoyos para aquellos con algunas necesidades médicas o de comportamiento disponible para ambos niños y adultos.

- **Exención de vida comunitaria (anteriormente conocida como exención de identificación):** esta exención incluye apoyos residenciales y una gama completa de asistencia médica, conductual y no médica. Disponible para adultos y niños.

- **Creación de la exención de independencia (anteriormente conocida como exención de DS)** - Para adultos (mayores de 18 años) capaz de vivir independientemente en la comunidad. Los individuos poseen, arriendan o controlan sus Los arreglos y apoyos de vivienda propios se complementan con alquileres no financiados por exención subsidios.

Comuníquese con su dependencia local del DSS, la Junta Directiva de Servicios Comunitarios, el Departamento de Servicios de Salud Conductual y Desarrollo, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y de Rehabilitación (DARS, por sus siglas en inglés), o la División de Servicios para Adultos Mayores y de Rehabilitación de DMAS (DADS, por sus siglas en inglés) al (804) 692-0481 para obtener más información.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derecho a...

- presentar una solicitud para recibir atención;
- recibir información escrita acerca de políticas de requisitos específicas;
- que las decisiones se tomen de inmediato (dentro de los límites establecidos por las normas estatales y federales);
- recibir notificación escrita de la decisión;
- que se mantenga la confidencialidad de su información personal y de salud;
- recibir avisos previos de acciones que dan por finalizada su cobertura o la reducen, y
- apelar cualquier acción, tal como:

- cualquier decisión que deniegue, dé por finalizada o reduzca las condiciones necesarias para la cobertura de Medicaid;
- cualquier período de tiempo poco razonable que haya demorado decidir si usted reúne las condiciones necesarias, y
- cualquier decisión que deniegue, dé por finalizada o reduzca los servicios médicos con cobertura de Medicaid.

Usted es responsable de...

- completar con exactitud y veracidad los formularios de solicitud y renovación;
- proporcionar la información solicitada, o de informar a su trabajador de requisitos acerca de cualquier problema que pudiera tener en obtener la información necesaria;
- informar a su trabajador de requisitos sobre cualquier otro seguro médico que pudiera cubrir algunas de sus facturas;
- **notificar inmediatamente** cambios en sus circunstancias tales como:
  - cambios de domicilio, nacimiento de un hijo, fallecimiento de un miembro de la familia, matrimonio, empleo nuevo, añadir o eliminar otro seguro médico o cualquier cambio en las condiciones domésticas;
  - aborto o pérdida espontánea del embarazo;
  - cambios en sus condiciones financieras (las cuales incluyen tanto ingresos salariales como no salariales, tales como seguro social, Ingreso suplementario de seguridad —SSI, por sus siglas en inglés—, asistir al trabajo, cambios en el empleo, transmisión de activos o herencias). Cualquier seguro médico que pudiera cubrir algunas de sus facturas;
  - presentar un reclamo de lesiones personas a causa de un accidente;
- cumplir con sus consultas programadas, y
- mostrar a su proveedor de atención médica su tarjeta(s) plástica del seguro cuando acude a recibir dicha atención.

FRAUDE Y OTRAS INDEMNIZACIONES

Cometer un fraude de Medicaid significa retener u ocultar deliberadamente información o dar información falsa para obtener la cobertura de Medicaid. También se comete fraude de Medicaid cuando un proveedor factura a Medicaid por servicios que no fueron prestados a un miembro de Medicaid, o si un miembro permite a otra persona usar su número de Medicaid para obtener atención médica y no se ha determinado si dicha persona llena los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid.

A cualquier persona condenada por cometer fraude de Medicaid en un tribunal de justicia se le podría requerir que reembolse al programa de Medicaid todas las pérdidas (reclamos pagados y primas de atención administrada) y dicha persona no podrá obtener la cobertura de Medicaid por un año después de la condena. Asimismo, la pena podría incluir una multa de hasta $25,000 y/o hasta 20 años de prisión. También es posible que tenga que reembolsar al programa de Medicaid por cualquier reclamo y prima de atención administrada pagados durante los períodos que no llenaba los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid debido a actos que no se consideran delictivos. El fraude o el abuso deben ser denunciados a su dependencia local del

Departamento de Servicios Sociales o a la Unidad de Auditorías de Beneficiados del DMAS al (804) 786-1066 (local) y sin costo al 866-486-1971. El fraude y el abuso también pueden ser denunciados por correo electrónico a recipientfraud@dmas.virginia.gov.

Medicaid también puede solicitar la indemnización de pagos efectuados por servicios recibidos por miembros que no llenan los requisitos, los cuales no pretendían cometer fraude, o por las primas de atención administrada pagadas en nombre de dichos miembros. **Esto también incluye la indemnización por servicios médicos recibidos durante un procedimiento de apelación cuando la demanda de la agencia se sostenga.** No hay limitación temporal para las indemnizaciones de Medicaid.

Si usted está inscrito en una MCO de Medicaid, este programa paga las primas a la MCO cada mes para asegurar la cobertura, aun cuando usted no haya usado ningún servicio médico ese mes. Estas primas se consideran pérdidas del programa y puede solicitarse la indemnización si se determina que usted no llenaba los requisitos durante cualquier período anterior. Si se determina que usted no llenaba los requisitos para obtener la cobertura en meses anteriores debido a que usted no declaró información verdadera ni informó sobre cambios en sus circunstancias al trabajador del caso, podría ser responsable de pagar las indemnizaciones por estas primas mensuales.

Responsabilidad de terceros y reclamos por lesiones personales

Si usted se ha lesionado en cualquier tipo de accidente y ha presentado un reclamo por lesión personal, debe informar a su trabajador de requisitos en su dependencia local del DSS. Se le notificará a Medicaid para que puedan solicitar a las partes responsables las indemnizaciones por los pagos de servicios médicos relacionados con su accidente. El DSS necesitará información tal como la fecha del accidente o lesión, el tipo de accidente, y el nombre del abogado o la aseguradora implicados en el reclamo de lesión personal.

Recuperación de patrimonio

La muerte de un miembro de Medicaid debe notificarse a la dependencia local del DSS de la persona fallecida tan pronto como sea posible. El DMAS es responsable de recuperar dinero del patrimonio de un miembro de Medicaid de 55 años de edad o mayor. La recuperación solo se puede llevar a cabo después de la muerte del cónyuge superviviente y solo si no hay hijos que sean ciegos, discapacitados o menores de 21 años de edad. Para obtener más información sobre una recuperación de patrimonio, consulte la hoja informativa de Recuperación de patrimonio en el sitio web del DMAS.

CUÁNDO Y CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene derecho de solicitar un recurso de apelación sobre cualquier acción relativa a los requisitos iniciales o permanentes de la cobertura de Medicaid. Lo anterior incluye demoras en el procesamiento de su solicitud, acciones para denegar su solicitud de servicios médicos o una acción para reducir o dar por finalizada la cobertura después de que se hayan determinado sus requisitos. Debe solicitar una apelación dentro de los 30 días de haber recibido la notificación de la agencia sobre dicha acción.

Usted o alguien que usted desee que lo represente pueden solicitar una apelación. Si desea que alguien lo represente en una apelación, esta persona debe tener su consentimiento escrito.
Puede solicitar una apelación rápida (acelerada) si usted o su médico creen que esperar una decisión podría poner en peligro su salud o su vida. No todas las apelaciones reúnen las condiciones para ser aceleradas. El DMAS decidirá y le informará si su apelación se agilizará o no.

Usted puede solicitar que continúe su cobertura durante la apelación. Para recibir cobertura constante, debe presentar su apelación antes de la fecha en que termine la cobertura o dentro de los diez (10) días de haber recibido la notificación de la agencia acerca de la acción. No todas las personas llenan los requisitos para que continúe su cobertura. Es probable que usted tenga que reembolsar a Medicaid por la cobertura adicional que recibió si pierde su apelación.

¿Cómo solicito una apelación?
Usted puede solicitar una apelación de cualquiera de las siguientes maneras:

1. Completar un Formulario de solicitud de apelación. Este se encuentra disponible:
   - en el sitio web del DMAS, www.dmas.virginia.gov;
   - solicitando un formulario en su dependencia local del Departamento de Servicios Sociales, y
   - llamando al DMAS al (804) 371-8488.

2. Enviar una carta con la información acerca de la apelación. Esta debe incluir:
   - el motivo de su apelación;
   - su nombre completo y su fecha de nacimiento;
   - su número de seguro social;
   - su número de caso o número de miembro de Medicaid (si lo conoce);
   - el nombre de la agencia o la oficina que envió la carta o Aviso de acción;
   - la fecha de la carta o el Aviso, y
   - una copia del Aviso o la carta que incluya todas las páginas, tanto el anverso como el reverso.

3. Llamar al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) al (804) 371-8488 y proporcionar toda la información que se mencionó en el inciso 2 anterior.

4. Visitar el DMAS en 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219 y proporcionar toda la información que se mencionó en el inciso 2 anterior.

Envíe el Formulario de solicitud de apelación o carta, y todos los documentos solicitados, incluida una copia completa del aviso acerca de la acción. Usted puede enviar esta información por:

Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov o
Fax: (804) 452-5454 o
Por correo: DMAS Appeals Division, 600 East Broad Street, Richmond, VA 23219

Una vez que usted presente su apelación, se le notificará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden llevar a cabo por teléfono.

La decisión del Funcionario de audiencias es la decisión administrativa final que dictamina el Departamento de Servicios de Atención Médica (DMAS). Sin embargo, si usted no está de acuerdo con la decisión del Funcionario de audiencias, puede presentar un recurso de apelación a su circuito local de tribunales.

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD

Si usted recibe servicios de atención médica de una agencia como el DMAS, esta agencia podría obtener información médica (de salud) acerca de usted. De conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y cualesquier requisitos posteriores tal como el Omnibus de 2014, su información médica está protegida. La información médica incluye cualquier información relativa a: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la atención médica que se le presta, o (3) los pagos de su atención médica pasados, presentes o futuros.

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Lo siguiente describe cómo se podría usar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. **Sírvase leerlo cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a...

- obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos;
- corregir sus expedientes médicos y de reclamos;
- solicitar comunicación confidencial;
- pedir que limitemos la información que compartimos;
- obtener una lista de los terceros con quienes hemos compartido su información;
- obtener una copia de este aviso de privacidad;
- decidir que alguien actúe en su nombre, y
- presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- respondemos a preguntas de cobertura enviadas por su familia o amigos, y
- brindamos ayuda para catástrofes.

Nuestros usos y divulgaciones

Podríamos usar y compartir su información cuando:

- ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe;
- operamos nuestra organización;
- cubrimos los gastos de sus servicios de atención médica;
- administramos su plan de salud;
- ayudamos en asuntos de salud y seguridad pública;
- realizamos trabajos de investigación;

- acatamos la ley;
- respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con un médico forense o director funerario;
- atendemos solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales, y
- respondemos a demandas y acciones judiciales.

SUS DERECHOS Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de expedientes médicos y de reclamos

- reclamos y otra información médica que tengamos acerca de usted. Pregúntenos cómo puede solicitarla.
- Le proporcionaremos una copia o resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, por lo general dentro de un plazo de 30 días de haber recibido su solicitud. Podríamos cobrar una cuota razonable con base en el costo.

Solicitarnos corregir sus expedientes médicos y de reclamos

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo puede solicitarlo.
- Podríamos "denegar" su solicitud, pero le informaremos la razón por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su número telefónico de casa u oficina) o que enviemos la correspondencia a un domicilio distinto.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos "aceptarla" si usted nos informa de que estaría en peligro si la denegáramos.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos;

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos "denegarla" si afectara su atención médica.

Obtener una lista de los terceros con quienes hemos compartido su información

- Usted puede solicitar una lista (explicación) de las veces en que hemos compartido su información médica en los últimos seis años contados a partir de la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (tales como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos una explicación gratis por año, pero cobraremos una cuota razonable y con base en el costo si solicita otra dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad
Usted puede pedirnos una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir un aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con la mayor brevedad.

Decidir que alguien actúe en su nombre

- Si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esta persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

Presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados

- No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Defensa de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Usted puede presentar quejas si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el funcionario de privacidad del DMAS, 600 East Broad Street, Richmond, VA 23219 o enviando un correo electrónico a HIPAAprivacy@dmas.virginia.gov.

Sus opciones

Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones acerca de lo que desea que compartamos. Si usted tiene una preferencia clara acerca de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.
En estos casos, usted tiene tanto el derecho y la opción de permitirnos:

- compartir información con su familia, amigos u otras personas que participan en el pago de su atención médica, y
- compartir información en caso de ayuda para catástrofes.

Si usted no puede indicarnos sus preferencias, por ejemplo si se encuentra inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que sería lo mejor para su bienestar. También podríamos compartir su información cuando fuera necesario reducir una amenaza inminente a la salud o a la seguridad.

Nunca compartimos ni vendemos su información con fines de *marketing*.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe
Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le están brindando tratamiento.

Ejemplo: *Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos tramitar servicios adicionales.*

Operar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para operar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando fuera necesario.
- Tenemos prohibido usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo. Ejemplo: *Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

Cubrir los gastos de sus servicios de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos sus servicios de atención médica.

Ejemplo: *Compartimos su información médica con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.*

Administrar su plan

Podríamos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de seguro médico para fines administrativos.

Ejemplo: *La empresa para la que trabaja nos contrata para proporcionar un plan de seguro médico, y le proporcionamos a esta empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras: por lo general de formas que contribuyen al bien común, tales como salud e investigación públicas. Debemos cumplir varias condiciones de conformidad con la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones tales como:

- prevenir enfermedades;
- ayudar a retirar productos;
- informar sobre reacciones adversas a medicamentos;
- informar sobre supuestos abusos, negligencia o violencia doméstica, y
- prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Trabajos de investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones sobre la salud.

Acatamiento de la ley

Compartiremos su información si así lo requieren las leyes federales o estatales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea saber si estamos cumpliendo la ley de privacidad federal.

Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboración con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona muere.

Respuesta a solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- para reclamos de indemnización laboral;
- para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de policía;
- con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, y
- para funciones especiales de gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respuesta a demandas y acciones judiciales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Por ley se nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le notificaremos de inmediato en caso de una violación de datos que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos acatar los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia a usted.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a lo descrito en el presente, salvo que usted nos lo indique por escrito. Si usted nos lo autoriza, puede modificar esta opción en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si desea una modificación.

Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**.**

Cambios a las cláusulas de este aviso

Podemos cambiar las cláusulas de este aviso, y los cambios aplicarían a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible en nuestro sitio web, o a pedido, y le enviaremos por correo una copia.

DEFINICIONES

Actividades Cotidianas (**ADL, por sus siglas en inglés**)	Tareas de cuidado personal (p. ej. bañarse, vestirse, aseo personal, transferirse y comer o alimentarse). El nivel de dependencia de una persona para llevar a cabo estas actividades forma parte de la decisión sobre el nivel adecuado de necesidades de atención y servicio.

Transmisión de activos	Se debe compensar íntegramente a los solicitantes y beneficiados de Medicaid por cualquier transmisión de dinero, bienes u otros activos.
Representante autorizado	Persona que está autorizada por escrito a llevar a cabo los asuntos personales o financieros de otra persona física.
Trabajador del caso	Trabajador de requisitos en el departamento local de servicios sociales que procesa la solicitud para determinar los requisitos de Medicaid y es la persona que continúa el caso. Esta es la persona con quien usted se comunicaría con respecto a cambios, tales como su domicilio o sus ingresos, o a problemas, tales como no recibir la tarjeta de Medicaid.
Coseguro	La porción de los cobros permitidos de Medicare, Medicaid u otro seguro que el paciente es responsable de pagar.
Copago	La porción de los cobros permitidos por Medicare que un miembro tiene que pagar directamente al proveedor por ciertos servicios o procedimientos prestados.
Cover Virginia	Unidad de operaciones del DMAS que presta una serie de servicios, los cuales incluyen un centro de atención para responder a preguntas o enviar solicitudes o renovaciones, unidad de procesamiento central para tramitar las solicitudes de Asistencia médica y FFM, y desempeña funciones para grupos especializados tales como personas encarceladas o personas que reúnen las condiciones para los requisitos presuntivos en hospitales. También es la entidad encargada de mantener el sitio web de Cover Virginia: www.coverva.org.
DMAS	Departamento de Servicios de Atención Médica, agencia que gestiona los programas FAMIS y Medicaid en Virginia.
DSS	Departamento de Servicios Sociales, agencia que determina los requisitos de la Asistencia médica y otros servicios, tales como el Programa de Asistencia a la Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). El DSS también puede referirse a las dependencias locales de servicios sociales.
EPSDT	El programa de Detección Temprana y Examinación Periódica, Diagnósticos y Tratamientos para Niños (EPSDT, por sus siglas en inglés) es una cobertura de atención médica preventiva que ofrece exámenes de niño sano con pruebas e inmunizaciones para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Los servicios médicamente necesarios requeridos para corregir y mejorar afecciones de la salud o evitar que empeoren, y las enfermedades físicas o mentales (detectadas durante alguna prueba), podrían contar con la cobertura del programa EPSDT aun cuando no tengan la cobertura del plan de seguro Medicaid del estado.

FAMIS	La Garantía de Acceso Familiar a Seguro Médico es el programa de seguro médico para niños de Virginia que ayuda a pagar la atención médica de niños menores de 19 años de edad y de mujeres embarazadas (FAMIS MOMS). FAMIS tiene límites de ingresos más altos que Medicaid.
Fraude	Retener u ocultar deliberadamente información o dar información falsa para obtener o intentar obtener la cobertura de Medicaid.
Medicamentos genéricos	Réplicas de medicamentos que tienen las mismas características de dosis, seguridad, potencia, calidad, desempeño y uso previsto que un medicamento de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos requieren que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, potencia, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos no tienen los mismos costos de inversión que los creadores de medicamentos nuevos; por tanto, los medicamentos genéricos son menos costosos.
Mercado de Seguros Médicos (HIM, por sus siglas en inglés)	Mercado en línea de planes de seguro privados operado por el gobierno federal. Las personas pueden comprar seguros médicos, comparar planes y primas de seguros privados y determinar si llenan los requisitos para obtener ayuda financiera a fin de pagar el seguro. También se lo denomina FFM por sus siglas en inglés (Mercado Facilitado Federalmente).
Atención administrada	Prestación de servicios de atención médica que destaca la relación entre un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) y el miembro de Medicaid (denominado “el hogar médico”). El objetivo de la atención administrada es el de tener un punto central por medio del cual se coordina toda la atención médica. Se ha comprobado que la atención administrada mejora el acceso a la atención médica, promueve el cumplimiento y la responsabilidad de los pacientes cuando tratan de encontrar la atención y los servicios médicos, brinda continuidad a la atención, fomenta el cuidado preventivo y produce mejores resultados médicos. La mayoría de los miembros de Medicaid en Virginia tienen que recibir su atención médica por medio de programa de organizaciones de atención administrada.
Organización de Atención Administrada	Una MCO (MCO, por sus siglas en inglés) es un plan de seguro médico contratado para prestar servicios médicos y coordinar los servicios de atención médica por medio de una red de proveedores.
Medicaid	Programa de asistencia que ayuda a ciertas personas y familias de escasos recursos a pagar la atención médica.
Medicare	El programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, personas menores de 65 que reciben seguro por discapacidad del seguro social o personas menores de 65 que padecen enfermedad renal en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés).

Médicamente frágil	Término que podría describir a una persona que padece enfermedades crónicas, y podría incluir a personas con trastornos de salud mental o abuso de sustancias. Además, podría definir a una persona para quien la atención médica de intervención profesional diaria (enfermería) es médicamente necesaria.
Médicamente necesario	Servicios razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento físico.
Pago de paciente	Es posible que las personas con ingresos tengan que aportar para cubrir el costo de sus servicios de atención médica a largo plazo.
Médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)	Es el médico o el consultorio que atiende la mayoría de necesidades de atención médica personal, lo deriva a otros proveedores de atención médica cuando sea necesario y lleva el control de la salud de los miembros de Medicaid. Un PCP puede ser un médico especialista en medicina interna, un pediatra (médico de los niños), ginecobstetra (médico de la mujer) o ciertos consultorios y centros de salud.
Recursos (Activos)	Un recurso puede ser dinero disponible, en una cuenta bancaria o en una caja fuerte; acciones; bonos; certificados de depósito; fideicomisos; planes de sepelio prepagados; automóviles; barcos; pólizas de seguro de vida, y bienes inmuebles tales como una casa o un terreno.
SSA	La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) es la agencia federal que administra los programas de jubilación, de supervivientes y de seguro por discapacidad del Seguro Social. También es la agencia que administra el programa de Ingreso de Seguro Complementario para los adultos mayores, ciegos y discapacitados.
SSI	El Ingreso de Seguro Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) es un programa federal administrado por la Administración del Seguro Social que paga las coberturas mensuales de personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años de edad con ingresos y recursos limitados. Los niños ciegos y discapacitados, así como los adultos, pueden obtener las coberturas del SSI.
Instrumento de Evaluación Uniforme (UAI, por sus siglas en inglés)	Un formulario de evaluación completado por un equipo que evalúa la capacidad del solicitante de llevar a cabo actividades cotidianas.

DIRECCIONES, NÚMEROS TELEFÓNICOS y SITIOS WEB

Dependencias locales de servicios sociales en su ciudad o condado

www.dss.virginia.gov/localagency

Consulte las páginas (azules) gubernamentales del directorio telefónico local para obtener el número de contacto indicado si desea la siguiente información:

- preguntas acerca de solicitar la cobertura de Medicaid o sus requisitos para el programa;
- informar acerca de un cambio de domicilio, ingresos u otro suceso importante;
- preguntas acerca de los exámenes previos a la admisión en los servicios de atención a largo plazo, y
- solicitar hojas informativas acerca de los requisitos de Medicaid.

Departamento de Servicios Sociales de Virginia *(VDSS, por sus siglas en inglés)*
www.dss.virginia.gov
Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a las acciones del personal contratado por su dependencia local de servicios sociales, escriba a Virginia Department of Social Services, Bureau of Customer Service, 801 E. Main Street, Richmond, VA 23219. También puede llamar a VDSS al (804) 726-7000 o enviar inquietudes por correo electrónico a www.citizen.services@dss.virginia.gov. El sitio web del DSS es www.dss.virginia.gov.

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

- Para obtener información sobre las **apelaciones** de Medicaid, llame al (804) 371-8488.
- Servicios dentales, **Smiles for Children**, 1-888-912-3456.
- Para obtener información acerca de **FAMIS y Medicaid**, llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282.
- Para denunciar fraude o abuso, **llame** a la Unidad de Auditorías de Beneficiados del DMAS al (804) 786-0156 o a su dependencia local del Departamento de Servicios Sociales al (804) 786-1066 y sin costo al 1-866-486-1971.
- Para el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, por sus siglas en inglés), llame sin costo al 1-800-432-5924.
- Para obtener información acerca de la **Atención administrada**, llame al 1-800-643-2273.
- Información o problemas de la **Atención a largo plazo**, llame al (804) 225-4222.
- Si tiene problemas de facturación o con los servicios de los proveedores, llame a la **Línea de Ayuda de Beneficiados** al 804-786-6145, o escriba a la Unidad de Servicios de Beneficiados a la dirección que figura en la portada de este manual.
- **Transporte**; si usted necesita transporte para acudir a una cita de un servicio con cobertura de Medicaid y no está inscrito en una MCO, llame a **Logisticare** sin costo al 1-866-386-8331.
- Los proveedores de servicios médicos envían solicitudes para autorización previa de tratamiento a **KePRO**, la compañía de administración de utilización de atención médica de Virginia. Los servicios que no requieren de autorización previa incluyen los farmacéuticos, dentales y de transporte.
- Para obtener información sobre la salud conductual, llame a Magellan al 1-800-424-4046 o visite www.magellanofvirginia.com.

Recursos útiles

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que administra y supervisa el programa de Medicaid en Virginia, el cual brinda acceso a la atención médica a las personas más vulnerables del estado.

Cover Virginia
Los virginianos pueden recibir información acerca de Medicaid, FAMIS (el programa de seguro médico de niños), y otras opciones de atención médica comunitaria de Cover Virginia. Cover Virginia también tramita ciertas solicitudes de Medicaid en su Unidad de Procesamiento Central. Para obtener más información, visite www.coverva.org**.** Las personas sin acceso a una computadora puede presentar una solicitud llamando a Cover Virginia al 1-855-242-8282.

El Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que crea y administra programas que ofrecen una gama de opciones para ayudar a los ciudadanos. Esto incluye determinar si se llenan los requisitos de las solicitudes de Asistencia médica (MA, por sus siglas en inglés) para los Programas de Medicaid y seguro médico para niños (conocido como FAMIS), Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal a Familiar Necesitadas (TANF), Asistencia de Enfriamiento y Calefacción (LIHEAP) y Asistencia a la Atención Médica de Niños. Usted puede localizar su dependencia local del departamento de servicios sociales en www.dss.virginia.gov/localagency. También supervisan al servicio web de CommonHelp ubicado en commonhelp.virginia.gov.

CommonHelp es un servicio en Internet que le permitirá:

- investigar los requisitos de las coberturas y atenciones de servicios sociales;
- solicitar las coberturas y servicios (incluidas las renovaciones);
- revisar el estado de las coberturas, y
- notificar cambios

Recursos adicionales

Los servicios de **intervención temprana** están disponibles en todo el estado de Virginia para ayudar a bebés y niños pequeños (menores de tres años de edad que tienen retrasos o discapacidades de desarrollo, o están en peligro de padecerlos) y sus familias. Comuníquese con Infant & Toddler Connections of Virginia al (804) 786-3710 o www.infantva.org.

Head Start es un programa preescolar financiado por el gobierno federal que atiende a niños y familias de bajos recursos. Comuníquese con su división escolar local para obtener más información o visite www.headstartva.org.

El **Mercado de Seguros Médicos** (HIM, por sus siglas en inglés) es la fuente en línea donde las personas pueden acceder al Mercado de Seguros Médicos Federales. El gobierno federal opera el Mercado en el que se puede determinar si una persona llena los requisitos para obtener los créditos tributarios federales o la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). También ayuda a las personas a comprar e inscribirse en seguros médicos al alcance de su bolsillo. Obtenga más información llamando al 1-800-318-2596 o visitando el sitio web en www.healthcare.gov.

Medicare
Las personas inscritas en Medicare, los familiares y los cuidadores deben visitar Medicare.gov, el sitio oficial del gobierno de EE. UU. para las personas en el programa Medicare, para obtener la información más reciente sobre inscripciones, coberturas y otras herramientas útiles.

El **Programa de Madres Recurso** capacita y supervisa a mujeres laicas para que sirvan de apoyo a adolescentes embarazadas y padres adolescentes de bebés. Las adolescentes corren alto riesgo de tener resultados desfavorables en el parto, tanto médica como socialmente. El programa ayuda a adolescentes embarazadas de bajos recursos a obtener cuidados prenatales y otros servicios comunitarios, seguir buenas prácticas de cuidado de la salud, y continuar en la escuela. También fomenta la participación del padre del bebé y los padres de la adolescente a fin de crear un hogar estable y propicio. Para obtener más información, comuníquese con la División de Salud de Niños y Familias, Departamento de Salud de Virginia al (804) 864-7673 o visite http://www.vdh.virginia.gov/family-home-visiting/resource-mothers-program/.

Las **escuelas** son eslabones clave para mejorar la salud de los niños. Las escuelas ayudan a identificar los problemas de salud de los niños y a informar a las familias acerca de la asistencia de Medicaid y el programa de EPSDT. Visite el sitio web del Departamento de Educación de Virginia para obtener más información: www.doe.virginia.gov/students_parents/.

VirginiaNavigator

Visite el sitio web de **VirginiaNavigator** para encontrar programas, servicios e información útiles para adultos mayores, cuidadores, generación de posguerra (*baby boomers*) y sus familias. También proporcionan enlaces a sus otros sitios web, tales como SeniorNavigator, disAbilityNavigator, VeteransNavigator y el Lindsay Institute for Innovations in Caregiving. Visite www.seniornavigator.org o llame al (804) 525-7728.

Administración de Seguro Social

Para obtener información acerca de las coberturas y servicios del seguro social y para encontrar información acerca de obtener una tarjeta del seguro social o para solicitar las coberturas, visite www.ssa.gov.

El Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) es un programa educativo de alimentos y nutrición suplementarios que proporciona cupones para la compra de alimentos nutritivos específicos. Ofrece asesoría de nutrición a mujeres embarazadas, posparto o lactantes, bebés y niños menores de 5 años de edad con necesidades nutricionales y financieras. El médico de su niño o los proveedores de exámenes del EPSDT deben derivar a bebés y niños que llenan los requisitos al departamento local de salud para que obtengan información adicional y una determinación para saber si llenan los requisitos de WIC. Comuníquese con ellos en www.wicva.com o llamando al 1-888-942-3663.

Virginia Easy Access

El programa Virginia Easy Access ofrece información a personas que necesitan apoyos a largo plazo acerca de apoyos comunitarios, preparación en caso de emergencia, ayuda financiera, vivienda, derechos, transporte, veteranos y otros enlaces relacionados. El enlace es www.easyaccess.virginia.gov. Puede comunicarse con Virginia Easy Access marcando 211 o también llamando al 1-800-552-3402.

El **Virginia Healthy Start Loving Steps Initiative** (VHSI) se ha creado para reducir la mortalidad infantil en la siguientes zonas: Norfolk/Portsmouth, Petersburg y el condado de Westmoreland. Comuníquese con el coordinador del programa Healthy Start en el Departamento de Salud de

Virginia llamando al 1-804-864-7788 o visite http://www.vdh.virginia.gov/family-home-visiting/healthy-start-loving-steps/.

Virginia No Wrong Door (NWD) es un sociedad pública y privada a nivel estatal con un sistema y red virtuales de recursos compartidos en todo el estado, diseñada para facilitar el acceso a los servicios y apoyos a largo plazo; conectar a personas, proveedores y comunidades en todo el estado. Puede comunicarse llamando al (804) 662-7000 o visitando https://www.nowrongdoorvirginia.org/.

2-1-1 Virginia es un servicio gratuito que conecta a personas a información gratuita acerca de los servicios comunitarios disponibles. Un profesional capacitado escucha su situación y sugiere fuentes de ayuda usando una de las bases de datos de salud y servicios humanos más grandes de Virginia. El servicio ofrece acceso a recursos en su comunidad y en todo el estado. Usted puede comunicarse con ellos en 211virginia.org o usar su número telefónico fácil de recordar, 2-1-1.

Los **Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid** (CMS, por sus siglas en inglés) es una agencia federal que pertenece al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) que administra el programa Medicare, trabaja conjuntamente con el estado de Virginia para administrar Medicaid y los Programas de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), tiene a su cargo la supervisión del Mercado de Seguros Médicos (HIM, por sus siglas en inglés), y administra las normas de portabilidad de seguros médicos. El sitio web del CMS se encuentra en https://www.cms.gov/

- Fin -