



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



Guía para Miembros sobre Atención Médica Administrada de Medicaid

VIGENTE A PARTIR DEL 1 de julio de 2023



Índice

1. Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid	11
Le Damos la Bienvenida a Optima Health, en Colaboración con Kaiser Permanente	11
Cómo Utilizar Esta Guía.....	12
Su Paquete de Bienvenida.....	13
Tarjeta de Identificación de Miembro de Kaiser Permanente	13
Directorios de Proveedores y Farmacias	14
¿Cuál Es Nuestra Área de Servicio?	14
Lista de Medicamentos Cubiertos	14
Lista de Servicios Cubiertos y No Cubiertos.....	15
Información Sobre Elegibilidad	15
Cómo Obtener Ayuda de Inmediato	15
Servicio a los Miembros	15
Cómo Comunicarse con Servicio a los Miembros	15
Los Representantes de Servicio a los Miembros Pueden Ayudarle a Hacer lo Siguiente	16
Cómo Comunicarse con un Administrador de Atención Médica	16
La Línea de Consejos Médicos Está Disponible las 24 Horas del día, los 7 Días de la Semana ..	17
Línea de Crisis de la Salud del Comportamiento	18
2. Cómo Funciona la Atención Médica Administrada	20
¿Cuáles son los Requisitos de Elegibilidad para ser Miembro?.....	20
¿Qué Hace que NO Sea Elegible para Ser Miembro de Kaiser Permanente?.....	20
Responsabilidad de Terceros	21
Cobertura de Salud Integral	21
Inscripción	22
Asignación del Plan de Salud.....	22
Cómo Cambiar su Plan de Salud.....	23
Reinscripción Automática	23
¿Cuáles Son las Ventajas de Elegir Optima Health en Colaboración con Kaiser Permanente?	23
¿Qué es una Valoración de Riesgos para la Salud?.....	24
Periodo de Continuidad de la Atención.....	24
¿Qué Sucede Si Tengo Otra Cobertura?	24



3. Cómo Obtener Atención y Servicios Habituales	25
Cómo Obtener Atención de un Proveedor de Atención Primaria (PCP).....	25
Directorio de Proveedores	25
Cómo Elegir su PCP	26
Puede Elegir ver a un Proveedor de Atención Médica Indígena si	26
Qué Ocurre Si Su PCP Actual No Está en Nuestra Red	27
Cómo Obtener Atención de Proveedores de Otra Red	27
Cambio de Su PCP	27
Programación de una Cita con su PCP	27
Normas para las Citas.....	28
Normas para Tiempo de Viaje y Distancia	29
Accesibilidad	29
¿Qué Sucede Si Un Proveedor Deja La Red?	29
¿Qué Tipo de Personas y Lugares Son Proveedores de la Red?	30
¿Qué Son las Farmacias de la Red?	30
Servicios que Puede Obtener Sin una Referencia o una Autorización Previa.....	31
4. Cómo Obtener Atención y Servicios Especializados	32
¿Qué Son los Especialistas?.....	32
¿Cómo Accedo a un Especialista de la Red?	32
Cómo Obtener Atención de Proveedores que No Pertenecen a la Red	33
Cómo Obtener Atención de Proveedores Fuera del Estado	34
5. Cómo Obtener Atención y Servicios de Emergencia	35
¿Qué Es una Emergencia?	35
¿Qué Hacer en una Emergencia?	35
¿Qué Es una Emergencia Médica?	35
¿Qué es una Emergencia de Salud del Comportamiento?	35
Ejemplos de lo que No Es una Emergencia.....	36
¿Qué Hacer Si Tiene una Emergencia Cuando Está de Viaje?	36
¿Qué Servicios Están Cubiertos si Tiene una Emergencia?	36
Después de una Emergencia	36
En Caso de Hospitalización.....	37
¿Qué Pasa si no Era una Emergencia Médica?	38



6. Cómo Obtener Atención de Urgencia	39
¿Qué es la Atención de Urgencia?	39
7. Cómo Obtener Medicamentos Recetados	41
Reglas para la Cobertura de Medicamentos de Pacientes Ambulatorios de Optima Health.....	41
Como Surtir sus Recetas Médicas	43
Lista de Medicamentos Cubiertos	44
Límites de Cobertura para Algunos Medicamentos.....	44
Obtención de Aprobación Previa	45
Prueba de un Medicamento Diferente Primero	45
Límites de Cantidad	45
Suministro de Emergencia	45
Medicamentos sin Cobertura	46
Cambio de Farmacia	46
¿Puede Usar los Servicios de Pedido por Correo para Surtir sus Recetas Médicas?	46
¿Puede Obtener un Suministro de Medicamentos a Largo Plazo?	47
¿Es Posible Utilizar una Farmacia que No Está en la Red?	47
¿En qué Consiste el Programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?.....	47
8. Beneficios	49
Reglas para la Cobertura General.....	49
Beneficios que Cubrimos (Medallion 4.0).....	49
Beneficios Adicionales Incluidos en su Plan.....	53
¿Qué son los Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)?.....	55
Cómo Acceder a la Cobertura de los Servicios de EPSDT.....	56
Cómo Acceder a la Cobertura de los Servicios de Intervención Temprana	57
Asistencia para Adopción y Cuidados de Crianza	57
Cómo Obtener Acceso a Servicios de Salud Materna e Infantil	58
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	58
Inscripción de Recién Nacidos	60
Cómo Acceder a los Servicios de Planificación Familiar	60
Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento	60
Cómo Acceder a los Servicios para Adicciones y Tratamiento de Recuperación (ARTS)	61
Cómo Acceder a los Servicios de Transporte que No Son de Emergencia	62



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



9. Servicios Sin Cobertura	63
Qué Sucede Si Recibe Servicios Sin Cobertura	64
10. Servicios Cubiertos mediante el Programa Medicaid de Pago por Servicio	65
Servicios Disociados	65
Servicios que Cancelarían Su Inscripción	66
11. Servicios con Cobertura por medio de FAMIS	67
12. Procedimiento para la Autorización de Servicios	87
Explicación de las Autorizaciones de Servicios	87
Autorizaciones de Servicios y Transición de la Atención	89
Cómo Presentar una Solicitud de Autorización de Servicios	89
¿Qué Sucede Después de Presentar una Solicitud de Autorización de Servicios?	89
Plazos para la Revisión de la Autorización de Servicios	90
Determinación de Beneficios	92
Continuidad de la Atención	92
Revisión Posterior al Pago	92
13. Apelaciones, Audiencias Estatales Imparciales y Quejas (Quejas Formales)	93
Su Derecho a Apelar	93
Representante Autorizado	93
Determinación Adversa de Beneficios	93
Cómo Presentar Su Apelación	94
Continuación de los Beneficios	94
Qué Ocurre Después de que Recibimos Su Apelación	95
Plazos para las Apelaciones	95
Aviso por Escrito sobre la Decisión de una Apelación	96
Su Derecho a una Audiencia Estatal Imparcial	97
Solicitudes para una Revisión Estándar o Acelerada	97
Representante Autorizado	97
A Dónde Enviar la Solicitud para una Audiencia Estatal Imparcial	97
Después de Presentar su Apelación para una Audiencia Estatal Imparcial	98
Plazos para la Audiencia Estatal Imparcial	98
Apelación Acelerada	98
Apelación Estándar	98
Continuación de los Beneficios	98
Qué Sucede si la Audiencia Estatal Imparcial Revoca la Denegación	99



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



Table listing various services and their page numbers, including sections for 'Derechos de los Miembros' and 'Responsabilidades de los Miembros'.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



16. Fraude, despilfarro y abuso 118
 ¿Qué Son el Fraude, el Despilfarro y el Abuso?118
 ¿Cómo Reporto el Fraude, el Despilfarro o el Abuso?119

17. Otros Recursos Importantes 120

18. Palabras Claves y Definiciones Usadas en esta Guía 122

19. Anexo sobre la Expansión de Medicaid 129



Ayuda en Otros Idiomas o Formatos Alternativos

Esta guía está disponible sin costo en otros idiomas y formatos, por ejemplo, en línea, impresa en letra grande, en Braille o en CD de audio. Para solicitar esta guía en un formato o idioma alternativo, llame a Servicio a los Miembros al 855-249-5025 (TTY 711) y se le proporcionará dentro de 5 días hábiles.

Si tiene dificultades para entender esta información, comuníquese con el personal de Servicio a los Miembros al 855-249-5025 (TTY 711) para solicitar ayuda sin costo alguno.

Además, los miembros de Kaiser Permanente con necesidades de comunicación auditivas o del habla distintas pueden marcar 711 para hablar con un operador de servicios de retransmisión de telecomunicaciones (*Telecommunications Relay Services, TRS*) que le ayudará a comunicarse con el personal de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente. Los usuarios de voz y de TRS pueden llamar al 711 desde cualquier teléfono en cualquier lugar de los Estados Unidos sin costo.

“Si no habla inglés, llámenos al 855-249-5025 (TTY 711). Tenemos acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder sus preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que pueda comunicarse con usted en su idioma”.

Spanish: Si no habla inglés, llámenos a 855-249-5025 (TTY 711). Tenemos acceso a servicios de intérprete y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma de forma gratuita. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Korean: 영어로 말할 수 없다면 855-249-5025 (TTY 711)로 전화하십시오. 저희는 통역 서비스를 이용할 수 있으며 귀하의



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



언어로 된 질문에 무료로 답변 할 수 있습니다. 우리는 또한 귀하의 언어로 의사 소통 할 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾으도록 도울 수 있습니다.

Vietnamese: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi tại 855-249-5025 (TTY 711). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ phiên dịch và có thể giúp trả lời câu hỏi của bạn trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm thấy một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe người có thể giao tiếp với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

Chinese: 如果您不会说英语，请致电855-249-5025 (TTY 711)。我们可以使用翻译服务，并可以用您的语言免费回答您的问题。我们还可以帮助您找到一个能用您的语言与您沟通的医疗保健提供者。

Arabic: إذا كنت لا يتزلمون الإنكليزية، اتصل بنا على <1-الثلاثون-الثلاثون-249-855-5025 (TTY 711). الحصول على خدمات متهم شفوي، ويمكن أن تساعد الإجابة على أسئلتك باللغة الخاصة بك. يمكننا أيضا مساعدتك العثور على موفر الرعاية الصحية الذين يمكن التواصل معك باللغة الخاصة بك.

Tagalog:

kung ikaw ay hindi nagsasalita ng ingles , mo sa amin & It ; 855-249-5025 (TTY 711). & gt ; . kami ay ng interpreter paglilingkod at makakatulong ang sagot sa tanong na ang wika ng katungkulan . at kami ay tulungan ka ng ng pangangalaga sa kalusugan nagkakaloob na ang pamamahagi sa inyo sa inyong mga wika.

Farsi:

اگر انڈیا © صحت با ما تماس بگیرید در (TTY 711) 855-249-5025. ما دست q آ به خدمات ترجم شفاهی و سئوالات زبان شما آ تواند کمک کند. ما همچنین آ توانید کمک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی است که آ تواند ارتباط با شما زبان خود را پیدا کنید.

Amharic: እንግሊዝኛ መናገር የማይችሉ ከሆነ, 855-249-5025 (TTY 711). ይደውሉልን. እኛ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች መዳረሻ ያላቸው እና ከክፍያ ነጻ በራስዎ ቋንቋ ውስጥ የእርስዎን ጥያቄዎች መልስ ለማግኘት ይችላሉ. እኛ ደግሞ እንደ እናንተ የእርስዎን ቋንቋ ከአንተ ጋር መገናኘት የሚችል የጤና እንክብካቤ አቅራቢ እንዲያገኙ ሊረዱዎት ይችላሉ.

Urdu: 5025-249-855 پر ہمس کال کریں۔ (TTY 711) اگر آپ انگریزی نہیں بولیں، تو 855-249-5025 پر ہمس کی خدمات تک رسائی حاصل ہے اور مفت کے انچارج اپنی زبان میں آپ کے سوالات کا جواب دیے میں مدد کر سکتے ہیں۔ ہم نے بھی آپ جو آپ آ زبان میں آپ آ ساتھ بات چیت کر سکتے ایک صحت آ دیکھ بھال فراہم آ تلاش میں مدد کر سکتے ہیں۔

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous à 855-249-5025 (TTY 711). Nous avons accès à des services d'interprètes et pouvons vous aider à répondre à vos questions dans votre langue gratuitement. Nous pouvons également vous aider à trouver un fournisseur de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Russian: Если вы не говорите по-английски, позвоните нам по телефону 855-249-5025 (TTY 711). Мы имеем доступ к услугам переводчика и может помочь ответить на ваши вопросы на вашем языке бесплатно. Мы также можем помочь вам найти поставщика медицинских услуг, которые могут общаться с вами на вашем языке.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



Hindi: आप अंग्रेजी नहीं बोलते हैं, तो 855-249-5025 (TTY 711). पर कॉल करें। हम दुभाषिया सेवाओं के लिए उपयोग किया है और नि: शुल्क अपनी भाषा में आपके सवालों के जवाब कर सकते हैं। हम यह भी मदद कर सकता है आप एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो आपकी भाषा में आप के साथ संवाद कर सकते हैं।

German: Wenn Sie kein Englisch sprechen, rufen Sie uns unter 855-249-5025 (TTY 711). an. Wir haben Zugang zu Dolmetscherdiensten und können Ihnen helfen, Ihre Fragen in Ihrer Sprache kostenlos zu beantworten. Wir können Ihnen auch helfen, einen Arzt zu finden, der mit Ihnen in Ihrer Sprache kommunizieren kann.

Bengali: আপনি ইংরেজি বলতে পারি না, তাহলে 855-249-5025 (TTY 711) আমাদের সঙ্গে যোগাযোগ করুন. আমরা দোভাষীর পরিষেবাগুলিতে অ্যাক্সেস আছে এবং নিখরচা আপনার ভাষায় আপনার প্রশ্নের উত্তর সাহায্য করতে পারেন. আমরা সাহায্য করতে পারেন একটি স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারী যারা আপনার ভাষায় আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন.

Portuguese: Se você não fala inglês, ligue para 855-249-5025 (TTY 711). Temos acesso a serviços de intérprete e podemos ajudar a responder às suas perguntas no seu idioma gratuitamente. Também podemos ajudá-lo a encontrar um profissional de saúde que possa se comunicar com você em seu idioma.



1. Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid

Le Damos la Bienvenida a Optima Health, en Colaboración con Kaiser Permanente

Gracias por elegir Optima Health como su plan de atención médica administrada de Medicaid preferido. Optima Health y Kaiser Permanente se unen en Virginia del Norte para ofrecerle un acceso más amplio a los servicios de atención médica. Optima Health es una de las organizaciones para la atención médica administrada que brinda servicio en Virginia. Como organización para la atención médica administrada, cubre sus beneficios médicos y de salud del comportamiento. Con esta relación, los miembros de Optima Health pueden recibir servicios de atención médica de calidad por medio de Mid-Atlantic Permanente Medical Group, Inc. (MAPMG). Trabajamos en conjunto para brindarle la atención médica que necesita.

Si es un miembro nuevo, nos comunicaremos con usted en las próximas semanas para revisar cierta información muy importante. Puede hacernos cualquier pregunta que pueda tener o pedirnos ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nos comuniquemos con usted, llame al Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711), de lunes a viernes (excepto los días festivos), de 7:30 a. m. a 9:00 p. m.; visite el sitio web en kp.org/medicaid/va/es; o llame a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada de Medicaid de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m., para solicitar ayuda. Esta guía también está disponible en el sitio web kp.org/medicaid/va/es.

Nuestra colaboración es especial por la manera en que coordinamos su atención

La mayoría de los miembros de Kaiser Permanente de Virginia del Norte recibe atención por parte de los médicos de MAPMG. Estos médicos tienen sus consultorios en los centros médicos de Kaiser Permanente, la mayoría de los cuales incluyen una farmacia, un laboratorio y servicios de radiografías, todo en el mismo lugar. Esto hace que sea fácil y sencillo obtener atención. Esto se llama “atención médica administrada”.

El sistema de historias clínicas electrónicas le permite enviar correos electrónicos a su médico, hacer citas, leer la mayoría de los resultados de pruebas de laboratorio, pedir que le vuelvan a surtir recetas médicas, leer sobre condiciones médicas y mucho más. Puede hacer todo esto desde una computadora o desde un teléfono inteligente.

Cada miembro de Kaiser Permanente cuenta con un proveedor de atención primaria (*Primary Care Provider, PCP*) que revisa la atención médica y de salud del comportamiento que usted necesita, y brinda o administra los servicios adecuados para satisfacer dichas necesidades. La mayoría de los PCP son médicos de MAPMG que atienden en nuestros centros médicos.



Al final de esta guía, incluimos una sección con palabras claves y definiciones, en la cual se definen los términos que tal vez sean nuevos para usted. Si tiene preguntas sobre alguna sección de esta guía, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711).

Cómo Utilizar Esta Guía

Esta guía le ayudará a entender sus beneficios y cómo nos puede solicitar ayuda. Esta es una guía para el miembro de Kaiser Permanente y la atención médica en donde se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados, y otros servicios y apoyos cubiertos por el programa. Esta guía le ayudará a adoptar las mejores medidas para hacer que el plan de salud funcione para usted.

No dude en compartir esta guía con un familiar o con alguien que conozca la atención médica que usted necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita orientación, revise esta guía, llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711), visite el sitio web en kp.org/medicaid/va/es o llame sin costo a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada de Medicaid de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



Su Paquete de Bienvenida

Tarjeta de Identificación de Miembro de Kaiser Permanente

Usted debería haber recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de identificación de miembro. Su tarjeta de identificación se usa para acceder a los servicios de atención médica del programa de atención médica administrada de Medicaid y obtener apoyo durante sus consultas médicas y cuando recoja sus medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta para obtener servicios o medicamentos recetados. A continuación aparece una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:

VirginiaPremier™ **CardinalCare**
Virginia's Medicaid Program

MEDICAID

KP MEDICAL RECORD NUMBER <XXXXXXXX>
MEDICAID ID NUMBER <XXXXXXXXXXXXXX>

<Member Name>

CENTER B PRIMARY CARE PHYSICIAN <PHYSICIANS NAME>

MedImpact BIN: 003585 Transportation: (866) 823-8349
MedImpact PCN & Group: 70000 Dental/Smiles for Children: (888) 912-3456

This card is for identification only. Possession of this card confers no right to services or benefits unless the holder is a member complying with all provisions of an applicable agreement.

kp.org 3100-VA Premier

If you have a medical emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.

Medical Advice/ Appts/Cancel Appts (24 hours a day)	TTY
Northern Virginia (703) 359-7878	711
Outside Northern Virginia (800) 777-7904	711

If you are unsure of your condition and require immediate medical advice, call (800) 677-1112.

Member Services Contact Center:

Northern Virginia and toll free (855) 249-5025	TTY
Pharmacy Helpdesk (800) 788-2949	711
Behavioral Health Access Line (866) 530-8778	711

Claims for services must be submitted to:
Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
PO Box 371860, Denver, CO 80237-9998

Providers: For authorizations, contact Utilization Management at (800) 810-4766.

Call Medical Advice as soon as possible after you have an emergency hospital admission.

VirginiaPremier™ **CardinalCare**
Virginia's Medicaid Program

FAMIS

KP MEDICAL RECORD NUMBER <XXXXXXXX>
ID NUMBER <XXXXXXXXXXXXXX>

<Member Name>

CENTER B PRIMARY CARE PHYSICIAN <PHYSICIANS NAME>

MedImpact BIN: 003585 Transportation: (866) 823-8349
MedImpact PCN & Group: 70000 Dental/Smiles for Children: (888) 912-3456

This card is for identification only. Possession of this card confers no right to services or benefits unless the holder is a member complying with all provisions of an applicable agreement.

kp.org 3100-VA Premier FAMIS

If you have a medical emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.

Medical Advice/ Appts/Cancel Appts (24 hours a day)	TTY
Northern Virginia (703) 359-7878	711
Outside Northern Virginia (800) 777-7904	711

If you are unsure of your condition and require immediate medical advice, call (800) 677-1112.

Member Services Contact Center:

Northern Virginia and toll free (855) 249-5025	TTY
Pharmacy Helpdesk (800) 788-2949	711
Behavioral Health Access Line (866) 530-8778	711

Claims for services must be submitted to:
Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
PO Box 371860, Denver, CO 80237-9998

Providers: For authorizations, contact Utilization Management at (800) 810-4766.

Call Medical Advice as soon as possible after you have an emergency hospital admission.

Si no ha recibido su tarjeta o si se dañó, la perdió o se la robaron, llame de inmediato al número de Servicio a los Miembros que aparece al final de esta página y le enviaremos una tarjeta nueva.

Conserve su tarjeta de identificación de Medicaid de la Mancomunidad de Virginia para acceder a los servicios que están cubiertos en el estado de acuerdo con el programa Medicaid de pago por servicio. Estos servicios se describen en la sección 10 (“Servicios Cubiertos mediante el Programa Medicaid de Pago por Servicio”) de esta guía.



Directorios de Proveedores y Farmacias

Usted debería haber recibido información sobre los directorios de proveedores y farmacias. En estos directorios aparecen los proveedores y las farmacias que participan en Optima Health, en colaboración con la red de Kaiser Permanente. Mientras sea miembro del plan y, en la mayoría de los casos, debe usar uno de los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Si llama al número de Servicio a los Miembros que aparece al final de la página, puede pedir una copia impresa de los directorios de proveedores y farmacias. También puede consultar o descargar los directorios en kp.org/medicaid/va/es.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, puede consultar el directorio de proveedores en línea en kp.org/doctor (en inglés). El directorio de proveedores cuenta con los nombres de médicos, farmacias, hospitales, laboratorios, servicios de radiología, servicios de salud del comportamiento y otros proveedores de atención médica y centros de atención en su área.

¿Cuál Es Nuestra Área de Servicio?

El área de servicio incluye las siguientes ciudades y condados:

- Alexandria
- Condado de Arlington
- Fairfax
- Condado de Fairfax
- Falls Church
- Condado de Loudoun
- Manassas
- Manassas Park
- Condado de Prince William

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse con nosotros. Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en este plan. Si esto sucede, recibirá una carta del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) en la que se le pedirá que elija un nuevo plan. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada si tiene alguna pregunta sobre su inscripción en el plan de salud. Comuníquese con la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273 o visite el sitio web en virginiamanagedcare.com/es.

Lista de Medicamentos Cubiertos

Cubrimos los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos preferidos. La lista de medicamentos preferidos está aprobada y los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica la actualizan con regularidad. Esta lista nos permite elegir medicamentos que son seguros y eficaces.



Si desea revisar la cobertura de un medicamento específico, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711). Puede obtener una copia de la lista de medicamentos preferidos en kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o llamando a Servicio a los Miembros.

Si desea obtener más información sobre los medicamentos cubiertos, consulte la sección 7, “Cómo Obtener Medicamentos Recetados”, de la página 41.

Lista de Servicios Cubiertos y No Cubiertos

Consulte la sección 8 de esta guía, o puede acceder o descargar los servicios cubiertos en kp.org/medicaid/va/es (haga clic en “Herramientas y recursos para ayudarlo a mantenerse sano”) o recibir una copia impresa llamando al 1-855-249-5025 (TTY 711).

En la sección 2 de esta guía, consulte “Cómo Funciona la Atención Médica Administrada”.

Información Sobre Elegibilidad

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, comuníquese con su asistente social del Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o el condado en el que vive. Si tiene preguntas sobre los servicios que ofrecemos, llame al número de Servicio a los Miembros que aparece al final de esta página. También puede visitar Cover Virginia en www.coverva.org/es o llamar al 1-855-242-8282 (TDD 1-888-221-1590). Estas llamadas son sin costo.

Cómo Obtener Ayuda de Inmediato

Servicio a los Miembros

El personal de Servicio a los Miembros está disponible para ayudarlo si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, servicios o procedimientos, o si tiene alguna duda sobre nosotros.

Cómo Comunicarse con Servicio a los Miembros

Por teléfono	1-855-249-5025 (sin costo) De lunes a viernes (excepto los días festivos), de 7:30 a. m. a 9:00 p. m. Contamos con servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
---------------------	--



TTY	711 (esta llamada es sin costo). De lunes a viernes (excepto los días festivos), de 7:30 a. m. a 9:00 p. m. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
Por escrito	Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. Attn: Appeals and Correspondence Unit 2101 E. Jefferson St. Rockville, MD 20852
Sitio web	kp.org/medicaid/va/es

Los Representantes de Servicio a los Miembros Pueden ayudarle a Hacer lo Siguiente:

- Responder las preguntas sobre su plan de salud.
- Contestar preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro.
- Encontrar un médico en la red.
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Entender sus beneficios y servicios cubiertos, por ejemplo, el monto que nosotros pagaremos, para que pueda tomar las mejores decisiones sobre su atención médica.
- Presentar apelaciones sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos recetados). Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted considera que cometimos un error.
- Presentar quejas sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos recetados). Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red o los que no pertenecen a ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte, llamando a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273.

Cómo Comunicarse con un Administrador de Atención Médica

Servicios de Administración de Atención Médica

A veces hay condiciones médicas que están fuera de su control. Es posible que necesite un poco de ayuda, pero no sabe a dónde acudir. Nuestro programa de asistencia médica puede brindarle apoyo con los servicios de administración de atención médica.



¿Quién puede participar en la administración de atención médica?

Lo invitamos a participar si:

- Lo han hospitalizado o ha usado la sala de emergencias varias veces.
- Tiene una enfermedad crónica o que pone en riesgo su vida.
- Tiene un embarazo de alto riesgo.
- Tiene niños que necesitan atención médica especial.

¿Qué incluye el programa?

- Un enfermero titulado administrador de atención médica que determina lo que usted necesita.
- Referencias a recursos comunitarios, especialistas, asesoramiento y a un trabajador social.
- Materiales educativos.
- Llamadas de seguimiento y consultas a domicilio cuando las necesite.

¿Cómo obtengo más información?

POR TELÉFONO	1-866-223-2347 (sin costo) Comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Contamos con servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Esta llamada es sin costo. Comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

La Línea de Consejos Médicos está Disponible las 24 Horas del día, los 7 Días de la Semana

Puede comunicarse con un enfermero o un profesional de la salud del comportamiento para que responda sus preguntas sin costo al 1-800-777-7904 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si desea dejar un mensaje que no es urgente para un enfermero de consulta, puede hacerlo en kp.org/espanol, si está registrado. Recibirá una respuesta en un plazo de un día hábil.

POR TELÉFONO	1-800-777-7904 (sin costo) Disponibile las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (esta llamada es sin costo). Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Línea de Crisis de la Salud del Comportamiento

Si está teniendo una crisis emocional o familiar, o pensamientos suicidas, es posible que hablar con alguien le sea de ayuda. Comuníquese con nosotros al 1-866-530-8778 (TTY 711) si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis. Le ayudaremos a encontrar un proveedor en caso de crisis. Si sus síntomas incluyen pensamientos sobre hacerse daño a usted mismo o a alguien más, debe:

- Llamar al 911 para obtener ayuda de inmediato.
- Ir al hospital más cercano para obtener atención de emergencia.

POR TELÉFONO	1-866-530-8778 (sin costo) Disponibile las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros de Kaiser Permanente deben llamar a su número de retransmisión local (1-800-201-7165 o 1-800-828-1140) y después proporcionar el siguiente número: 1-855-632-8278. Esta llamada es sin costo. Contamos con servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (esta llamada es sin costo). Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



<p>Programa <i>Smiles for Children</i> (Sonrisas para Niños) mediante DentaQuest, Administrador de Beneficios Dentales del DMAS</p>	<p>Si tiene preguntas o quiere encontrar un dentista en su área, comuníquese con el programa <i>Smiles For Children</i> al 1-888-912-3456. La información también se encuentra en el sitio web del DMAS en: https://www.dmas.virginia.gov/for-providers/ o en el sitio web de DentaQuest en: http://www.es.dentaquest.com/.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Llame a LogistiCare al 1-866-823-8349.</p> <p>Tiene que llamar por lo menos tres días hábiles antes de su consulta o no podremos garantizar que habrá transporte disponible. Tenemos que aprobar el servicio.</p>
<p>Contratista de Transporte del DMAS para transporte hacia y desde los Servicios de Exención para Discapacidades del Desarrollo (<i>Developmental Disabilities, DD</i>)</p>	<p>1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133</p> <p>O marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión.</p>
<p>Magellan of Virginia; Administrador de Servicios de Salud Mental del DMAS</p>	<p>1-800-424-4046 (sin costo) TDD 1-800-424-4048</p> <p>O marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión.</p> <p>www.magellanofvirginia.com/es/</p>
<p>Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos</p>	<p>1-800-368-1019 o visite el sitio web en http://www.hhs.gov/ocr.</p>



2. Cómo Funciona la Atención Médica Administrada

Es un programa de atención médica administrada obligatorio para los miembros de Medicaid en Virginia (12VAC30-120-370). El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) tiene contratos con organizaciones para la atención médica administrada (*Managed Care Organization*, MCO) para ofrecer la mayoría de los servicios cubiertos de Medicaid en el estado. Tenemos la aprobación del DMAS para proporcionar coordinación de la atención y servicios de atención médica enfocados en la persona. Mediante este programa enfocado en la persona, nuestro objetivo es ayudarle a mejorar la calidad de su atención y su calidad de vida.

¿Cuáles son los Requisitos de Elegibilidad para ser Miembro?

Cuando usted solicita Medicaid, se lo evalúa para todos los programas posibles según su edad, sus ingresos y otra información. Para ser elegible para un programa de Medicaid, debe cumplir las condiciones de elegibilidad financieras y no financieras de ese programa. Visite la página del programa Medicaid Assistance Program (Programa de Asistencia de Medicaid) del Departamento de Servicios Sociales de Virginia (Virginia Department of Social Services, VDSS) para obtener información sobre elegibilidad, o la página de formularios y solicitudes de Medicaid (Medicaid Forms and Applications) del VDSS para obtener información sobre las solicitudes y otros formularios de Medicaid.

Usted es elegible cuando tiene los beneficios completos de Medicaid y entra en alguna de las siguientes categorías:

- niños menores de 21 años,
- niños menores de 26 años que están recibiendo servicios de cuidados de crianza y asistencia para adopción,
- embarazadas y mujeres hasta dos meses después del parto,
- cuidadores de padres.

Las personas elegibles de Medicaid que no cumplan con ciertos criterios de exclusión deben participar en el programa. La inscripción en un programa no es una garantía de continuación de la elegibilidad para los servicios y los beneficios del programa Medical Assistance Services Program (Programa de Servicios de Asistencia Médica) de Virginia. Para obtener más información sobre los criterios de exclusión y participación, consulte [12VAC30-120-370](https://www.dhhs.virginia.gov/12VAC30-120-370).

¿Qué Hace que NO Sea Elegible para Ser Miembro de Kaiser Permanente?

No podría participar si se aplica alguna de las siguientes condiciones a su caso:

- Pierde la elegibilidad para Medicaid.
- No entra en alguna de las categorías de elegibilidad mencionadas arriba.



- Cumple los criterios de exclusión 12VAC30-120-370.
- Está hospitalizado en el momento de la inscripción.
- Está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (*home and community-based services*, HCBS).
- Ingresa a un hospital psiquiátrico independiente.
- Está recibiendo atención en un centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial de nivel C (niños menores de 21 años).
- Cumple con los criterios de otro programa de Medicaid de Virginia.
- Está recibiendo cuidados paliativos.
- Se le puede aplicar la Ley de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento (Birth-Related Neurological Injury Compensation Act) de Virginia.

Responsabilidad de Terceros

Cobertura de Salud Integral

Los miembros de Kaiser Permanente inscritos en Medicaid y que, según determine el DMSA, reciban cobertura de salud integral que no sea de Medicare serán elegibles para inscribirse en Medallion 4.0, siempre y cuando no se aplique ninguna otra exclusión.

Los miembros de Kaiser Permanente que obtengan otra cobertura de salud integral después de inscribirse en Medallion 4.0 seguirán inscritos en el programa.

Se cancelará la inscripción de los miembros de Kaiser Permanente que obtengan Medicare después de inscribirse en Medallion 4.0 y, posteriormente, se inscribirán en el programa Commonwealth Coordinated CarePlus (Cuidado Coordinado Estatal Plus, CCC+).

Las MCO son responsables de coordinar todos los beneficios con otras compañías aseguradoras (según corresponda) y seguir las reglas de “pagador de último recurso” de Medicaid.

Las MCO cubren los deducibles y coseguros del miembro de Kaiser Permanente hasta el monto de reembolso máximo permitido que se pagaría si no contara con otra cobertura de seguro principal.

Cuando el pagador del reclamo por responsabilidad civil de terceros (*Third Party Liability Claim*, TPL) es una organización MCO o una organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO), la MCO es responsable de pagar el monto total del copago del miembro de Kaiser Permanente.

Las MCO garantizan que NO se haga responsable a los miembros de Kaiser Permanente por los pagos y copagos de cualquier servicio cubierto por Medicaid.



Para los niños que cuenten con cobertura por parte de un seguro comercial, los proveedores deberán facturar primero al seguro comercial los servicios de intervención temprana cubiertos, excepto lo siguiente:

1. Servicios que por disposición federal se deban proporcionar a costo público, como:
 - a. una valoración o evaluación de intervención temprana (*Early Intervention, EI*);
 - b. la elaboración o la revisión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (*Individual Family Service Plan, IFSP*);
 - c. la coordinación de servicios o administración de casos específicos;
2. los servicios de desarrollo;
3. cualquier servicio de intervención temprana cubierto en el que la familia haya declinado el acceso a su seguro médico privado.

Inscripción

Es necesario que las personas elegibles se inscriban en el programa. El DMAS y la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada gestionan la inscripción en el programa. Para participar, debe ser elegible para Medicaid. El programa permite un proceso que acelera el acceso de los miembros de Kaiser Permanente a la coordinación de la atención, el control de enfermedades, las líneas de enfermería las 24 horas y el acceso a atención especializada. Esto es especialmente importante para los miembros que necesitan atención para condiciones crónicas, las mujeres embarazadas y los niños en cuidados de crianza que necesitan acceso rápido a la atención.

Asignación del Plan de Salud

Usted debe haber recibido un aviso del DMAS que incluye su asignación de plan de salud inicial. Junto a ese aviso, el DMAS incluyó un cuadro comparativo de los planes de salud de su área. En el aviso de asignación se le proporcionaron instrucciones sobre cómo elegir su plan de salud.

Es posible que nos haya elegido como su plan de salud. Si no fue así, es posible que el DMAS lo haya asignado a nuestro plan de salud en función de su historial con nosotros como su plan de atención médica administrada. Por ejemplo, es posible que se haya inscrito con nosotros antes, mediante Medicaid. También es posible que lo hayan asignado a nosotros si algunos proveedores a los que consulta están en nuestra red.



Cómo Cambiar su Plan de Salud

La asistencia por medio de la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada puede ayudarle a elegir el mejor plan de salud para usted. Para obtener ayuda, llame a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273 o visite el sitio web en virginiamanagedcare.com/es.

La Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada está disponible de lunes a viernes (excepto los días festivos estatales), de 8:30 a. m a 6:00 p. m. Los operadores pueden ayudarle a entender sus opciones de plan de salud o responder preguntas sobre los médicos y otros proveedores que participan en cada plan de salud, entre otros temas útiles. Los servicios de la línea de ayuda son sin costo y no están relacionados con ningún plan de salud.

Puede cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción por cualquier motivo. También puede cambiar de plan de salud una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. Recibirá una carta del DMAS con más información durante la inscripción abierta. También puede solicitar un cambio de plan de salud por una “buena causa” en cualquier momento. La línea de ayuda se encarga de las solicitudes por buena causa y puede responder cualquier pregunta que tenga. Comuníquese con la línea de ayuda al 1-800-643-2273 o visite el sitio web en virginiamanagedcare.com/es.

Reinscripción Automática

Si se termina su inscripción con nosotros y recupera la elegibilidad para el programa en un periodo de 60 días o menos, se lo volverá a inscribir automáticamente con nosotros. Se le enviará una carta de reinscripción del Departamento de Servicios de Asistencia Médica.

¿Cuáles Son las Ventajas de Elegir Optima Health en Colaboración con Kaiser Permanente?

Algunas de las ventajas incluyen:

- Acceso a nuestros administradores de atención que trabajan con usted y con sus proveedores para garantizar que obtenga la atención que necesita.
- Control sobre su atención con ayuda del equipo de atención y de los administradores de atención.
- Un equipo y administradores de atención que trabajan con usted para proponer un plan de atención médica diseñado especialmente para brindarle la atención que necesita.
- Un enfermero de guardia u otro miembro del personal autorizado disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas. Estamos aquí para ayudarle. Puede comunicarse con nosotros en cualquier momento al 1-800-777-7904 (TTY 711).



Trabajamos para mejorar la calidad de la salud al concentrarnos en lo siguiente:

- Medidas preventivas: cuidar su salud y evitar que se enferme.
- Intervención temprana: si se enferma, tratar el problema de inmediato, cuando todavía es pequeño.
- Administración de cuidados crónicos: asistir a los miembros que tengan problemas de salud persistentes, como enfermedad del corazón o diabetes, y mostrarles cómo disminuir los problemas que estas condiciones pueden causar en la vida diaria.

¿Qué es una Valoración de Riesgos para la Salud?

Dentro de las primeras semanas después de que se inscriba con nosotros, un administrador de atención se comunicará con usted para hacerle algunas preguntas sobre lo que necesita y sus preferencias. Hablará con usted sobre cualquier asunto médico, físico, de salud del comportamiento y de servicios sociales que pueda tener. Esta reunión puede ser en persona o por teléfono y se conoce como valoración de riesgos para la salud (*Health Risk Assessment, HRA*). Una HRA es una evaluación muy completa de su estado médico, psicosocial, cognitivo y funcional. Generalmente, un administrador de atención lleva a cabo la HRA en los primeros 30 a 60 días después de su inscripción en Optima Health, según el tipo de servicios que necesite. Esta valoración de riesgos para la salud le permitirá a su administrador de atención ayudarle a obtener la atención que necesita.

Periodo de Continuidad de la Atención

Si somos nuevos para usted, puede conservar las citas médicas programadas y las recetas médicas autorizadas durante los primeros 30 días. Si su proveedor actualmente no está en nuestra red, entonces es posible que se le pida que elija un proveedor nuevo que esté en nuestra red de proveedores. Si su médico deja la red, le avisaremos en un plazo de 15 días para que tenga tiempo de elegir otro proveedor. Esto también aplica a cualquier autorización de tratamiento por uso indebido de sustancias y de salud del comportamiento. Comuníquese con el Servicio a los Miembros para que le ayuden a transferir su atención médica a un proveedor de la red.

¿Qué Sucede Si Tengo Otra Cobertura?

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto significa que, si posee otro seguro, y tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, primero tiene que pagar el otro seguro o la compensación del trabajador.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicaid cuando Medicaid no es el pagador primario. Informe a Servicio a los Miembros si tiene otro seguro para que podamos coordinar sus beneficios de la mejor manera. Nuestros administradores de atención también trabajarán con usted y con su otro plan de salud para coordinar sus servicios.

3. Cómo Obtener Atención y Servicios Habituales

“Atención habitual” se refiere a las pruebas, los exámenes médicos habituales, las vacunas u otros tratamientos para que usted se mantenga bien, implica recibir consejos médicos cuando lo necesite y lo refieran al hospital o a los especialistas cuando sea necesario. Asegúrese de llamar a su PCP cuando tenga preguntas o dudas sobre temas médicos. Si llama después del horario normal o durante los fines de semana, deje un mensaje indicando dónde o cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

- Su atención debe ser médicamente necesaria.
- Los servicios que reciba deben ser necesarios para:
 - prevenir o para diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento,
 - tratar una condición que pone en peligro su vida,
 - tratar un problema que podría causar una enfermedad,
 - tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

Cómo Obtener Atención de un Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Un PCP es un médico de su elección que cumple los requisitos estatales correspondientes y está capacitado para proporcionar atención médica básica. Por lo general, consultará a su PCP para atender la mayoría de las cuestiones relacionadas con la salud que sean de rutina. Su PCP trabajará con usted para coordinar la mayoría de los servicios que recibe como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o suministros incluye consultar a otros proveedores del plan sobre su atención o revisarla. Si necesita ver a un médico que no sea su PCP, es posible que necesite una referencia (autorización) para recibir ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP tendrá que solicitarnos una autorización (aprobación previa). Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todas sus historias clínicas anteriores al consultorio de su PCP. Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta sobre las referencias o las autorizaciones previas.

Directorio de Proveedores

El directorio de proveedores incluye una lista de todos los médicos, médicos especialistas, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, inscripciones, instalaciones adaptadas para personas con discapacidades físicas, proveedores para problemas de salud del comportamiento, direcciones de proveedores, números de teléfono, URL de los sitios web y paneles de aceptación de nuevos pacientes (abiertos o cerrados) que trabajan con nosotros. También podemos proporcionarle una copia impresa del directorio de proveedores, si la solicita. También puede llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página para pedir ayuda.



Cómo Elegir su PCP

Es importante tener un PCP. Cuando se inscriba con nosotros, le asignaremos un PCP. Si no quiere seguir con el PCP que le asignamos, puede llamar a Servicio a los Miembros para cambiarlo. Si consulta a un PCP con regularidad, recibirá atención constante y personalizada. El PCP le ayuda a mantenerse sano y le proporciona tratamiento cuando se enferma. Este médico es responsable de coordinar su atención, incluida cualquier atención hospitalaria o especializada que se necesite.

Si no tiene un PCP, podemos ayudarle a encontrar uno idóneo en su comunidad. Para solicitar ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a Servicio a los Miembros (consulte el número al final de esta página) o utilizar el directorio de proveedores en línea en kp.org/doctor (en inglés).

Es posible que quiera encontrar a un médico que:

- lo conozca y que entienda su condición médica,
- acepte pacientes nuevos,
- hable su idioma,
- tenga las instalaciones adaptadas que usted necesita.

Si tiene una condición incapacitante o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP. Otra clínica también puede actuar como su PCP si forma parte de los proveedores de la red.

Las mujeres también pueden elegir un obstetra y ginecólogo para tratar problemas de salud de la mujer. Esto incluye exámenes médicos de rutina, atención de seguimiento si hay un problema y atención habitual durante un embarazo. Las mujeres no necesitan una referencia de su PCP para ver a un proveedor de obstetricia y ginecología de la red.

Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, lo inscribiremos automáticamente con un PCP. Le avisaremos por escrito sobre su PCP asignado. Tendrá que llamar al número de Servicio a los Miembros que aparece al final de esta página para elegir un PCP nuevo.

Puede Elegir ver a un Proveedor de Atención Médica Indígena si:

- usted es indígena (nativo americano),
- el proveedor de atención médica indígena pertenece a una tribu reconocida por el gobierno federal,
- el proveedor de atención médica indígena puede brindar los servicios necesarios.



Qué Ocurre Si Su PCP Actual No Está en Nuestra Red

Puede seguir viendo a su PCP actual durante 90 días, incluso si este no está en nuestra red. Durante los primeros 90 días después de su inscripción con nosotros, su coordinador de atención puede ayudarle a encontrar un PCP nuevo en la red. Al final del periodo de 90 días, si no elige un PCP de nuestra red, nosotros le asignaremos uno.

Cómo Obtener Atención de Proveedores de Otra Red

Nuestra red de proveedores incluye acceso a atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios comunitarios y en el hogar, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios para adicciones y tratamiento de recuperación, proveedores de salud a domicilio y de cuidados paliativos, proveedores de equipo médico duradero y otros tipos de proveedores. Le ofrecemos una variedad de proveedores que están ubicados cerca para que no tenga que trasladarse muy lejos para consultarlos. Es posible que haya circunstancias especiales en las que se necesite más tiempo para trasladarse; sin embargo, eso solo será en raras ocasiones.

Cambio de Su PCP

Puede llamar a Servicio a los Miembros para cambiar en cualquier momento su PCP por otro PCP de la red. Comprenda que es posible que su PCP deje la red. Le informaremos en un plazo de 30 días acerca de la intención del proveedor de dejar la red. Con gusto podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo. El cambio entrará en vigencia en cuanto se solicite y se emitirá una tarjeta de seguro nueva en el plazo de 7 a 10 días hábiles.

Cambio de PCP o de obstetra y ginecólogo

Puede cambiar su PCP o su obstetra y ginecólogo en cualquier momento, por cualquier motivo. Simplemente:

- Visite kp.org/espanol.
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711).

Programación de una Cita con su PCP

Su PCP se encargará de la mayoría de las cuestiones relacionadas con la salud. Llame a su PCP para hacer una cita. Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para pedir una cita antes. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicio a los Miembros al número que se encuentra más adelante.



Normas para las Citas

Usted debe poder obtener una cita con su PCP en el mismo plazo que cualquier otro paciente que consulte al PCP.

En línea

Regístrese en kp.org/espanol con el número de historia clínica que se encuentra en su tarjeta de identificación. Ahí podrá hacer citas de rutina las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por teléfono

Llame al personal de citas al 800-777-7904 (TTY 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si su médico es un proveedor participante, llame directamente al consultorio del médico para hacer una cita.

Para programar una cita, necesita el número de historia clínica que se encuentra en su tarjeta de identificación. Si su médico no está disponible en el día y horario que usted necesita, puede pedir una cita con otro médico.

Los plazos habituales para consultar a un proveedor son los siguientes:

- Para casos de emergencia: inmediatamente.
- Para atención de urgencia en el consultorio, con síntomas: en un plazo de 24 horas desde la solicitud.
- Para visitas de atención primaria de rutina: en un plazo de 30 días calendario.

Si está embarazada, debe poder programar una cita para consultar a un obstetra y ginecólogo de la siguiente manera:

- Primer trimestre (primeros 3 meses): en un plazo de siete (7) días calendario desde la solicitud.
- Segundo trimestre (de 3 a 6 meses): en un plazo de siete (7) días calendario desde la solicitud.
- Tercer trimestre (de 6 a 9 meses): en un plazo de tres (3) días hábiles desde la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: en un plazo de 3 (tres) días hábiles o inmediatamente en caso de emergencia.
- Si no puede conseguir una cita dentro de los plazos mencionados arriba, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece abajo y ellos le ayudarán a conseguir la cita.

Normas para Tiempo de Viaje y Distancia

Optima Health le proporcionará los servicios que necesita según las normas para tiempo de viaje y distancia que se describen en la tabla de abajo. Estas normas se aplican a los servicios por los cuales usted viaja y que recibirá de los proveedores de la red. Estas normas no se aplican a proveedores que le proporcionan servicios en casa. Si vive en un área urbana, no debe tener que viajar más de 30 millas o 30 minutos para recibir servicios. Si vive en un área rural, no debe tener que viajar más de 60 millas o 60 minutos para recibir servicios.

Normas para tiempo de viaje y distancia			
	Norma	Distancia	Hora
Área urbana	• PCP	15 millas	30 minutos
	• Especialistas	30 millas	30 minutos
Área rural	• PCP	30 millas	60 minutos
	• Especialistas	60 millas	60 minutos

Accesibilidad

Queremos asegurarnos de que todos los proveedores y servicios sean tan accesibles (incluido el acceso físico y geográfico) para las personas con discapacidades como lo son para las personas sin discapacidades. Si tiene problemas para obtener una cita con un proveedor o para acceder a servicios debido a una discapacidad, comuníquese con Servicio a los Miembros para solicitar ayuda a los números de teléfono que aparecen abajo.

¿Qué Sucede Si Un Proveedor Deja La Red?

Un proveedor de la red que usted esté usando puede dejar el plan. Si uno de sus proveedores deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, le daremos un aviso con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.



- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor nuevo calificado para que siga atendiendo las cuestiones relacionadas con su salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que no se interrumpa este tratamiento médicamente necesario y nosotros colaboraremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no sustituimos a su proveedor anterior con uno adecuado o que su atención no se ha administrado adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a dejar nuestro plan, comuníquese con su administrador de atención médica para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

¿Qué Tipo de Personas y Lugares Son Proveedores de la Red?

Algunos de los proveedores de nuestra red son:

- médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro del plan;
- clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en el plan;
- proveedores para niños que necesitan atención médica especial;
- profesionales médicos, terapeutas y consejeros de salud del comportamiento y uso indebido de sustancias.

¿Qué Son las Farmacias de la Red?

Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron surtir medicamentos recetados a los miembros de Kaiser Permanente. Use el directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desee usar.

Con la excepción de una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan le ayude a pagar los medicamentos. Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página para obtener más información. En el Servicio a los Miembros como en el sitio web puede obtener la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de la red.



Servicios que Puede Obtener Sin una Referencia o una Autorización Previa

En la mayoría de los casos, necesitará una aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se llama referencia. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin antes obtener una aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de rutina para la salud de la mujer. Estos incluyen exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores médicos indígenas, puede consultar a estos proveedores sin una referencia.
- Atención posterior a la estabilización (postestabilización). Después de una emergencia, es posible que necesite más atención para estabilizar (regularizar) su condición. Si esta atención es necesaria desde el punto de vista médico, la cubriremos aunque se encuentre fuera de la red. Y no será necesario que nos solicite una autorización.

4. Cómo Obtener Atención y Servicios Especializados

¿Qué Son los Especialistas?

Si necesita atención que su PCP no puede proporcionar, su PCP puede referirlo a un especialista. La mayoría de los especialistas están en la red. Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí se mencionan algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a los pacientes que tienen enfermedades del corazón.
- Ortopedistas, que atienden a los pacientes que tienen problemas en los huesos, los músculos o las articulaciones.

Si necesita ver a un especialista para recibir atención continua, su PCP puede referirlo para hacer una cantidad de consultas o para un periodo de tiempo específicos (conocido como referencia abierta). Si tiene una referencia abierta, no necesitará una referencia cada vez que necesite atención. Si tiene una condición incapacitante o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP.

¿Cómo Accedo a un Especialista de la Red?

Todos los miembros de Kaiser Permanente deben seleccionar un PCP que se encargue de administrar las cuestiones relacionadas con la salud. Un obstetra puede atender a una miembro durante el embarazo, pero generalmente se la referirá nuevamente a su PCP para tratar problemas de atención médica que no estén relacionados con el embarazo.

Si un PCP determina que un miembro de Kaiser Permanente necesita los servicios de un especialista u otro tratamiento que no pueda brindar, el PCP debe recomendar el especialista adecuado para los servicios y tratamientos que se necesitan.

Para los siguientes servicios (entre otros) es necesario contar con una autorización:

- todas las hospitalizaciones (y extensiones más allá de la duración de la estadía original);
- hospitalización para observación (la mayoría de los centros de atención dentro y fuera de la red no requieren autorización);
- quimioterapia;
- servicios quiroprácticos (este únicamente es un beneficio que ofrece Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico [Family Access to Medical Insurance Security, FAMIS]);



- cirugía estética (por ejemplo, revisiones de cicatrices y queloides, várices, mamoplastía, reducciones y aumentos);
- equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*) (incluye servicios protésicos y ortésicos, si corresponde*);
- nutrición intestinal* y nutrición parenteral total;
- servicios de educación para la salud y de capacitación;
- servicios de salud a domicilio;
- terapia hiperbárica;
- servicios de infusión;
- trasplante de órganos;
- procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios realizados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria;
- referencias fuera de la red;
- control del dolor (por ejemplo, inyección en una articulación, estimulación de la médula espinal);
- terapia de rehabilitación (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional);
- radiología;
- radioterapia;
- medicamentos especializados;
- segunda opinión para recibir atención especializada.

* Requisitos de edad

Cómo Obtener Atención de Proveedores que No Pertenecen a la Red

En caso de que un miembro necesite los servicios de un especialista y ninguno de los especialistas participantes esté disponible, el PCP deberá recibir nuestra autorización para referir al miembro a un especialista que no sea participante de la red. Las referencias a especialistas que no participen en la red solamente se permiten cuando el servicio del especialista requerido no está disponible dentro de la red y el servicio está autorizado por el plan

Si no tenemos un especialista en la red que proporcione la atención que usted necesita, le conseguiremos esa atención con un especialista fuera de la red. También le conseguiremos atención fuera de la red en caso de que se presente alguna de las siguientes circunstancias:

- Hayamos aprobado un médico fuera de la red establecida por el plan.
- Si un proveedor o centro de atención fuera de la red le brinda servicios de emergencia o de planificación familiar.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



- Recibe tratamiento de emergencia por parte de proveedores fuera de la red.
- Los servicios médicos necesarios no están disponibles en la red.
- No podemos proporcionarle el especialista necesario dentro del límite de distancia de 30 millas en áreas urbanas o 60 millas en áreas rurales.
- El proveedor que se requiere y que está disponible dentro de la red, no puede proporcionarle el servicio que necesita debido a motivos morales o religiosos.
- Usted se encuentra dentro de los primeros noventa (90) días calendario de su inscripción y su proveedor no es parte de la red, pero lo ha atendido en el pasado.
- Se encuentra en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad cuando se inscribe con nosotros y el centro no está en la red.

Si nosotros o su PCP lo referimos a un proveedor fuera de la red, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto del pago que le corresponde como paciente por los servicios y apoyos a largo plazo. Consulte la sección 14 de esta guía si desea obtener información sobre el pago como paciente y saber si a usted le corresponde uno.

Cómo Obtener Atención de Proveedores Fuera del Estado

No nos hacemos responsables de los servicios que reciba fuera de Virginia, excepto en las siguientes circunstancias:

- Son servicios de emergencia necesarios y servicios posteriores a la estabilización.
- Si el uso de recursos médicos en otro estado es una práctica general de quienes viven en su localidad.
- Los servicios requeridos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles en la red ni dentro del programa Commonwealth.

5. Cómo Obtener Atención y Servicios de Emergencia

¿Qué Es una Emergencia?

Usted siempre tiene cobertura para emergencias. Una emergencia es una enfermedad, dolor intenso, accidente o lesión repentinos o inesperados que podrían causar lesiones graves o la muerte si no se tratan inmediatamente.

¿Qué Hacer en una Emergencia?

¡Llame al 911 inmediatamente! No es necesario que nos llame primero a nosotros. Vaya al hospital más cercano. Llamar al 911 le ayudará a llegar a un hospital. Puede usar cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si está en otra ciudad o estado. Si está ayudando a alguien más, mantenga la calma.

Informe al hospital que usted es miembro de Optima Health. Pídales que llamen a Servicios a los Miembros al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

¿Qué Es una Emergencia Médica?

Es cuando una persona piensa que debe actuar rápidamente para evitar problemas de salud graves. Incluye síntomas como un dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se consigue atención médica inmediata, usted considera que podría causar:

- Riesgo grave para la salud.
- Daño grave de las funciones del organismo.
- Disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, que está en trabajo de parto cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado podría amenazar la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

¿Qué es una Emergencia de Salud del Comportamiento?

Una emergencia de salud del comportamiento ocurre cuando una persona piensa o teme que podría herirse a sí misma o a alguien más.



Ejemplos de lo que No Es una Emergencia

Algunos ejemplos de situaciones que no son emergencias son resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortaduras y moretones leves, o torceduras musculares. Si tiene dudas, llame a su PCP o a la línea de consejos médicos al 1-800-777-7904 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué Hacer Si Tiene una Emergencia Cuando Está de Viaje?

Usted o un familiar podrían tener una emergencia médica o de salud del comportamiento cuando estén de viaje. Puede estar visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas podrían empeorar repentinamente. Si esto sucede, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede acudir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia. Presente su tarjeta de identificación. Infórmeles que está en el programa Medicaid de Optima Health.

¿Qué Servicios Están Cubiertos si Tiene una Emergencia?

Puede obtener atención de emergencia con cobertura cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre la ambulancia si la necesita para llegar a la sala de emergencias. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia. Los médicos nos informarán cuando se resuelva la emergencia médica.

Informe sobre la emergencia a su médico y a nosotros tan pronto como sea posible, de preferencia durante las primeras 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia por tardar en informarnos. Solamente necesitamos darle seguimiento a la atención de emergencia que reciba. Su administrador de atención le ayudará a recibir los servicios adecuados antes de que le den el alta para asegurarse de que reciba la mejor atención posible. Llame al 1-855-249-5025 (TTY 711). Este número también se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Fuera del horario normal, los fines de semana o los días festivos, llame a la línea de consejos médicos al 1-800-777-7904 (TTY 711).

Después de una Emergencia

Le brindaremos la atención de seguimiento necesaria, incluida la atención con dos proveedores que no son de la red, hasta que su médico indique que su condición es lo suficientemente estable como para transferirlo a un proveedor de la red o para que le den de alta. Si obtiene atención de emergencia de proveedores que no pertenecen a la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como sea posible después de que su médico indique que usted se encuentra estable. Es posible que necesite atención de seguimiento para asegurarse de que está mejor. El plan cubrirá su atención de seguimiento.



En Caso de Hospitalización

Atención en el Hospital

En algunos casos, puede necesitar hospitalización. El médico examinará su condición y decidirá cuándo es necesaria la atención hospitalaria. El médico coordina su atención hospitalaria y lo enviará a un hospital donde atienden médicos de MAPMG o proveedores participantes.

Un médico de MAPMG o un proveedor participante estará a cargo de su atención mientras esté en el hospital. Se comunicará con su PCP durante su estadía. Un médico de MAPMG o un proveedor participante trabajará de cerca con usted para planificar su alta del hospital. Su médico también decidirá cuál es el mejor lugar para que reciba atención de seguimiento. Tendrá un director de caso que le ayudará a programar citas de seguimiento. Los directores de caso son enfermeros o trabajadores sociales que le pueden ayudar a obtener la atención que necesita.

Estos son los hospitales donde los médicos de Kaiser Permanente están de guardia:

Virginia

- Inova Fair Oaks Hospital (solamente servicios de trabajo de parto), Fairfax
- Reston Hospital Center, Reston
- Stafford Hospital, Stafford
- Virginia Hospital Center, Arlington

Maryland

- Baltimore Washington Medical Center, Glen Burnie
- Doctors Community Hospital, Lanham-Seabrook
- Holy Cross Germantown Hospital, Germantown
- Holy Cross Hospital, Silver Spring
- Luminis Health Anne Arundel Medical Center, Annapolis
- St. Joseph Medical Center, Towson
- Suburban Hospital, Bethesda

Washington D. C.

- Children's National Medical Center
- MedStar Washington Hospital Center

Si lo hospitalizan, un familiar o un amigo debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Al mantenernos informados, permite que su coordinador de atención trabaje con el equipo del hospital para organizar la atención y los servicios adecuados que le brindarán antes de darle de alta. Su coordinador de atención también mantendrá informado a su equipo médico, incluidos los proveedores de servicios de atención a domicilio, sobre los planes de hospitalización y de alta.



¿Qué Pasa si no Era una Emergencia Médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Podría suceder que usted acuda para recibir atención de emergencia y el médico considere que no era realmente una emergencia médica. Cubriremos su atención siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico indique que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional únicamente si:

- Usted va a un proveedor de la red.
- La atención adicional que reciba se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir la atención de urgencia. (Consulte “¿Qué es la Atención de Urgencia?” en la sección 6 de esta guía).



6. Cómo Obtener Atención de Urgencia

¿Qué es la Atención de Urgencia?

La atención de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener una condición existente que está empeorando y necesita que la traten de inmediato. En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solamente si quien proporciona esta atención es un proveedor de la red.

Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia con los que trabajamos en el directorio de farmacias y proveedores disponible en el sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”).

Cuando se encuentre fuera del área de servicio no podrá obtener atención sin una referencia de su PCP. El plan cubrirá la atención de urgencia que necesite. Fuera del área de servicio, la atención que no sea de emergencia requiere una autorización previa. La referencia de su PCP tendrá que enviarse al Centro de Operaciones de Administración de Utilización, ya sea que la envíe el PCP o el proveedor por fax (formato estándar de referencias): 1-855-414-1693.

- Durante el horario de atención habitual

Si cuenta con un médico de MAPMG, es posible que le den una cita con él para tratar una condición de urgencia. Si su médico es un proveedor participante, puede llamar directamente al consultorio de su médico.

- Fuera del horario de atención habitual

Los fines de semana, a la noche y los días festivos, puede obtener una cita de atención de urgencia en uno de los centros médicos de Kaiser Permanente de Virginia que se indican a continuación. Además, puede ir a otros centros de atención de urgencia participantes o de Kaiser Permanente.

Para obtener una lista completa de los centros de atención de urgencia dentro de la red, visite kp.org/facilities (haga clic en “Español”) o consulte el directorio de proveedores.

Caton Hill Medical Center (abre en otoño de 2022)

13285 Minnieville Rd., Woodbridge, VA 22192

Horario de atención: abierto las 24 horas, los 7 días de la semana

Fredericksburg Medical Center

1201 Hospital Drive, Fredericksburg, VA 22401

Horario de atención: de lunes a viernes, de 5:30 p. m. a 1 a. m.

Sábados, domingos y días festivos, de 9 a. m. a 5 p. m.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



Manassas Medical Center

10701 Rosemary Drive, Manassas, VA 20109

Horario de atención: de lunes a viernes, de 5 p. m. a 1 a. m.

Sábados, domingos y días festivos, de 9 a. m. a 5 p. m.

Reston Medical Center

1890 Metro Center Drive, Reston, VA 20190

Horario de atención: de lunes a viernes, de 5 p. m. a 1 a. m.

Sábados, domingos y días festivos, de 9 a. m. a 9 p. m.

Tysons Corner Medical Center

8008 Westpark Drive, McLean, VA 22102

Horario de atención: abierto las 24 horas, los 7 días de la semana

Woodbridge Medical Center (cerrará cuando abra el Caton Hill Medical Center en otoño de 2022) 14139 Potomac Mills Road Woodbridge, VA 22192

Horario de atención: abierto las 24 horas, los 7 días de la semana

Cuando está fuera del área de servicio, es posible que no pueda obtener la atención de un proveedor de la red. En ese caso, el plan cubrirá la atención de urgencia que le proporcione cualquier proveedor. Llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711) lo antes posible para que podamos ayudar a coordinar su atención. No aprobaremos la continuación de servicios fuera del área de servicio si tiene la posibilidad de volver a su casa para recibir la atención necesaria.

En el caso de adultos, algunos ejemplos de condiciones médicas de urgencia son:

- caída del rostro repentina, dificultad para hablar o para caminar;
- vómito o diarrea persistente;
- cambios repentinos en la vista o la audición;
- falta de aire o dificultad para respirar;
- mareo o confusión repentinos;
- dolor o presión en el pecho o el abdomen;
- brote de una condición de la que usted y su PCP ya estaban al tanto.

En el caso de niños, algunos ejemplos de condiciones médicas de urgencia son:

- problemas para respirar o respiración acelerada;
- color grisáceo o azulado de la piel;
- poco consumo de líquidos;
- vomito grave o persistente;
- no poder despertar o interactuar.

7. Cómo Obtener Medicamentos Recetados

En esta sección se explican las reglas para obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta y que usted obtiene en una farmacia.

Reglas para la Cobertura de Medicamentos de Pacientes Ambulatorios de Optima Health

Generalmente cubriremos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

- Un médico u otro proveedor debe hacer la receta médica. Normalmente se trata de su PCP o un especialista al que lo hemos referido. También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo refirió para obtener atención.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica.
- Su medicamento debe encontrarse en la lista de medicamentos cubiertos. Si no se encuentra en la lista de medicamentos, podríamos cubrirlo dándole una autorización si el proveedor determina que el medicamento es necesario desde el punto de vista médico. Usted puede hacer lo siguiente:
 - Llamar a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711).
 - Solicitarle a su proveedor que envíe por fax al servicio de asistencia de beneficios de farmacia un formulario de autorización previa al 1-866-331-2104.
 - Enviarnos un correo electrónico a kp.org/espanol.
- El medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por determinados libros de referencia.

Al igual que muchas organizaciones de atención médica, contamos con una lista de medicamentos cubiertos o una lista preestablecida de medicamentos, accesorios y suministros preferidos para ayudar a su médico a elegir el mejor medicamento para usted.

Una lista de medicamentos cubiertos, o lista de fármacos preferidos, además, ayuda a asegurar la disponibilidad de medicamentos seguros y económicos. La lista de medicamentos cubiertos incluye los medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics Committee) ha revisado y aprobado para su uso por parte de nuestros médicos y los médicos de la red. Los medicamentos preferidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos incluyen tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos cuyo uso fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. por ser seguros y eficaces (un medicamento genérico contiene el mismo ingrediente activo que un medicamento de marca). Cuando los perfiles de seguridad, eficacia y efectos secundarios de dos medicamentos sean iguales, se tomará en cuenta el costo de los medicamentos al momento de agregar alguno a la lista de medicamentos cubiertos.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



Para la mayoría de los planes de beneficios de medicamentos recetados, se cobrará un copago en la farmacia y el costo podría variar según el tipo de producto. Sin embargo, a las personas inscritas en Medicaid no se les cobrará un copago por los medicamentos.

Si cree que necesita un medicamento que no aparece en la lista de medicamentos cubiertos, hable con su médico o comuníquese con Servicio a los Miembros por teléfono o correo electrónico a través de kp.org/espanol para solicitar el proceso de excepción para un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos. Este proceso está disponible para que los pacientes y los médicos puedan acceder a medicamentos necesarios desde el punto de vista médico conforme al beneficio de medicamento recetado, incluso si el medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos. Estos medicamentos recetados que no se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos están cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados solo si su médico solicita una excepción a la lista de medicamentos cubiertos y proporciona información específica sobre por qué ningún medicamento de la lista es aceptable. Si no se cumplen los criterios para obtener una excepción de la lista de medicamentos cubiertos, tendrá que pagar el precio completo de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos. Si tiene preguntas o dudas, o si desea apelar el costo de un medicamento recetado o la decisión sobre un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos y que a su médico no le pareció necesario desde el punto de vista médico, tiene que comunicarse con Servicio a los Miembros por teléfono o correo electrónico a través de kp.org/espanol.

Podemos solicitar una autorización previa para algunos medicamentos. En este caso, su médico llenará la documentación necesaria y el departamento de farmacia la tendrá que revisar y aprobar antes de que se puedan surtir los medicamentos. El proceso de autorización previa es aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica. Algunos ejemplos de medicamentos para los que se solicita autorización previa son los que se usan para promover el crecimiento (hormonas de crecimiento), medicamentos opioides que se utilizan para el dolor, medicamentos para tratar la hepatitis C, benzodiazepinas cuando se usan combinadas con terapia de opioides, y medicamentos para controlar el trastorno por uso indebido de sustancias. Las autorizaciones del servicio de farmacia no deben tener más de un año.

Al cambio de un medicamento por otro de la misma clase terapéutica o de una similar se lo denomina sustitución terapéutica. Los farmacéuticos de Kaiser Permanente no harán sustituciones terapéuticas sin la aprobación de su médico.

Para conocer cuáles son los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos visite kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o comuníquese con Servicio a los Miembros.



Como Surtir sus Recetas Médicas

En la mayoría de los casos, nos hacemos cargo del pago de los medicamentos recetados únicamente si se surten en las farmacias participantes de la red, en los centros médicos de Kaiser Permanente o a través del servicio de pedido por correo. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir medicamentos recetados para los miembros de Kaiser Permanente. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el directorio de proveedores y farmacias, visitar el sitio web o comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.

Para surtir su medicamento, muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará el costo del medicamento recetado cubierto. Si no lleva la tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir el medicamento, pida en la farmacia que llamen al número de Servicio a los Miembros, que aparece al final de la página, para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.

Puede surtir recetas de cualquier médico (incluso dentistas) u otro profesional que haga recetas médicas en las farmacias ubicadas en los centros médicos de Kaiser Permanente. Hay una farmacia en casi todos los centros médicos de Kaiser Permanente. El médico de MAPMG puede enviar la mayoría de las recetas médicas desde la computadora de su consultorio directamente a la farmacia del centro médico, donde usted podrá recoger el medicamento inmediatamente después de su consulta.

Cuando usa una farmacia de un centro médico de Kaiser Permanente, guardamos un registro de sus medicamentos. A medida que se registran las recetas médicas, se actualiza su perfil personal de medicamentos. Además, puede surtir sus recetas médicas en farmacias participantes como Giant, Safeway, Rite Aid, Walmart y Kmart. Puede obtener una lista de todas las farmacias participantes en el directorio de proveedores o llamando a Servicio a los Miembros. No olvide mostrarle al farmacéutico su tarjeta de identificación de Optima Health cuando surta su receta médica.

Si está lejos de su domicilio y necesita un suministro de emergencia de un medicamento, llame al administrador de beneficios de farmacia, MedImpact, al 1-800-788-2949. MedImpact puede ayudarle a encontrar una farmacia participante cercana. Si está en otra región de Kaiser Permanente, también puede ir a otra farmacia de Kaiser Permanente. Si va a una farmacia no participante, llame a Servicio a los Miembros para que le ayuden a presentar un reclamo.



Lista de Medicamentos Cubiertos

Contamos con una lista de medicamentos cubiertos que se selecciona con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos cubiertos incluye todos los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos preferidos (*Preferred Drug List*, PDL) del DMAS. Puede encontrar la lista de medicamentos cubiertos en kp.org/formulary (haga clic en “Español”). La lista de medicamentos cubiertos le informa qué medicamentos cubre Optima Health y si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite a la cantidad que puede obtener.

Puede llamar a Servicio a los Miembros para saber si sus medicamentos están en la lista de medicamentos cubiertos, puede consultarlo en línea en kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o le podemos enviar por correo postal una copia impresa de la lista de medicamentos cubiertos. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Para obtener la lista de medicamentos cubiertos más actualizada, visite kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m.

En general, cubriremos un medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos siempre y cuando siga las reglas que se explican en esta sección. También puede obtener medicamentos que no estén en la lista cuando sean necesarios desde el punto de vista médico. Es posible que su médico tenga que obtener nuestra autorización del servicio para que usted reciba algunos medicamentos.

Límites de Cobertura para Algunos Medicamentos

Para algunos medicamentos recetados, se aplican reglas especiales que limitan cuándo y qué tipo de cobertura ofrecemos. En general, las reglas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro, eficaz y económico.

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que solicitar una autorización de servicio para que usted reciba el medicamento. Consulte “Explicación de las Autorizaciones de Servicios”, “Determinación de Beneficios” y “Autorizaciones de Servicios y Transición de la Atención” en la sección 12 de esta guía.

Si Optima Health es nuevo para usted, puede seguir obteniendo sus medicamentos autorizados el tiempo que dure la autorización o durante los 90 días posteriores a su primera inscripción, lo que ocurra primero. Consulte “Autorizaciones de Servicios y Transición de la Atención” en la sección 12 de esta guía.



Si denegamos o limitamos la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelarla. Consulte “Su Derecho a Apelar” en la sección 13 de esta guía. Si tiene dudas, llame a Servicio a los Miembros al 855-249-5025 (TTY 711).

Obtención de Aprobación Previa

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener nuestra aprobación de autorización del servicio antes de surtir su receta médica. Si no obtiene la autorización, es posible que Optima Health no cubra el medicamento.

Prueba de un Medicamento Diferente Primero

Podemos solicitar que pruebe un medicamento primero, antes de cubrir otro medicamento (por lo general más costoso o menos eficaz) para la misma condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. A esto se le llama terapia de pasos.

Límites de Cantidad

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad que puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que surta su receta médica.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que le recetó su médico, revise la lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio a los Miembros o visite el sitio web kp.org/formulary (haga clic en “Español”).

Suministro de Emergencia

Puede haber casos en los que su medicamento necesite una autorización de servicio y el médico que expidió la receta no pueda brindarnos la información de autorización de inmediato; por ejemplo, durante los fines de semana o en días festivos. Si su farmacéutico considera que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia del medicamento recetado como mínimo de 72 horas. Este proceso le proporciona un suministro de corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico para enviar una solicitud de autorización de servicio para el medicamento recetado.



Medicamentos sin Cobertura

De acuerdo con la ley, los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertos por Medicare ni Medicaid:

- Medicamentos para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos para propósitos estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, como Viagra[®], Cialis[®], Levitra[®] y Caverject[®], a menos que estos medicamentos hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de Estados Unidos para tratar una condición diferente a la disfunción eréctil o sexual y se usen para fin.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, o la pérdida o el aumento de peso.
- Todos los medicamentos de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) que según la FDA no sean completamente eficaces, entre ellos, las recetas médicas que incluyan un medicamento del DESI.
- Medicamentos que fueron retirados.
- Medicamentos experimentales o medicamentos sin aprobación de la FDA.
- Cualquier medicamento promocionado por un fabricante que no participe en el programa Virginia Medicaid Drug Rebate.

Cambio de Farmacia

Si necesita cambiar de farmacia y necesitar volver a surtir una receta médica, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta médica a una nueva farmacia.

Si la farmacia que usted utiliza sale de la red, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página. El Servicio a los Miembros puede informarle si hay una farmacia de la red cercana.

¿Puede Usar los Servicios de Pedido por Correo para Surtir sus Recetas Médicas?

Puede usar los servicios de pedido por correo para surtir sus recetas médicas y recibir sus medicamentos en su casa sin costo adicional. Puede pedir que se vuelvan a surtir sus recetas en línea en kp.org/espanol. También puede llamar a la línea telefónica sin costo de EZ Refill al 1-800-700-1479 (TTY 703-466-4805) para surtir una receta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.



¿Puede Obtener un Suministro de Medicamentos a Largo Plazo?

Puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo para enfermedades crónicas, hasta para 90 días cuando haya resurtidos disponibles, si están recetados por su médico y si se ordenan a través de la farmacia de pedidos por correo. Puede pedir su suministro de medicamentos a largo plazo en kp.org/espanol o llamando al número de EZ Refill al 1-800-700-1479.

¿Es Posible Utilizar una Farmacia que No Está en la Red?

Si va a una farmacia no participante, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid o llame a Servicio a los Miembros para que le ayuden a presentar un reclamo.

¿En qué Consiste el Programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?

Algunos miembros que requieren control adicional se pueden inscribir en el programa Patient Utilization Management and Safety (Administración de la Utilización y Seguridad para Pacientes, PUMS). El DMAS exige el programa PUMS y ayuda a garantizar que los servicios de salud y de medicamentos trabajen en conjunto para no dañar su salud. Como parte de este programa, podemos consultar la herramienta del programa (Programa de Supervisión de Recetas, PMP) del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia para revisar sus medicamentos. Esta herramienta usa un sistema electrónico para vigilar la distribución de medicamentos recetados con sustancias controladas.

Si lo seleccionan para el programa PUMS, es posible que le apliquen una restricción o limitación con el fin de que use solo una farmacia o consulte a un solo proveedor para obtener ciertos tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona el PUMS. El periodo de inclusión es de 12 meses. Al finalizar el periodo de limitación, nos comunicaremos con usted para ver si debe continuar el programa. Si lo asignan al programa PUMS y considera que no debería estar en el programa, puede apelar. Debe apelar ante nosotros en un plazo de 60 días a partir del momento en que reciba la carta en la que se le informe que lo colocaron en un programa PUMS. También puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Consulte la sección 13 (“Apelaciones, Audiencias Estatales Imparciales y Quejas”) de esta guía.

Si está en el programa PUMS, puede comprar sus medicamentos recetados después del horario normal si su farmacia seleccionada no tiene acceso las 24 horas. También podrá elegir a qué PCP, farmacia o proveedor podrá acceder. Si no selecciona los proveedores a los que quiere acceder en un plazo de 15 días, nosotros los elegiremos por usted.

A los miembros de Kaiser Permanente inscritos en el PUMS les enviaremos una carta que proporciona información adicional sobre el programa PUMS, incluida la siguiente información:

- Una breve explicación del programa PUMS.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



- Una explicación del motivo por el cual se lo asignó al programa PUMS.
- Información sobre cómo apelar ante Optima Health si lo asignan al programa PUMS.
- Información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial, una vez que ha agotado, en primer lugar, el proceso de apelaciones de Optima Health.
- Información sobre las reglas especiales que deben seguirse para obtener servicios, incluidos los servicios fuera del horario normal o de emergencia.
- Información sobre cómo elegir un proveedor del programa PUMS.
- Comuníquese con Servicio a los Miembros al número que aparece abajo si tiene alguna pregunta sobre el programa PUMS.

8. Beneficios

Reglas para la Cobertura General

Para recibir cobertura para servicios, debe reunir los requisitos de cobertura general que se describen a continuación.

1. Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. Necesario desde el punto de vista médico por lo general significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para evitar que una condición médica empeore.
2. En la mayoría de los casos, debe obtener su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que autoricemos el servicio. En la sección 3 encontrará información sobre los servicios que puede obtener sin una referencia o una autorización previa. En la sección 4 hay más información sobre el uso de los proveedores de la red y de los que no pertenecen a la red.
3. Algunos de sus beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. A esto se le llama autorización del servicio. En la sección 12 se incluye más información sobre las autorizaciones de servicios.
4. Si Optima Health es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos que consulta en este momento durante los primeros 30 días. También puede seguir obteniendo sus servicios autorizados el tiempo que dura la autorización o durante los 30 días posteriores a la primera inscripción, lo que ocurra primero. Consulte además “Autorizaciones de Servicios y Transición de la Atención” en la sección 12.

Beneficios que Cubrimos (Medallion 4.0)

Cubrimos todos los siguientes servicios, siempre y cuando sean necesarios desde un punto de vista médico. Consulte la sección 11 para obtener información sobre los beneficios de los miembros del plan FAMIS.

- Atención médica habitual, que incluye visitas al consultorio de su PCP, referencias a especialistas, exámenes, etc. Consulte la sección 3 de esta guía para obtener más información sobre los servicios del PCP.
- Atención preventiva, como exámenes médicos habituales y atención de bienestar infantil. Consulte la sección 3 de esta guía para obtener más información sobre los servicios del PCP.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



- Servicios para adicciones y tratamiento de recuperación (Addiction, Recovery, and Treatment Services, ARTS), incluidos los servicios extrahospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, el tratamiento farmacológico, los servicios de apoyo grupal y la administración de casos. Algunos de estos servicios pueden requerir registro o autorización. Más adelante en esta guía, se proporciona información adicional sobre cómo acceder a los beneficios de ARTS.
- Están cubiertos los servicios para la salud del comportamiento, como la psicoterapia para pacientes hospitalizados y ambulatorios (individual, familiar o grupal). Desde el 1 de agosto de 2018 se incluyen los servicios de salud mental (*mental health services*, MHS). Más adelante en esta guía, se proporciona información adicional sobre cómo acceder a los beneficios de salud del comportamiento.
- De conformidad con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción, los requisitos de autorizaciones previas se aplicarán de forma consistente a los servicios de ARTS, a los servicios de salud del comportamiento y a los servicios de salud física.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal.
- Servicios de Salud Mental (a partir del 1 de agosto de 2018).
- Para los miembros del plan FAMIS, los servicios de MHS cubiertos se limitan a los siguientes:
 - servicios intensivos domiciliarios,
 - tratamiento terapéutico diurno,
 - intervención en casos de crisis de salud mental,
 - intervención en casos de crisis por uso indebido de sustancias,
 - servicios de administración de casos de salud mental.
- Servicios ordenados por un tribunal.
- Suministros y equipo médico duradero (DME).
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (*Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment*, EPSDT) para niños y jóvenes menores de 21 años. Se proporciona información adicional sobre los servicios EPSDT más adelante en esta sección de la guía.
- Servicios de intervención temprana diseñados para atender las necesidades de desarrollo de niños y familias, y para impulsar el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta el día anterior a su tercer cumpleaños. Más adelante en esta sección de la guía, se proporciona información adicional sobre servicios de intervención temprana.
- Terapia electroconvulsiva (*electroconvulsive therapy*, ECT).
- Solicitudes de custodia de emergencia (*emergency custody orders*, ECO).



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



- Servicios de emergencia que incluyen servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.).
- Servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización. En las secciones 5 y 6 de esta guía se proporciona información adicional sobre los servicios de emergencia y de postestabilización.
- Servicios para insuficiencia renal terminal.
- Exámenes de la vista.
- Servicios de planificación familiar, como servicios, dispositivos, medicamentos (incluida la anticoncepción reversible de acción prolongada) y suministros para el retraso o la prevención del embarazo. Puede elegir libremente su método de planificación familiar, incluso con ayuda de proveedores que estén dentro o fuera de la red. En el tema de servicios de planificación familiar, no requerimos que obtenga autorización para el servicio o que el PCP lo refiera.
- Tiras reactivas de glucosa.
- Servicios auditivos (audiología).
- Servicios de salud a domicilio.
- Servicios de cuidados paliativos.
- Atención hospitalaria (pacientes hospitalizados o ambulatorios).
- Prueba, tratamiento y asesoramiento en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Vacunas.
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia.
- Investigaciones para detectar plomo.
- Mamografías.
- Cuidados de maternidad, que incluyen atención durante el embarazo y servicios de médicos y de enfermeras parteras certificadas (para obtener más información sobre el cuidado de maternidad, consulte la sección 8 de esta guía).
- Servicios de enfermera partera certificada por medio de un proveedor de enfermeras parteras certificado.
- Trasplantes de órganos.
- Dispositivos ortésicos (incluidos los aparatos ortopédicos, las férulas y los apoyos) para niños menores de 21 años o adultos por medio de un programa de rehabilitación intensivo.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA



- Pruebas de Papanicolaou.
- Servicios de un médico o un proveedor de servicios, incluidas las visitas al consultorio del médico.
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla.
- Servicios de podología (cuidado de los pies).
- Servicios maternos y prenatales.
- Medicamentos recetados (consulte la sección 7 de esta guía para obtener más información sobre los servicios de farmacia).
- Servicios de enfermería privada (a través de EPSDT) para menores de 21 años.
- Exámenes de antígeno prostático específico (*Prostate Specific Antigen, PSA*) y exámenes digitales del recto.
- Aparatos protésicos, incluidos brazos y piernas y sus accesorios de apoyo, y prótesis mamarias y oculares.
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.
- Servicios de radiología.
- Cirugía reconstructiva de seno.
- Servicios de diálisis renal.
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluidos la fisioterapia, la terapia ocupacional, y los servicios de patología del habla y audiológica).
- Servicios de segunda opinión de un proveedor de atención médica calificado dentro de la red o también podemos hacer los trámites para que usted obtenga una segunda opinión sin costo fuera de la red. Las referencias fuera de la red se pueden aprobar si no se puede acceder a ningún proveedor participante o cuando ningún proveedor participante puede satisfacer sus necesidades individuales.
- Servicios quirúrgicos cuando sean necesarios desde el punto de vista médico y los aprobemos.
- Servicios de telemedicina.
- Órdenes de detención temporal (*Temporary Detention Orders, TDO*).
- Servicios para dejar de fumar.
- Servicios de transporte, incluidos los de emergencia y los que no son de emergencia (viaje aéreo, ambulancia, camionetas con camillas, camionetas con sillas de ruedas, autobuses públicos, conductores voluntarios o registrados, taxis). También ofrecemos transporte hacia y desde la mayoría de los servicios disociados. Se proporciona información adicional sobre los servicios de transporte más adelante en esta sección de la guía.



Para los beneficiarios del plan de salud FAMIS, no se proporcionan servicios de transporte para acceso de rutina hacia y desde los servicios médicos cubiertos.

- Servicios para la vista.
- Consultas de bienestar.
- Servicios de aborto provocado (están disponible únicamente cuando existe un peligro considerable para la vida de la madre).

Beneficios Adicionales Incluidos en su Plan

Como miembro de nuestro plan tiene acceso a servicios que en general no se cubren a través del programa Medicaid de pago por servicio. Estos se conocen como “beneficios mejorados”. Proporcionamos los siguientes beneficios mejorados:

Servicios dentales

Ofrecemos cobertura para algunos servicios relacionados con los dientes, tanto para adultos como para niños, siempre y cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, sean apropiados y estén aprobados. Entre estos servicios, se incluyen:

- servicios de anestesia y hospitalización para servicios dentales necesarios desde el punto de vista médico;
- servicios dentales realizados por un médico o un dentista como resultado de un accidente dental;
- preparación de la boca para radioterapia;
- medicamentos para servicios dentales cubiertos;
- reparación de labio leporino o paladar hendido, o ambos.

Proporcionamos servicios dentales para mujeres embarazadas. Tiene que informarle al dentista cuándo cree que nacerá su bebé. Podrá consultar a un dentista durante los 60 días posteriores al nacimiento de su bebé. Daremos cobertura a los siguientes servicios dentales:

- radiografías y exámenes;
- limpiezas;
- empastes;
- endodancias;
- tratamiento relacionado con las encías;
- coronas, puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas;
- extracciones de dientes y otras cirugías bucales;
- otros servicios generales apropiados.



Prevención

Sus beneficios incluyen servicios para ayudarle a mantenerse sano y evitar problemas graves de salud. Los niños y adultos de distintas edades tienen necesidades distintas. El médico trabajará con usted para pedir las pruebas y los exámenes que más le convienen de acuerdo con su edad y sus antecedentes de salud. Para obtener una copia de nuestras pautas clínicas de atención preventiva, llame a Servicio a los Miembros. Los servicios preventivos se brindan para encontrar los problemas de manera temprana y ayudarle a evitar que se enferme.

Nuestro Departamento de Educación para la Salud ofrece una serie de clases, programas en línea y asesoría para ayudarle. Todas las clases están disponibles sin costo. Para obtener más información, tome un folleto de los programas Healthy Living (Programas para una Vida Sana) en cualquier centro médico de Kaiser Permanente o visite kp.org/healthyliving (haga clic en “Español”).

Control de Enfermedades

Contamos con programas de control de enfermedades para ayudarle a vivir bien con una condición crónica. La inscripción en estos programas es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. Para obtener una copia de nuestras pautas clínicas de control de enfermedades, llame a Servicio a los Miembros. Algunos de los servicios de control de enfermedades que se ofrecen son para lo siguiente:

- asma,
- depresión,
- diabetes,
- enfermedad de las arterias coronarias,
- insuficiencia cardiaca congestiva,
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Si tiene alguna de estas condiciones, puede acudir por su propia cuenta a nuestro programa de control de enfermedades. Deje un mensaje en cualquier momento en el 703-536-1465 con su nombre, número de historia clínica, dirección y la condición por la cual solicita información. Si le diagnostican alguna de las condiciones crónicas para las cuales tenemos un programa, lo inscribiremos automáticamente en el programa de control de enfermedades, pero tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento.



TracFone

Nos enorgullece trabajar con SafeLink Wireless para ofrecerle este programa federal especial. Con SafeLink Health Solutions® recibirá los siguientes beneficios:

- un teléfono sin costo con 350 minutos mensuales;
- mensajes de texto ilimitados;
- llamadas sin costo a Servicio a los Miembros, las cuales no contarán como parte de los 350 minutos;
- mensajes de texto con consejos y recordatorios de salud.

No recibirá ninguna factura, así que no habrá ninguna sorpresa. Si se queda sin minutos, puede comprar minutos adicionales por solo \$0.10 el minuto. Aunque se le terminen los minutos, siempre podrá llamar sin costo al 911 o a Servicio a los Miembros.

Hay tres maneras de inscribirse en el Programa SafeLink Phone:

1. Visite www.safelink.com para presentar una solicitud en línea.
2. Llene la solicitud que recibió con su paquete de bienvenida y envíela de vuelta por correo (no se necesita franqueo).
3. Llame a SafeLink al 877-631-2550.

Si tiene preguntas sobre estos beneficios, llame a Servicio a los Miembros, al número que aparece al final de esta página.

¿Qué son los Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)?

Los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) son una ley Federal (Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] 42, Sección 441.50 et seq.) que exige que los programas estatales de Medicaid garanticen que los problemas de salud en personas menores de 21 años se diagnostiquen y traten lo antes posible, antes de que el problema se complique y el tratamiento sea más complejo y costoso.

Los EPSDT promueven la evaluación temprana y universal de las necesidades de atención médica de los niños por medio de servicios periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento de problemas de la vista y la audición, y problemas dentales. Las evaluaciones de los EPSDT las llevan a cabo médicos o enfermeros especialistas y pueden realizarse durante las siguientes situaciones:

- Evaluaciones y exámenes médicos de bienestar infantil (EPSDT/evaluaciones periódicas): exámenes médicos que se realizan periódicamente.



- Consultas por motivos de enfermedad (EPSDT/pruebas de detección extraordinarias): exámenes médicos no programados o evaluaciones enfocadas en una condición, que pueden presentarse en cualquier momento a causa de una enfermedad del niño o de un cambio en la condición de salud.

Además, cubrimos todos los servicios que se identifiquen como necesarios para resolver o mejorar cualquier condición o anomalía detectada. La cobertura de servicios está disponible conforme a EPSDT incluso si el servicio no está contemplado en el plan estatal de Medicaid para el resto de la población de Medicaid. Para todos los servicios de tratamiento es necesaria la autorización del servicio (antes de que el proveedor brinde el servicio).

Cómo Acceder a la Cobertura de los Servicios de EPSDT

Brindamos la mayoría de los servicios que cubre EPSDT de Medicaid, como la terapia del comportamiento (análisis del comportamiento aplicado [*Applied Behavioral Analysis, ABA*]). Los servicios de terapia del comportamiento deben diseñarse para potenciar las habilidades comunicativas y reducir los patrones de comportamiento inadaptado, antes de que sea necesario un nivel de atención más restrictivo.

- El objetivo de los servicios de ABA es que, por medio de la participación activa en la terapia del comportamiento, se brinde al cuidador o a los familiares del miembro la capacitación y las habilidades necesarias para poder ayudar al miembro en su interacción dentro de la comunidad y del hogar.
- Disponible para miembros de Kaiser Permanente menores de 21 años.
- Se permiten evaluaciones de hasta por 5 horas por niño, por proveedor.
- El proveedor de servicio debe proporcionar documentación que indique que otros servicios, como los Servicios Comunitarios para la Rehabilitación de Salud Mental (Community Mental Health Rehabilitation Services, CMHRS), no son la mejor alternativa.

Sin embargo, no cubrimos algunos servicios de EPSDT, como la atención dental pediátrica. En el caso de los servicios que nuestro plan no cubre, usted puede obtenerlos a través del programa Medicaid de pago por servicio. En las páginas 55 y 56 de esta guía puede encontrar información adicional. No dude en comunicarse con la administración de la atención para solicitar ayuda para acceder a los servicios de EPSDT. Para obtener ayuda, llame al administrador de atención al 866-223-2347.



Cómo Acceder a la Cobertura de los Servicios de Intervención Temprana

Si tiene un bebé menor de tres años y cree que no está aprendiendo o no se está desarrollando a la par de otros bebés y niños pequeños, su hijo podría ser elegible para los servicios de intervención temprana. Los servicios de intervención temprana son servicios diseñados para atender las necesidades de desarrollo de bebés y niños pequeños que presentan una incapacidad en al menos una de las siguientes áreas: desarrollo físico, cognitivo, comunicativo, social o emocional, o adaptativo. Entre los servicios, se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. El primer paso es cumplir los requisitos del programa local Infant and Toddler Connection (Programa de Comunicación con el Bebé y el Niño Pequeño) de su comunidad para ver si su hijo es elegible. Los niños desde el nacimiento hasta los tres años son elegibles si tienen (i) un retraso en el desarrollo del 25 % en una o más áreas del desarrollo, (ii) un desarrollo atípico o (iii) una condición física o mental diagnosticada que tiene altas probabilidades de dar lugar a un retraso en el desarrollo. Para obtener más información, llame a su administrador de atención. Si su hijo está inscrito con nosotros, le proporcionamos cobertura para servicios de intervención temprana. Si la familia lo solicita, también brindamos ayuda de transporte y programación para recibir servicios de intervención temprana.

Su administrador de atención trabajará de cerca con usted y con el programa Infant and Toddler Connection para ayudarle a acceder a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo podría necesitar. También puede obtener información en <https://itcva.online> o llamando al 1-800-234-1448.

Asistencia para Adopción y Cuidados de Crianza

Podemos brindar ayuda a las personas que están en cuidados de crianza o que están recibiendo apoyo para adopción por medio de referencias a proveedores, en la coordinación de la atención o en la planeación de la transición (para los jóvenes que están por dejar el sistema de cuidados de crianza). Específicamente, contamos con un equipo de administración de atención que se especializa en estos servicios y en trabajar con Departamentos de Servicios Sociales locales para ayudar a las personas a lidiar con la atención médica o de salud del comportamiento, y otros recursos. Si desea más información sobre estos recursos, comuníquese con el Equipo de Administración de Cuidados de Crianza. Importante: Toda persona o niño que se admita en un Hogar de Terapia Grupal (Therapeutic Group Home, TGH) no será excluido del programa Medallion 4.0; sin embargo, el servicio diario del TGH se “disocia” del contrato de Medallion 4.0 y se administrará por medio de Magellan de Virginia hasta el 1 de abril de 2019. Nosotros administraremos cualquiera de los servicios médicos profesionales que se brinden a las personas en un TGH. En el caso de cualquier necesidad de administración de casos pediátricos, el equipo de administración de casos de Medallion 4.0 se encargará de administrar la coordinación de los cuidados de crianza. Para obtener ayuda, llame al administrador de atención al 1-866-223-2347.



Cómo Obtener Acceso a Servicios de Salud Materna e Infantil

Con su cobertura de atención médica de Medicaid o de FAMIS MOMS, puede obtener, sin costo, servicios que le ayuden a tener un embarazo saludable y un bebé con buena salud. Medicaid y FAMIS MOMS se hacen cargo del pago de sus cuidados prenatales y del parto. Es muy importante contar con atención médica desde el inicio de su embarazo.

Nuestros programas para mujeres embarazadas incluyen:

- servicios relacionados con el embarazo y con la etapa posparto;
- programas prenatales y para bebés;
- servicios para tratar cualquier condición médica que pueda complicar el embarazo;
- asesoría sobre lactancia y extractores de leche;
- ayuda para dejar de fumar;
- prueba de detección de depresión prenatal y posparto.

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)

El EPSDT es el programa de salud infantil de Medicaid para niños y jóvenes menores de 21 años. Está disponible para los miembros de Medallion 4.0/FAMIS Plus. El programa ofrece a los niños un conjunto completo de pruebas de detección, intervenciones y otros servicios de apoyo. Por disposición legal, EPSDT brinda pruebas de detección periódicas, así como servicios dentales, y de salud visual y auditiva.

A quien sea miembro de EPSDT, se le deberá brindar cualquier servicio de atención médica que sea necesario desde el punto de vista médico y que se incluya en EPSDT. Esto es así incluso si el servicio no está disponible para el resto de la población estatal de Medicaid. Estos son algunos de los beneficios de EPSDT:

- Servicios de cuidados de enfermería, incluida la atención privada de enfermería
- Tratamientos personalizados para problemas específicos del desarrollo
- Acceso a servicios disociados
- Servicios de farmacia
- Tratamiento por obesidad

El médico de su hijo realiza los exámenes médicos del EPSDT. Entre los exámenes médicos de rutina de su hijo se debe incluir lo siguiente:

- Los antecedentes médicos completos de su hijo, como evaluaciones de salud, nutrición, y salud del comportamiento y del desarrollo.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



- Un examen físico completo, de pies a cabeza.
- Educación para la salud.
- Control de crecimiento y desarrollo.
- Análisis de laboratorio.
- A todos los niños se les debe hacer 2 veces la prueba de detección de intoxicación por plomo, la primera entre los 9 y 23 meses, y la segunda entre los 24 y 35 meses.
- Vacunas (inyecciones), según se requieran.
- Asesoramiento apropiado para la edad.
- Medición de signos vitales (presión arterial, frecuencia del pulso, etc.).
- Examen de los ojos.
- Prueba de audición.
- Servicios para dejar de fumar.
- Examen dental y referencia a un dentista a la edad de tres años.
- Los exámenes dentales con un dentista se deben hacer cada 6 meses (cuentan con cobertura del programa *Smiles for Children* del Departamento de Servicios de Asistencia Médica [DMAS]).

En este cuadro se indica cuándo el niño debe hacerse la revisión médica habitual:

Edad	Cronograma de revisión médica
Menos de 1 año (bebés)	Se deben realizar exámenes médicos al nacer el bebé; entre los 3 y 5 días de nacido; al mes; a los 2 meses; a los 4 meses; a los 6 meses y a los 9 meses
De 1 a 2 años (niños pequeños)	Se deben realizar exámenes médicos a los 12, 15 y 18 meses de edad
De 2 a 4 años (primera infancia)	Se deben realizar exámenes médicos a los 24 y 30 meses, y a los 3 y 4 años Programe las consultas al dentista cada 6 meses después de cumplir tres años
De 5 a 10 años (segunda infancia)	Se deben realizar exámenes médicos una vez al año
De 11 a 21 años (adolescentes)	Se deben realizar exámenes médicos una vez al año



Inscripción de Recién Nacidos

Una vez que nazca a su bebé, deberá informar su nacimiento lo antes posible para inscribirlo en Medicaid. Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Llamando al Centro de Ayuda de Cover Virginia al 1-855-242-8282 para informar el nacimiento de su hijo por teléfono.
- Comunicándose con el Departamento de Servicios Sociales local.

Se le pedirá que proporcione información sobre usted y la siguiente información sobre su bebé:

- nombre,
- fecha de nacimiento,
- raza,
- sexo,
- nombre de la madre del bebé y el número de identificación de Medicaid.

Cómo Acceder a los Servicios de Planificación Familiar

Los servicios de planificación familiar incluyen servicios, dispositivos, medicamentos (como anticoncepción reversible de acción prolongada) y suministros para el retraso o la prevención del embarazo. Puede elegir libremente su método de planificación familiar, incluso con ayuda de proveedores que estén fuera de la red.

Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento ofrecen una amplia variedad de opciones de tratamiento para personas con un trastorno de salud mental o que hacen uso indebido de sustancias. Muchas personas luchan contra trastornos de salud mental como depresión, ansiedad u otros problemas mentales, así como contra el uso de sustancias en algunos momentos de su vida. Estos servicios de salud del comportamiento tienen el objetivo de ayudar a que las personas vivan en la comunidad y mantengan un estilo de vida lo más independiente y satisfactorio posible. Los servicios van desde el asesoramiento para pacientes ambulatorios hasta la atención hospitalaria, incluidos los servicios para crisis y el tratamiento diario. Estos servicios se pueden proporcionar en su domicilio o en la comunidad, por un periodo corto o largo, y todos están a cargo de personas y organizaciones calificadas.

Hasta abril de 2019, algunos servicios de salud del comportamiento, como el tratamiento en entorno residencial para niños, se cubrían por medio de Magellan de Virginia, el Administrador de Servicios para la Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services Administrator, BHSA) del DMAS. Servicio a los Miembros puede ayudarle a coordinar los servicios que necesita, incluidos los que se proporcionan por medio del BHSA.



Para los miembros de Medallion 4.0, ofrecemos cobertura de hospitalización psiquiátrica, ya sea parcial o de internación tradicional, y cobertura de servicios de salud del comportamiento; esto se conoce como Servicios Salud Mental (MHS).

Estos MHS también están disponibles para los miembros que han vivido experiencias posiblemente traumáticas durante su vida. El término trauma se refiere a experiencias intensas y abrumadoras relacionadas con pérdidas, amenazas o daños graves al bienestar físico o emocional de una persona. Estas experiencias se pueden presentar en cualquier momento de la vida de una persona. Puede tratarse de un solo evento traumático o de varios eventos repetidos durante muchos años. A menudo este tipo de experiencias traumáticas supera la capacidad de sobreponerse de las personas. Frecuentemente, esto conduce a que la persona busque maneras de sobreponerse que pueden funcionar a corto plazo, pero que pueden causar daños graves con el tiempo. Los proveedores de la red brindan servicios a los miembros de Kaiser Permanente a través de una atención informada sobre el trauma.

Para acceder a los servicios de salud del comportamiento, les recomendamos a los miembros de Kaiser Permanente que se comuniquen con Servicio a los Miembros, al 1-855-249-5025 (TTY 711). La llamada no tiene costo y lo pueden comunicar con su administrador de atención.

Cómo Acceder a los Servicios para Adicciones y Tratamiento de Recuperación (ARTS)

Ofrecemos diversos servicios para ayudar a las personas que tienen problemas con el uso de sustancias, como las drogas y el alcohol. Las adicciones son una enfermedad, como la diabetes; muchas personas las padecen y podrían beneficiarse de un tratamiento, independientemente de qué tan mala parezca la situación.

Si necesita tratamiento para una adicción, nosotros proporcionamos cobertura para servicios que pueden ayudarle. Nuestro plan cubre los siguientes servicios para ARTS: hospitalización para desintoxicación aguda del paciente; hospitalización parcial; hogar comunitario o centro de reinserción social; servicios en un centro de tratamiento en entorno residencial; tratamiento intensivo por uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios; tratamiento por uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios (individual, familiar y grupal); servicios de tratamiento con opioides (incluye asesoramiento individual y grupal, terapia familiar y administración de medicamentos); y servicios de especialistas entre iguales por uso indebido de sustancias. También contamos con opciones de tratamiento asistido con medicamentos si tiene problemas con el uso de medicamentos recetados o de venta libre. Los servicios entre iguales los proporcionan personas que han vivido experiencias similares y están en recuperación. También se encuentran disponibles servicios de administración de casos. Hable con su PCP o con un administrador de atención para determinar la mejor alternativa para usted e informarse sobre la manera de obtener ayuda de servicios para adicciones y tratamiento de recuperación.



Para encontrar un proveedor de ARTS, puede buscar en el directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, llamar a su coordinador de atención o comunicarse con Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711). Si tiene alguna pregunta o desea saber más sobre ARTS, no dude en comunicarse con nosotros. Esperamos que aproveche estos servicios que están disponibles para usted sin ningún costo.

Cómo Acceder a los Servicios de Transporte que No Son de Emergencia

Servicios de Transporte que Cubre Optima Health

Nos hacemos cargo de los servicios de transporte que no son de emergencia para los servicios cubiertos, los servicios disociados, los beneficios mejorados, los eventos educativos auspiciados por la compañía y las reuniones del Comité Asesor de Miembros.

Se puede proporcionar transporte si no tiene otros medios de transporte y necesita ir al médico o a un centro de atención por un servicio cubierto. Llame a LogistiCare al 1-866-823-8349 o a Servicio a los Miembros al número que aparece abajo para hacer citas médicas urgentes o que no sean de emergencia.

Tiene que llamar por lo menos tres días hábiles antes de su consulta o no podremos garantizar que habrá transporte disponible. Tenemos que aprobar el servicio. Los miembros de Kaiser Permanente pueden pedir transporte médico para ir a sus consultas médicas, dentales, de la vista y de salud del comportamiento que estén cubiertas.

El transporte a las citas médicas y dentales es un beneficio cubierto. Lo único que tiene que hacer es llamar a LogistiCare para programar el transporte a sus citas médicas y dentales. Si necesita transporte a una cita médica, llame a la empresa de transporte al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Tiene que llamar por lo menos tres días hábiles antes de su consulta o no podremos garantizar que habrá transporte disponible. Tenemos que aprobar el servicio. Los miembros de Kaiser Permanente pueden pedir transporte médico para ir a sus consultas médicas, dentales, de la vista y de salud del comportamiento.

No está cubierto el transporte para ir a surtir o volver a surtir recetas médicas en una farmacia cuando los medicamentos se pueden enviar por correo. Este transporte se tiene que usar solamente en las siguientes situaciones:

- La consulta es para obtener atención cubierta por Medicaid.
- El miembro no tiene su propio medio de transporte.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de transporte, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de Optima Health.

En caso de que ocurra una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 911. Consulte la sección 5 (“Cómo Obtener Atención y Servicios de Emergencia”) de esta guía.



9. Servicios Sin Cobertura

Ni Medicaid ni nuestro plan cubren los siguientes servicios. Si recibe alguno de los siguientes servicios sin cobertura, usted será responsable del costo de estos servicios.

- Acupuntura.
- Gastos administrativos, como el llenado de formularios y las copias de registros.
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios para favorecer la fertilidad.
- Suicidio asistido.
- Ciertos medicamentos cuya eficacia no se ha demostrado.
- Ciertos procedimientos diagnósticos y quirúrgicos experimentales.
- Servicios quiroprácticos.
- Enfermeros de la ciencia cristiana.
- Tratamiento o cirugía estéticos.
- Cuidados diurnos, incluidos los servicios de asistencia para adultos mayores (excepto en algunas exenciones de servicios basados en la comunidad o en el hogar).
- Dentaduras postizas para miembros de Kaiser Permanente de 21 años o más.
- Medicamentos para tratar la caída del cabello o para blanquear la piel.
- Abortos voluntarios.
- Medicamentos para la disfunción eréctil.
- Procedimientos experimentales o de investigación.
- Anteojos o su reparación para miembros de 21 años o más.
- Vacunas si usted tiene 21 años o más (excepto para la gripe y la neumonía para personas en riesgo y con autorización de Optima Health).
- Atención médica proporcionada por proveedores externos a la red, excepto servicios de emergencia, servicios de urgencias o servicios de planificación familiar, a menos que Optima Health los autorice.
- Atención dental de rutina si tiene 21 años o más.
- Servicios prestados mientras está encarcelado.
- Programas de clínicas para perder peso, a menos que estén autorizados.
- Atención fuera de los Estados Unidos.



- Toda persona o niño que se admita en un centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial se excluirá de manera temporal del programa Medallion 4.0 hasta el alta. Desde el 1 de abril de 2019 somos responsables de la cobertura de los servicios de tratamiento en entorno residencial, que son los servicios de los centros de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial. Sin embargo, nosotros administraremos cualquiera de los servicios médicos profesionales que se brinden a pacientes en el centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial.

Qué Sucede Si Recibe Servicios Sin Cobertura

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y se cumple lo siguiente:

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios aparecen como “Beneficios que cubrimos” en la sección 8 de esta guía.
- Usted recibe los servicios siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan o el DMAS no cubren, usted debe pagar el costo total. Si no está seguro y desea saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. Puede llamar a Servicio a los Miembros o a su coordinador de atención para obtener más información sobre los servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. En la sección 13 se proporcionan instrucciones sobre cómo apelar nuestras decisiones de cobertura. También puede llamar a Servicio a los Miembros para conocer más sobre sus derechos de apelación u obtener ayuda para presentar una apelación.

10. Servicios Cubiertos mediante el Programa Medicaid de Pago por Servicio

El DMAS le brindará cobertura para cualquiera de los servicios que se mencionan más adelante. Estos servicios se conocen como “servicios disociados”. Usted permanece en nuestro plan cuando recibe estos servicios. Su proveedor le factura estos servicios al programa Medicaid (o a su contratista) de pago por servicio.

Servicios Disociados

- Servicios dentales por medio del programa *Smiles For Children*

El estado contrató a DentaQuest para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El nombre del programa es *Smiles For Children*. El programa *Smiles For Children* proporciona cobertura para la siguiente población y los siguientes servicios:

- Para niños menores de 21 años: procedimientos diagnósticos, preventivos, quirúrgicos/reconstructivos y servicios de ortodoncia.
- Para mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, endodoncias, tratamientos relacionados con las encías, coronas, puentes, dentaduras postizas parciales y completas, extracciones de dientes y otras cirugías bucales, y otros servicios generales adecuados. No está incluido el tratamiento de ortodoncia. La cobertura dental finaliza 60 días después del nacimiento del bebé.
- Para adultos de 21 años o más, la cobertura solamente está disponible para servicios quirúrgicos bucales limitados necesarios desde el punto de vista médico. Los servicios dentales de rutina no están cubiertos para adultos, a excepción de los que se describen arriba para las mujeres embarazadas.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura dental por medio de *Smiles For Children*, puede comunicarse con Servicio a los Miembros de DentaQuest al 1-888-912-3456, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este. El número TTY/TDD es 1-800-466-7566. Puede encontrar información adicional sobre el programa *Smiles For Children* en

<https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/children/>.

- Ofrecemos cobertura para transporte que no sea de emergencia para todos los servicios dentales cubiertos por medio de *Smiles For Children*, como se describe arriba. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicio a los Miembros al número que aparece abajo.
- Toda persona o niño que se admita en un hogar de terapia grupal (TGH) no será excluido del programa Medallion 4.0; sin embargo, el servicio diario del TGH se “disocia” del contrato de Medallion 4.0 y se administrará por medio de Magellan de Virginia hasta el 1 de abril de 2019.



Para los miembros de Medallion 4.0, a partir del 1 de abril de 2019 nos haremos responsables de la cobertura de los servicios de tratamiento en entorno residencial del TGH. Sin embargo, nosotros administraremos cualquiera de los servicios médicos profesionales que se brinden a las personas en el TGH.

- Servicios de salud escolar, incluidos ciertos servicios médicos, de salud mental, auditivos o de terapia de rehabilitación que son organizados por la escuela de su hijo. La ley exige que las escuelas brinden a los estudiantes con discapacidades una educación pública, gratuita y apropiada, incluidos la educación especial y los servicios relacionados de acuerdo con el programa de educación individual (Individualized Education Program, IEP) de cada estudiante. A pesar de que las escuelas son responsables de los servicios educativos desde el punto de vista financiero, en el caso de los estudiantes elegibles para Medicaid, es posible que Medicaid cubra parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante. Cuando Medicaid los cubre, el DMAS paga los servicios de salud escolar. Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.

Servicios que Cancelarían Su Inscripción

Si recibe alguno de los servicios que se describen más adelante, se cancelará su inscripción con Optima Health y será atendido por el programa Medicaid de pago por servicio mientras siga siendo elegible para Medicaid.

- Está recibiendo atención en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales.
- Está recibiendo atención en un centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial de nivel C (niños menores de 21 años).
- Está recibiendo atención en un centro de enfermería.
- Está recibiendo atención en un centro de atención de largo plazo.

11. Servicios con Cobertura por medio de FAMIS

RESUMEN DE SERVICIOS CON COBERTURA DE FAMIS, PARTE 4				
SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios para pacientes hospitalizados	Sí	\$15 por internamiento	\$25 por internamiento	Para todos los miembros, el contratista cubrirá el internamiento en hospitales generales de cuidados agudos y de rehabilitación hasta por 365 días de internamiento, en una habitación semiprivada o unidad de cuidados intensivos para la atención de enfermedades, lesiones o embarazo (incluye servicios auxiliares necesarios desde el punto de vista médico). El contratista deberá cubrir un plan de tratamiento alternativo para un paciente que de otra manera requeriría servicios más costosos, que incluyen, entre otros, atención para pacientes hospitalizados a largo plazo. El contratista debe aprobar por adelantado el plan de tratamiento alternativo.
Servicios Hospitalarios para Pacientes Externos	Sí	\$2 por consulta (no se aplica en caso de hospitalización)	\$5 por consulta (no se aplica en caso de hospitalización)	El contratista deberá cubrir los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que sean de naturaleza preventiva, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación o paliativa, que se brinden a pacientes ambulatorios y que se proporcionen en instituciones que una autoridad oficialmente designada para establecer normas estatales haya autorizado o aprobado formalmente como hospital. Los servicios de camas de observación estarán cubiertos cuando sean razonables y necesarios para evaluar una condición médica a fin de determinar el nivel de tratamiento adecuado o la observación no rutinaria de complicaciones médicas subyacentes. Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen servicios de emergencia, servicios quirúrgicos, de diagnóstico y servicios de proveedores profesionales. También están cubiertos los cargos de las instalaciones.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios quiroprácticos	Sí	\$2 (limitado a \$500 por año calendario)	\$5 (limitado a \$500 por año calendario)	El contratista proporcionará \$500 por año calendario de cobertura para manipulación raquídea, necesaria desde el punto de vista médico, y servicios quiroprácticos ambulatorios prestados para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Servicios Clínicos Consulta médica para paciente ambulatorio en el consultorio o el hospital Atención médica primaria Servicios de atención especializada Servicios de Maternidad	Sí	\$2 \$0	\$5 \$0	El contratista deberá cubrir los servicios clínicos que se definen como servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos, que se brindan a pacientes ambulatorios y que se proporcionan en un centro de atención que no es parte de un hospital, pero que está organizado y administrado para brindar atención médica a pacientes ambulatorios. Con la excepción de los servicios de enfermera partera, los servicios clínicos se brindan bajo la instrucción de un médico o un dentista. También están cubiertas las visitas a clínicas de diálisis renal. No hay copagos por servicios de maternidad.
Servicios Ordenados por un Tribunal	No			El contratista no está obligado a cubrir este servicio, a menos que el servicio sea necesario desde el punto de vista médico y sea un servicio cubierto por FAMIS.
Servicios dentales	No, excepto en ciertas circunstancias			El contratista debe cubrir los códigos de Terminología Actual de Procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) facturados por un médico como resultado de un accidente. El contratista está obligado a cubrir los servicios de anestesia y hospitalización necesarios desde el punto de vista médico para ciertas personas cuando se determina que dichos servicios son necesarios para brindar atención dental. Los servicios dentales pediátricos (para niños elegibles hasta los 21 años) están cubiertos mediante el programa <i>Smiles for Children</i> , a través del Administrador de Beneficios Dentales (Dental Benefit Administrator, DBA) del Departamento.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
				Para obtener más información sobre los beneficios del programa <i>Smiles for Children</i> (SFC), llame al 1-888-912-3456.
Servicios de Intervención Temprana	Sí			<p>El contratista está obligado a proporcionar cobertura para los servicios de intervención temprana según lo definido en el Título 12 del Código Administrativo de Virginia (Virginia's Administrative Code, VAC), sección 30-50-131. Los servicios para niños que están inscritos con un contratista contratado están cubiertos por el Departamento dentro de los criterios y las pautas de cobertura del Departamento. Los códigos de facturación y los criterios de cobertura de intervención temprana se describen en el <i>Early Intervention Program Manual</i> (Manual del programa de intervención temprana) del departamento, en el sitio web del DMAS en: http://websvr.dmas.virginia.gov/ProvidrManuals/Default.aspx</p> <p>El contratista deberá cubrir otras terapias de rehabilitación y desarrollo necesarias desde el punto de vista médico, cuando sean necesarias desde el punto de vista médico, incluidas las que sean para niños inscritos en el Programa de Intervención Temprana (Early Intervention, EI), según corresponda.</p>
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	No			El contratista no está obligado a cubrir este servicio. El contratista está obligado a cubrir los servicios de bienestar infantil de bebés y niños.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
<p>Servicios de Emergencia que usan los Estándares de Legos Prudentes para el Acceso</p> <p>Sala de emergencias de un hospital</p> <p>Atención de un Médico</p>	Sí	2 por consulta	25 por consulta	<p>El contratista proporcionará el reembolso razonable de los servicios necesarios para determinar si existe una emergencia en los casos en que las circunstancias clínicas que existían en el momento en que el beneficiario se presentara en la sala de emergencias indiquen que puede existir una emergencia. El contratista se asegurará de que todos los servicios de emergencia cubiertos estén disponibles las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana.</p> <p>El contratista deberá cubrir todos los servicios de emergencia brindados por proveedores que no pertenecen a la red. El contratista no requiere autorización previa para servicios de emergencia. Esto se aplica tanto a los servicios fuera de la red como a los servicios dentro de la red que un miembro de Kaiser Permanente busca en una emergencia.</p>
<p>Uso de la sala de emergencias para casos que no son emergencias</p>		10 por consulta	25 por consulta	<p>Los miembros que se presenten a la sala de emergencias deberán pagar el copago para sala de emergencias. Si se determina que la consulta no fue de emergencia, el hospital puede cobrar al miembro solo la diferencia entre los copagos por servicios en la sala de emergencias y los que no sean de emergencia; es decir, \$150 para menos de 150 % y \$20 para más de 150 %. El hospital no puede facturar cargos adicionales.</p>
<p>Atención posterior a la estabilización (posestabilización) Después de los Servicios de Emergencia</p>	Sí			<p>El contratista debe cubrir los servicios de posestabilización posteriores a una emergencia que un médico tratante considere necesarios desde el punto de vista médico DESPUÉS de que se haya estabilizado un problema de salud de emergencia. El contratista debe cubrir los siguientes servicios sin requerir autorización y sin importar si el miembro obtiene los servicios dentro o fuera de la red del contratista.</p>



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Procedimientos Experimentales y de Investigación	No			El contratista no está obligado a cubrir este servicio.
Audífonos	Sí	\$2	\$5	El contratista deberá cubrir los audífonos según se indica en Equipo Médico Duradero. Los audífonos deberán cubrirse dos veces cada cinco años.
Servicios de Cuidados Paliativos	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir los servicios de cuidados paliativos que incluyen un programa de atención domiciliaria y para pacientes hospitalizados que se proporciona directamente bajo la dirección de un centro de cuidados paliativos autorizado. Los programas de cuidados paliativos incluyen servicios de salud paliativos y de apoyo, médicos, psicológicos, psicosociales y de otro tipo para personas que utilizan un equipo interdisciplinario dirigido desde una perspectiva médica. Un proveedor con la licencia correspondiente debe ordenar los servicios de cuidados paliativos, los cuales deben ser brindados y facturados por un centro de cuidados paliativos con la licencia correspondiente y deben ser necesarios desde el punto de vista médico. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles si al miembro se le diagnostica una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Los cuidados paliativos están disponibles de forma simultánea con la atención relacionada con el tratamiento de la condición del niño con respecto a la cual se hizo un diagnóstico de enfermedad terminal.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios de Salud a Domicilio	Sí	\$2	\$5	El contratista deberá cubrir los servicios de salud a domicilio, incluidos los servicios de enfermería y cuidado personal, los servicios de auxiliares de salud domiciliaria, fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT), terapia del habla, audición y terapia de inhalación hasta 90 consultas por año calendario. Cuidado personal significa ayuda para caminar, bañarse y vestirse; administrar medicamentos; enseñar destrezas de autoayuda y realizar algunas tareas esenciales del hogar. El contratista no está obligado a cubrir los siguientes servicios de salud a domicilio: servicios sociales médicos, servicios que FAMIS no pagaría si se proporcionaran a un paciente hospitalizado en un hospital, servicios comunitarios de entrega de alimentos, servicios domésticos o de limpieza que no estén relacionados con la atención al paciente, atención de custodia que es atención al paciente que requiere principalmente servicios de protección en lugar de servicios médicos y de atención de enfermería especializada definitivos, y servicios relacionados con la cirugía estética.
Vacunas	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir las vacunas. El contratista se asegurará de que los proveedores proporcionen las vacunas, de conformidad con las pautas del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) más recientes. El contratista trabajará con el Departamento para lograr su objetivo de aumentar las tasas de vacunación. El contratista es responsable de capacitar a los proveedores, los padres y los tutores de los miembros sobre los servicios de vacunas y de coordinar la información con respecto a las vacunas de los miembros. Los miembros elegibles para el plan FAMIS no serán elegibles para el programa Free Vaccines for Children Program (Programa de Vacunas Sin Costo para Niños).



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Sí	\$15 por internamiento	\$25 por internamiento	Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados están cubiertos durante 365 días por internamiento, incluidos los servicios de tratamiento parcial durante el día. Los servicios para pacientes hospitalizados pueden incluir habitaciones, comidas, servicios generales de enfermería, medicamentos recetados y servicios de la sala de emergencias que conducen directamente a la hospitalización. El contratista no está obligado a cubrir los servicios brindados en hospitales psiquiátricos independientes a miembros de Kaiser Permanente de hasta diecinueve (19) años. Se cubrirán los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados necesarios desde el punto de vista médico brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos generales para todos los miembros de FAMIS. El contratista aprobará toda hospitalización de salud mental para personas de cualquier edad en hospitales de cuidados agudos generales usando sus propios criterios de autorización previa. El contratista <u>puede</u> cubrir los servicios brindados en hospitales psiquiátricos independientes como un beneficio mejorado. El tratamiento psiquiátrico en entorno residencial (nivel C) no es un servicio cubierto por FAMIS.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Hospitales de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	Sí	\$15 por internamiento	\$25 por internamiento	El contratista deberá cubrir los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en centros de atención certificados como hospitales de rehabilitación y que hayan sido certificados por el Departamento de Salud.
Servicios por el Uso Indebido de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	Sí	\$15 por internamiento	\$25 por internamiento	La Ley de Adicciones y Paridad de la Salud Mental de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y por uso indebido de sustancias. Están cubiertos los servicios por el uso indebido de sustancias para pacientes hospitalizados en un centro de tratamiento por el uso indebido de sustancias.
Servicios de Laboratorio y Radiografías	Sí	\$2 por consulta	\$5 por consulta	El contratista debe cubrir todos los servicios de laboratorio y radiografías solicitados, recetados e indicados o realizados dentro del alcance de la licencia de un profesional médico en entornos adecuados, como consultorios médicos, hospitales y laboratorios de referencia independientes y clínicos. No se cobrará ningún copago por servicios de laboratorio o radiografías que se realicen como parte de una consulta con un médico.
Prueba de Detección de Plomo	Sí	\$0	\$0	El contratista debe cubrir las pruebas de detección de plomo en sangre como parte de los servicios de bienestar infantil de bebés y niños.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Investigaciones para Detectar Plomo	Sí	\$0	\$0	<p>El contratista brindará cobertura para las investigaciones realizadas por los departamentos de salud locales para determinar la fuente de contaminación por plomo en el hogar, como parte del control y tratamiento de los niños elegibles de Medicaid a los que les hayan diagnosticado niveles elevados de plomo en la sangre. Los departamentos de salud locales coordinan las investigaciones ambientales. La cobertura incluye los costos que sean elegibles para participar en financiamiento federal conforme a las regulaciones federales actuales y no incluye las pruebas de sustancias ambientales como agua, pintura o tierra que se envíen a analizar a un laboratorio. Comuníquese con el departamento de salud local del miembro para saber si un miembro califica para una valoración de riesgos. Podrá encontrar más información disponible en:</p> <p>https://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/epidemiology-fact-sheets/elevated-blood-lead-levels-in-children/</p> <p>Los pagos para investigaciones ambientales se limitarán a no más de dos visitas por vivienda.</p>
Mamografías	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir las mamografías de detección de baja dosis para determinar la presencia de cáncer de seno oculto.
Suministros Médicos Equipo Médico	Sí	\$0 por suministros \$2 por artículo para equipo	\$0 por suministros \$5 por artículo para equipo	<p>El contratista deberá cubrir el equipo médico duradero y otros dispositivos curativos o relacionados desde el punto de vista médico (como aparatos protésicos, implantes, anteojos, audífonos, dispositivos dentales y dispositivos adaptativos). El equipo médico duradero, los dispositivos protésicos y los anteojos están cubiertos cuando son necesarios desde el punto de vista médico. El contratista deberá cubrir los suministros y el equipo necesarios para administrar la nutrición intestinal. El contratista es responsable de pagar cualquier equipo DME especialmente fabricado que el contratista haya autorizado previamente.</p>



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Transporte Médico	Sí	\$2	\$5	Los servicios de ambulancia profesionales, cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, están cubiertos cuando se usan localmente, o desde un centro de atención o consultorio del proveedor cubiertos. Esto incluye servicios de ambulancia para el transporte entre hospitales locales cuando sea necesario desde el punto de vista médico; si el médico de atención primaria lo acuerda de antemano y el contratista lo autoriza si, debido al problema de salud del miembro, este no puede viajar de manera segura en un automóvil cuando va al consultorio del proveedor o al departamento de pacientes ambulatorios del hospital. Los servicios de ambulancia estarán cubiertos si la afección del miembro empeora repentinamente y debe ir a la sala de emergencias de un hospital local. Para la cobertura de servicios de ambulancia, el viaje al centro de atención o al consultorio debe ser al más cercano reconocido por el contratista que cuente con los servicios adecuados para tratar la afección del miembro; los servicios recibidos en ese centro de atención o consultorio del proveedor deben ser servicios cubiertos, y si el contratista o el Departamento lo solicita, el proveedor a cargo debe explicar por qué el miembro no pudo haber sido transportado en un automóvil privado o por cualquier otro medio menos costoso. No se proporcionan servicios de transporte para acceso de rutina hacia y desde proveedores de servicios médicos cubiertos.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Trasplante de Órganos	Sí	\$15 por internamiento y \$2 por consulta ambulatoria (servicios para identificar donantes, limitados a \$25,000 por miembro)	\$25 por internamiento y \$5 por consulta ambulatoria (servicios para identificar donantes, limitados a \$25,000 por miembro)	El contratista deberá cubrir los servicios de trasplante de órganos necesarios desde el punto de vista médico y según las normas de tratamiento del sector para todas las personas elegibles, incluidos, entre otros, trasplantes de tejidos, trasplantes de médula ósea autógenos, alogénicos o singénicos, u otras formas de rescate de células madre para niños con linfoma y mieloma. El contratista deberá cubrir trasplantes de riñón para pacientes con insuficiencia renal dependiente de diálisis, trasplantes de corazón, de hígado, de páncreas y de un solo pulmón. El contratista deberá cubrir los servicios necesarios relacionados con la procuración y el donante. El contratista no está obligado a cubrir los procedimientos de trasplante que se determine que son experimentales o de investigación.
Servicios de Salud Mental y por el Uso Indebido de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	Sí	\$2 por consulta	\$5 por consulta	La Ley de Adicciones y Paridad de la Salud Mental de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y por uso indebido de sustancias. En consecuencia, el contratista es responsable de cubrir los servicios de salud mental individuales, familiares y grupales, y los servicios de tratamiento por el uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico. El contratista proporcionará cobertura a los miembros para servicios de salud mental y tratamiento por el uso indebido de sustancias. Los servicios de asesoramiento de emergencia, los servicios para pacientes ambulatorios intensivos, el tratamiento diurno y los servicios de administración de casos de uso indebido de sustancias se consideran servicios disociados en este contrato y los cubrirá el Departamento.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios de Salud Mental (MHS)	Sí			<p>Hasta el 1 de diciembre de 2018, los siguientes servicios de salud del comportamiento conocidos como Servicios de Salud Mental (MHS) deben cubrirse en el marco del programa Medallion 4.0 para las personas inscritas en FAMIS y FAMIS MOMS Medallion 4.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios intensivos en el domicilio para niños y adolescentes; • tratamiento terapéutico diurno para niños y adolescentes; • intervención en casos de crisis de salud mental; • administración de casos de salud mental para niños con riesgo de tener alteraciones emocionales graves y niños con alteraciones emocionales graves conforme al capítulo IV del Manual de Servicios Comunitarios de Rehabilitación de Salud Mental del DMAS y a las regulaciones del estado de Virginia. <p>El BHSa del Departamento continuará brindando estos servicios a los miembros de Medallion 4.0/FAMIS por medio del programa de pago por servicio hasta que los servicios se transfieran a Medallion 4.0. El contratista deberá proporcionar cobertura para los MHS según los criterios y las pautas de cobertura del Departamento y de conformidad con la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental. (Consulte la Carta Estatal Oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS], con fecha del 16 de enero de 2013; SHO # 13-001).</p>



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
				Los proveedores de MHS deberán contar con las licencias y las credenciales correspondientes. Consulte los manuales de proveedor de Medicaid que se indican después de cada servicio para ver las descripciones completas, las credenciales del proveedor y las pautas de limitación de servicio de conformidad con la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental. (Consulte la Carta Estatal Oficial de los CMS, con fecha del 16 de enero de 2013; SHO # 13-001). Los proveedores de MHS deberán contar con las licencias y las credenciales correspondientes. Consulte los manuales de proveedor de Medicaid que se mencionan a continuación para cada servicio para ver las descripciones completas, credenciales del proveedor y limitaciones de servicio.
Pruebas de Papanicolaou	Sí	\$0	\$0	Optima Health cubrirá las pruebas de Papanicolaou anuales.
Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Patología del Habla y Audiología	Sí	\$2 por consulta	\$5 por consulta	El contratista deberá cubrir los servicios de terapia que sean necesarios desde el punto de vista médico para tratar o promover la recuperación de una enfermedad o lesión, incluidas la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional, la terapia de inhalación y la terapia intravenosa. El contratista no estará obligado a cubrir los servicios prestados por una clínica de salud escolar cuando se incluyan en el programa de educación individual.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios Médicos Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, Consulta Médica para Pacientes Ambulatorios en el Consultorio o en el Hospital Atención Primaria Atención Especializada Servicios de Maternidad	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir todas las consultas sintomáticas proporcionadas por médicos o médicos de extensión dentro del alcance de sus licencias. Los servicios cosméticos no están cubiertos a menos que se realicen por razones fisiológicas necesarias desde el punto de vista médico. Los servicios médicos incluyen servicios durante una admisión al hospital, en departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, en una clínica o en un consultorio médico.
		\$2 por consulta	\$2 por consulta	
		\$2 por consulta	\$2 por consulta	
		\$0 por consulta	\$0 por consulta	
Servicios Relacionados con el Embarazo	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir los servicios para mujeres embarazadas, incluidos los servicios prenatales para FAMIS y FAMIS MOMS. No hay copago para los servicios relacionados con el embarazo. No se cobrará ningún costo compartido a los miembros inscritos en FAMIS MOMS.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
<p>Medicamentos Recetados</p> <p>Farmacia minorista, hasta 34 días de suministro</p> <p>Farmacia minorista, de 35 a 90 días de suministro</p> <p>Servicio de envío por correo, hasta 90 días de suministro</p>	Sí	<p>\$2 por medicamento recetado</p> <p>\$4 por medicamento recetado</p> <p>\$4 por medicamento recetado</p>	<p>\$5 por medicamento recetado</p> <p>\$10 por medicamento recetado</p> <p>\$10 por medicamento recetado</p>	<p>El contratista deberá cubrir todos los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico para sus miembros que por ley federal o estatal requieran una receta médica. El contratista deberá cubrir todos los medicamentos cubiertos por FAMIS que hayan recetado proveedores con licencia o certificados con la autoridad para recetar el medicamento. El contratista está obligado a cubrir los medicamentos recetados por el proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios. El contratista no está obligado a cubrir medicamentos de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) o medicamentos de venta libre. Si hay un medicamento genérico disponible, el miembro cubre el copago más el 100 % de la diferencia entre el cargo admisible del medicamento genérico y el medicamento de marca.</p>
<p>Servicios de Enfermería Privada</p>	Sí	<p>\$2 por consulta</p>	<p>\$5 por consulta</p>	<p>El contratista deberá cubrir los servicios de enfermería privada para niños menores de 19 años solo si son servicios proporcionados por un enfermero titulado (Registered Nurse, RN) o un enfermero profesional titulado (Licensed Practical Nurse, LPN). Los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico; el enfermero no puede ser pariente o familiar del miembro; el proveedor del miembro debe explicar por qué se requieren los servicios y debe describir el servicio médicamente calificado que proporciona. Los servicios de enfermería privada deben autorizarse previamente.</p>



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Prótesis y Dispositivos Ortésicos	Sí	\$2 por artículo	\$5 por artículo	El contratista deberá cubrir servicios y dispositivos protésicos (como mínimo, brazos y piernas artificiales y sus accesorios de apoyo necesarios) para todos los miembros. Como mínimo, el contratista deberá cubrir dispositivos ortésicos necesarios desde el punto de vista médico, es decir, dispositivos ortopédicos, férulas, órtesis para tobillos y pies, etc. para los miembros. El contratista deberá cubrir los servicios ortésicos necesarios desde el punto de vista médico para los miembros cuando se recomienden como parte de un programa de rehabilitación intensiva aprobado. FAMIS no cubre este servicio.
Servicios de Tratamiento Psiquiátrico en Entorno Residencial	No			
Servicios de Salud Escolares	*Sí			*El contratista no está obligado a cubrir los servicios escolares que proporciona una institución educativa o el sistema escolar público local. El contratista no negará las terapias ambulatorias o a domicilio necesarias desde el punto de vista médico por el hecho de que el niño también está recibiendo terapias en la escuela. Los servicios de salud escolar que cumplan los criterios del Departamento continuarán cubiertos como un servicio disociado. El contratista no estará obligado a cubrir los servicios que brinda una clínica de salud escolar cuando se incluyan en el programa de educación individual.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Segundas Opiniones	Sí	\$2 por consulta	\$5 por consulta	El contratista deberá brindar cobertura para obtener segundas opiniones cuando el miembro lo solicite con el propósito de diagnosticar una enfermedad o confirmar un patrón de atención de tratamiento. El contratista debe proporcionar segundas opiniones de un profesional de atención médica dentro de la red calificado, o hacer los arreglos necesarios para que el miembro obtenga una segunda opinión fuera de la red, sin costo para el miembro. Es posible que el contratista necesite una autorización para recibir atención especializada de un proveedor adecuado; sin embargo, no puede negar una solicitud para una segunda opinión como un servicio sin cobertura.
Atención en un Centro de Enfermería Especializada.	Sí	\$15 por internamiento	\$25 por internamiento	El contratista deberá cubrir los servicios necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionen en un centro de enfermería especializada durante un máximo de 180 días por internamiento.
Servicios de Telemedicina	Sí			El contratista deberá cubrir los servicios de telemedicina necesarios desde el punto de vista médico. La telemedicina se define como la transferencia bidireccional en tiempo real o casi en tiempo real de datos e información médica mediante una conexión de audio o video interactiva para fines de diagnóstico y tratamiento médicos. En la actualidad, el Departamento solo reconoce médicos y enfermeros especialistas para los servicios de telemedicina médica y exige que se reembolse a uno de estos tipos de proveedores en los sitios principales (central) de satélites (radios) por un servicio de telemedicina. Además, el Departamento actualmente reconoce tres proyectos de telemedicina.
Órdenes de Detención Temporales	No			El contratista no está obligado a cubrir este servicio. La cobertura puede estar disponible a través del programa de TDO del Estado.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios de Terapia	Sí	\$15 por internamiento si es paciente hospitalizado	\$25 por internamiento si es paciente hospitalizado	El contratista deberá cubrir los costos de la diálisis renal, la quimioterapia y la radioterapia, y la terapia intravenosa y de inhalación.
Tratamiento para la Dependencia del Tabaco (es decir, para dejar el tabaco o dejar de fumar) para Mujeres Embarazadas	Sí	\$2 por consulta para paciente ambulatorio	\$5 por consulta para paciente ambulatorio	El contratista proporcionará cobertura sin costo compartido para el tratamiento de la dependencia del tabaco en mujeres embarazadas. El tratamiento incluye asesoramiento y farmacoterapia.
Transporte	No			No se proporcionan servicios de transporte para acceso de rutina hacia y desde proveedores de servicios médicos cubiertos.
Atención para el Bienestar Infantil para Bebés y Niños	Sí	\$0	\$0	<p>El contratista deberá cubrir toda la atención de rutina para el bienestar infantil para bebés y niños recomendada por el Comité Asesor de la Academia Americana de Pediatría, que incluye visitas de rutina al consultorio con evaluaciones de salud y exámenes físicos, así como pruebas de laboratorio de rutina y vacunas apropiadas para su edad. Los siguientes servicios se brindan como atención de rutina para el bienestar infantil:</p> <p>Servicios de laboratorio: análisis de detección de plomo en la sangre, hemoglobina (HGB), hematocritos (HCT) o protoporfirina eritrocitaria libre (FEP) (se cubren 2 como máximo, cualquier combinación); prueba de tuberculina (se cubren 3 como máximo); análisis de orina (se cubren 2 como máximo); audiograma de tono puro para niños de 3 a 5 años (se cubre solo 1); prueba de visión artificial (se cubre solo 1).</p>



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
				Las consultas de bienestar infantil realizadas en el domicilio, el consultorio y otras ubicaciones de proveedores para pacientes ambulatorios están cubiertas desde el nacimiento y durante meses, de acuerdo con el cronograma de periodicidad recomendado por la Academia Americana de Pediatría. Servicios para la audición: todos los bebés recién nacidos recibirán una evaluación de audición antes de ser dados de alta del hospital después del nacimiento.
Servicios para la Vista Una vez cada 24 Meses: Examen Rutinario de la Vista Armazones de anteojos (1 par) Lentes para anteojos (1 par) Lentes unifocales Lentes bifocales Lentes trifocales Lentes de contactos	Sí	Pago del miembro \$2 \$25 reembolsado por el plan \$35 reembolsado por el plan \$50 reembolsado por el plan \$88.50 reembolsado por el plan \$100 reembolsado por el plan	Pago del miembro \$5 \$25 reembolsado por el plan \$35 reembolsado por el plan \$50 reembolsado por el plan \$88.50 reembolsado por el plan \$100 reembolsado por el plan	El contratista deberá cubrir los servicios para la vista que se definen como exámenes de diagnóstico, y procedimientos y servicios de tratamiento optométrico proporcionados por oftalmólogos, optometristas y optómetras. Se permitirán refracciones de rutina al menos una vez cada veinticuatro (24) meses. Se permitirán exámenes de rutina de los ojos para todos los miembros al menos una vez cada dos (2) años. Optima Health cubrirá, para los miembros, anteojos (un par de armazones y un par de lentes) o lentes de contacto recetados como necesarios desde el punto de vista médico por un médico experto en enfermedades de los ojos o por un optometrista.



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



SERVICIO	COBERTURA DE FAMIS	COSTO COMPARTIDO DE LA RED Y LÍMITES DE BENEFICIOS		NOTAS Y LIMITACIONES SOBRE LOS DÍAS
		<150 %	>150 %	
Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados Brindados en un Hospital Psiquiátrico Independiente	No			El contratista no está obligado a cubrir este servicio. Sin embargo, el contratista puede cubrir los servicios brindados en hospitales psiquiátricos independientes a miembros hasta diecinueve (19) años como un beneficio mejorado que ofrece el contratista. Se cubrirán los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados necesarios desde el punto de vista médico brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos generales para todos los miembros de FAMIS.
Abortos	No			El contratista no está obligado a cubrir servicios de aborto.
Costo compartido Límite Anual de Copago		Límite de año calendario: \$180 por familia	Límite de año calendario: \$350 por familia	El plan paga el 100 % del cargo admisible una vez que se alcanza el límite para los servicios cubiertos.
MIEMBROS DE FAMIS MOMS				Los beneficios son los mismos que los disponibles en Medallion 4.0.

12. Procedimiento para la Autorización de Servicios

Explicación de las Autorizaciones de Servicios

Hay algunos tratamientos, servicios y medicamentos para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. A esto se le llama autorización de servicios. Su médico realiza las solicitudes para las autorizaciones de servicios.

Si Medicare cubre los servicios que solicita, no se requiere una autorización de servicios. Si tiene preguntas sobre qué servicios cubre Medicare, comuníquese con su plan de salud de Medicare. También puede comunicarse con su coordinador de atención.

Una autorización de servicios ayuda a determinar si algunos servicios o procedimientos son necesarios desde el punto de vista médico y si los cubre el plan. Las decisiones se basan en lo que sea correcto para cada miembro, y en el tipo de atención y servicios que sean necesarios.

Consideramos los estándares de atención según lo siguiente:

- políticas médicas,
- pautas clínicas nacionales,
- pautas de Medicaid,
- sus beneficios de salud.

Optima Health no recompensa a los empleadores, los asesores u otros proveedores por

- negar la atención o los servicios que usted necesita,
- apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesita,
- decir que no tiene cobertura.

No se requieren autorizaciones de servicios para los servicios de intervención temprana, la atención de emergencia, los servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de larga duración), los servicios preventivos y la atención prenatal básica.

Los siguientes tratamientos y servicios deben autorizarse antes de que los reciba:

Optima Health requiere una autorización de servicios previa para todas las hospitalizaciones de salud del comportamiento y por uso indebido de sustancias, así como para hospitalizaciones parciales, tratamiento residencial, tratamiento grupal por el uso indebido de sustancias en el hogar o en un centro intermedio, servicios intensivos por el uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios, y los siguientes servicios de salud mental (MHS), si los necesita.

Los MHS se mencionan a continuación:

- Administración de casos de salud mental,
- Tratamiento terapéutico diurno (Therapeutic Day Treatment, TDT) para niños,
- Servicios de desarrollo de aptitudes para personas con problemas de salud mental (Mental Health Skill-building Services, MHSS),
- Servicios intensivos domiciliarios,
- Rehabilitación psicosocial,
 - > Análisis del comportamiento aplicado,
 - terapia del comportamiento,
- Servicios de apoyo de grupo de salud mental,
- Programa intensivo ambulatorio de salud mental,
- Tratamiento comunitario asertivo,
- Terapia multisistémica (*multisystemic therapy*, MST),
- Terapia familiar funcional (functional family therapy, FFT),
- Aplicaciones móviles,
- Estabilización en la comunidad,
- Observación durante 23 horas,
- Estabilización de la crisis en el entorno residencial.

Los servicios de tratamiento en entorno residencial incluyen los servicios en un centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) y los servicios en un hogar de terapia grupal (Therapeutic Group Home, TGH) para los miembros del programa Medallion 4.0 del Departamento y los administra Magellan de Virginia, el Administrador de Servicios de Salud del Comportamiento del DMAS, hasta el 1 de abril de 2019.

Toda persona o niño que se admita en un centro de tratamiento psiquiátrico en entorno residencial se excluirá de manera temporal del programa Medallion 4.0 hasta el alta. Toda persona o niño que se admita en un hogar de terapia grupal (TGH) no será excluido del programa Medallion 4.0; sin embargo, el servicio diario del TGH se “disocia” del contrato de Medallion 4.0 y se administrará a través de Magellan de Virginia hasta el 1 de abril de 2019. Nosotros administraremos cualquiera de los servicios médicos profesionales que se brinden a las personas en un TGH.

Para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación de estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece abajo o llamar a su administrador de atención. Su administrador de atención le puede ayudar a tener acceso a estos servicios.

También se requiere una autorización para:

- Imágenes diagnósticas
- Equipo médico duradero
- Atención médica en el hogar
- Servicios de infusión intravenosa



- Hospitalización de pacientes
- Laboratorio
- Procedimientos ambulatorios
- Servicios de enfermería privada (a través de EPSDT) para menores de 21 años
- Cuidados personales (a través de EPSDT) para menores de 21 años
- Terapia
- Todos los servicios fuera de la red

Para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación de estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece abajo o llamar a su coordinador de atención.

Autorizaciones de Servicios y Transición de la Atención

Si es nuevo en Optima Health, respetaremos todas las autorizaciones de servicios realizadas por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica o enviadas por otro plan hasta durante 30 días (o hasta que la autorización finalice si eso ocurre antes de los 30 días).

Cómo Presentar una Solicitud de Autorización de Servicios

Si su PCP decide que usted necesita un servicio que requiere autorización previa, nos enviará una solicitud para que usted pueda recibir el servicio. Revisaremos la solicitud y le notificaremos a usted y a su PCP la decisión cuando finalice la revisión.

Hable con su PCP si necesita autorización previa para algún servicio o equipo médico cubierto. Si tiene preguntas o no está seguro si un beneficio específico requiere autorización previa, llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711) para obtener ayuda. Si cambian sus beneficios se lo notificaremos 30 días calendario antes del cambio.

Para la farmacodependencia, las solicitudes de autorización de servicios se deben enviar por fax al 1-855-414-1703.

¿Qué Sucede Después de Presentar una Solicitud de Autorización de Servicios?

Tenemos un equipo de revisión para garantizar que usted reciba los servicios necesarios desde el punto de vista médico. En el equipo de revisión hay médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que usted solicitó sean necesario desde el punto de vista médico y adecuados para usted. Lo hacen revisando su plan de tratamiento y comparándolo con pautas de tratamiento médico habituales aceptadas. Las pautas que usamos para determinar lo que es necesario desde el punto de vista médico no pueden ser más restrictivas que las que usa el DMAS.



Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se llama determinación (decisión) adversa de beneficios. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es necesario desde el punto de vista médico, la decisión la tomará un profesional médico o de salud del comportamiento, que puede ser un médico u otro profesional de atención médica que normalmente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar las pautas de tratamientos médicos habituales específicas, denominadas criterios de revisión clínica, que se utilizaron para tomar la decisión en función de la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos conforme a un proceso de revisión estándar o de revisión acelerada (rápida). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora causará daños graves a su salud. Si se rechaza su solicitud de una revisión acelerada se lo informaremos y su caso se manejará conforme al proceso de revisión estándar.

Plazos para la Revisión de la Autorización de Servicios

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica requiera que lo hagamos, pero no antes de los plazos que se mencionan a continuación.

Servicios de Salud Física	Plazos para la Revisión de la Autorización de Servicios
Servicios para Pacientes Hospitalizados (proceso de revisión estándar o acelerada)	En un plazo de 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera
Servicios para Pacientes Ambulatorios (proceso de revisión estándar)	En un plazo de 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera
Servicios para Pacientes Ambulatorios (proceso de revisión acelerada)	En un plazo de 72 horas a partir del momento en que se reciba su solicitud, o tan pronto como su condición lo requiera.

Servicios de Salud del Comportamiento	Plazos para la Revisión de la Autorización de Servicios
Paciente Ambulatorio (proceso de revisión estándar)	En un plazo de 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera
Paciente Hospitalizado (revisión estándar)	En un plazo de 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera



**MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA**



Servicios de Farmacia	Plazos para la Revisión de la Autorización de Servicios
Servicios de farmacia	Debemos informar las decisiones por teléfono u otro dispositivo de telecomunicaciones en un plazo de 24 horas.
<p>Puede haber casos en los que su medicamento necesite una autorización de servicio y el médico que expidió la receta no pueda brindarnos la información de autorización de inmediato; por ejemplo, durante los fines de semana o en días festivos. Si su farmacéutico considera que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia del medicamento recetado para 72 horas. Este proceso le proporciona un suministro de corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico para enviar una solicitud de autorización para el medicamento recetado. Las autorizaciones del servicio de farmacia no deben tener más de un año.</p>	

Si necesitamos más información para tomar una decisión, ya sea estándar o acelerada, sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Les escribiremos y les informaremos a usted y a su proveedor qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, lo llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y enviaremos una notificación por escrito más tarde.
- Le informaremos por qué el retraso es más beneficioso para usted.
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días contados a partir del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información para aportarnos que nos puede ayudar a tomar una decisión sobre su caso. Puede hacerlo llamando a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711), de lunes a viernes (excepto los días festivos), de 7:30 a. m. a 9 p. m. Usted o alguien en quien confíe puede presentar una queja ante nosotros si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien en quien confíe también puede presentar una queja ante el estado sobre la manera en la que nosotros manejamos su solicitud de autorización de servicios, a través de la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273. También consulte “Su Derecho a Presentar una Queja” en la sección 13 de esta guía.



Determinación de Beneficios

Le notificaremos nuestra decisión antes de la fecha en que termine nuestro tiempo de revisión. Pero si por alguna razón no tiene noticias nuestras en esa fecha, significa que negamos su solicitud de autorización de servicios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. También consulte “Su Derecho a Apelar” en la sección 13 de esta guía.

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si se rechaza su solicitud. También se considera una denegación aprobar la solicitud por un monto menor al solicitado. Además, le informaremos el motivo de la decisión y el nombre, la dirección y el número de teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Le explicaremos las opciones que tiene para apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión. También consulte “Su Derecho a Apelar” en la sección 13 de esta guía.

Continuidad de la Atención

En la mayoría de los casos, si tomamos una determinación de beneficios de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya aprobamos y que usted está recibiendo en este momento, debemos informarle al menos 10 días antes de hacer cualquier cambio al servicio.

Revisión Posterior al Pago

Si revisamos los servicios o la atención que recibió en el pasado, realizamos una revisión posterior al pago al proveedor. Si negamos el pago a un proveedor por un servicio, les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en el que se niegue el pago. Usted no tendrá que pagar por ninguna atención recibida que haya estado cubierta por nosotros, incluso si más tarde negamos el pago al proveedor.

13. Apelaciones, Audiencias Estatales Imparciales y Quejas (Quejas Formales)

Su Derecho a Apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios con la que no esté de acuerdo y que esté relacionada con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si rechazamos lo siguiente:

- una solicitud de un servicio de atención médica, un suministro, un artículo o medicamento que usted considera que debería poder obtener;
- una solicitud del pago de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento.

También puede apelar si dejamos de proporcionar o pagar todos o una parte de los servicios o los medicamentos que recibe y que usted considera que aún necesita.

Representante Autorizado

Es posible que quiera autorizar a una persona en quien confíe para que apele en su nombre. A esta persona se la conoce como su representante autorizado. Debe informarnos el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números de teléfono que aparecen a continuación. Le proporcionaremos un formulario que puede llenar y firmar en el que declare quién será su representante.

Determinación Adversa de Beneficios

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. A la solicitud de aprobación de un tratamiento o de un servicio se la llama solicitud de autorización de servicios. Este proceso ya se describió antes en esta guía. Cualquier decisión que tomemos de rechazar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un monto que sea menor que el solicitado se llama determinación adversa de beneficios. Consulte la sección 12 de esta guía.



Cómo Presentar Su Apelación

Si no le satisface una decisión que tomamos sobre su solicitud de autorización de servicios, tiene 60 días calendario después de tener noticias nuestras para presentar una apelación. Puede presentarla usted mismo o pedirle a alguien en quien confíe que presente la apelación por usted. Puede llamar a Servicio a los Miembros a uno de los siguientes números si necesita ayuda para presentar una apelación, si necesita ayuda en otro idioma o si necesita un formato alternativo. No le daremos un trato injusto por presentar una apelación.

Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o de apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden pedir que se revise su apelación conforme al proceso acelerado si considera que su estado de salud o su necesidad del servicio requiere una revisión acelerada. Su médico tendrá que explicar cómo afectará el retraso a su salud física o del comportamiento. Si se rechaza su solicitud de una apelación acelerada, se lo informaremos y su apelación se revisará conforme al proceso estándar.

Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attn: Appeals and Correspondence Unit
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305
Fax: 404-949-5001

Si presenta su apelación estándar por teléfono, se le dará seguimiento por escrito. Para las apelaciones del proceso acelerado que se presenten por teléfono no es necesario enviar una solicitud por escrito.

Continuación de los Beneficios

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que le negamos mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación. Es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que se tienen programado finalizar o reducir si solicita una apelación:

- En un plazo de 10 días a partir del momento en que se le informe que se rechazó su solicitud o que la atención médica va a cambiar.
- Antes de la fecha en la que está programado el cambio en los servicios.

Si el resultado de su apelación es otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de los beneficios continuos que recibió si los servicios se proporcionaron únicamente debido a los requisitos que se describen en esta sección.



Qué Ocurre Después de que Recibimos Su Apelación

En un plazo de 5 días calendario, le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación y que estamos trabajando en ella.

Las decisiones sobre las apelaciones de asuntos clínicos las tomarán profesionales de atención médica que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su condición o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden ver el archivo de su caso, incluidas las historias médicas, y cualquier otro documento y registro que se utilicen para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo para usted.

También puede proporcionar información que quiera que se utilice para tomar la decisión de la apelación; puede hacerlo en persona o por escrito.

Puede llamar o enviar información a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attn: Appeals and Correspondence Unit
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305
Fax: 404-949-5001
Teléfono: 855-249-5025
TTY/TDD: 866-513-0008

También puede llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece abajo si no está seguro sobre qué información proporcionarnos.

Plazos para las Apelaciones

Apelaciones Estándares

Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación. Si necesitamos más información, se lo informaremos en un plazo de 2 días calendario a partir de haber recibido su apelación. Se le enviará una notificación por escrito de nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de haber tomado la decisión.

Apelaciones Aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación acelerada se tomarán en un plazo de 3 días hábiles a partir de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 14 días calendario a partir de haber tomado la decisión.



Si Necesitamos Más Información

Si no podemos tomar la decisión en el plazo necesario porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le informaremos qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito más tarde.
- Le informaremos por qué el retraso es más beneficioso para usted.
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días calendario adicionales contados a partir de los plazos que se describen arriba.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información para aportarnos que nos puede ayudar a tomar una decisión sobre su caso. Esto se puede hacer llamando o escribiendo a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attn: Appeals and Correspondence Unit
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305
Fax: 404-949-5001

Usted o alguien en quien confíe puede presentar una queja ante nosotros si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. Usted o alguien en quien confíe también puede presentar una queja ante el estado sobre la manera en la que nosotros manejamos su apelación, a través de la Línea de Ayuda al 1-800-643-2273.

Aviso por Escrito sobre la Decisión de una Apelación

Si no le comunicamos a tiempo nuestra decisión sobre su apelación, tiene derecho a apelar ante el estado por medio del proceso de Audiencia Estatal Imparcial. Una respuesta fuera de tiempo de nuestra parte se considerada un motivo válido para que usted apele por medio del proceso de Audiencia Estatal Imparcial.

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si se rechaza su solicitud o si se aprueba por un monto menor al solicitado. Además, le informaremos el motivo de la decisión y el nombre, la dirección y el número de teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, le explicaremos su derecho a apelar por medio del Proceso de Audiencia Estatal Imparcial.



Su Derecho a una Audiencia Estatal Imparcial

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente ante el DMAS. A este proceso se lo conoce como Audiencia Estatal Imparcial. También puede presentar una solicitud para una Audiencia Estatal Imparcial si negamos el pago de servicios cubiertos o si no respondemos a una solicitud de apelación de servicios dentro de los plazos descritos en esta guía. El Estado exige que primero agote (finalice) nuestro proceso de apelaciones antes de que pueda presentar una solicitud de apelación por medio del proceso de Audiencia Estatal Imparcial. Si no respondemos oportunamente a su solicitud de apelación, el DMAS contará esto como una apelación agotada.

Solicitudes para una Revisión Estándar o Acelerada

Para las apelaciones que se presentarán ante el DMAS, por lo general usted obtendrá una respuesta en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación ante nosotros. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en la que envió su solicitud de Audiencia Estatal Imparcial al DMAS. Si desea que la Audiencia Estatal Imparcial se maneje rápidamente, debe escribir “SOLICITUD ACELERADA” en su solicitud de apelación. También debe pedirle a su médico que envíe una carta al DMAS en la que explique por qué necesita una apelación acelerada. El DMAS le informará si califica para una apelación acelerada en un plazo de 72 horas a partir del momento en el que recibió la carta de su médico.

Representante Autorizado

Puede darle a alguien, como su PCP, proveedor, un amigo o un familiar un permiso por escrito para que le ayude con su solicitud de Audiencia Estatal Imparcial. A esta persona se la conoce como su representante autorizado.

A Dónde Enviar la Solicitud para una Audiencia Estatal Imparcial

Usted o su representante deben enviar su solicitud de apelación estándar o acelerada al DMAS por Internet, correo postal, fax, correo electrónico, teléfono, en persona o a través de otros medios electrónicos comúnmente disponibles. Envíe las solicitudes de Audiencia Estatal Imparcial al DMAS en un plazo de no más de 120 días calendario contados a partir de la fecha de nuestra decisión definitiva. Puede apelar después de la fecha límite de 120 días en circunstancias especiales con el permiso del DMAS.

Puede escribir una carta o llenar un Formulario de Solicitud de Apelación de Medicaid de Virginia. El formulario se encuentra en el Departamento de Servicios Sociales local o en internet, en <https://www.dmas.virginia.gov/media/3213/client-appeal-request-form-2021-05-21.pdf>. También debe enviar al DMAS una copia de la carta que le enviamos en respuesta a su apelación.

Debe firmar la solicitud de apelación y enviarla a la siguiente dirección:

Appeals Division
Department of Medical Assistance
Services 600 E. Broad St.
Richmond, VA 23219
Fax: 804-452-5454

Las apelaciones estándares y aceleradas también se pueden hacer llamando al 804-371-8488.

Después de Presentar su Apelación para una Audiencia Estatal Imparcial

El DMAS le notificará la fecha, la hora y la ubicación de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden hacer por teléfono.

Plazos para la Audiencia Estatal Imparcial

Apelación Acelerada

Si califica para una apelación acelerada, el DMAS dará una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas a partir del momento en el que recibió la carta de su médico. Si el DMAS decide de inmediato que usted gana su apelación, le enviará su decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en el que recibió la carta de su médico. Si el DMAS no decide de inmediato, tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su opinión. Las audiencias para decisiones aceleradas generalmente se llevan a cabo en un plazo de uno o dos días después de que el DMAS reciba la carta de su médico. De cualquier manera, el DMAS tiene que darle una respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibió la carta de su médico.

Apelación Estándar

Si su solicitud no es una apelación acelerada o si el DMAS decide que usted no califica para una apelación acelerada, el DMAS le dará una respuesta en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación ante nosotros. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en la que envió su solicitud de Audiencia Estatal Imparcial al DMAS. Usted tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su opinión antes de que se tome una decisión.

Continuación de los Beneficios

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que le negamos mientras espera a que se tome una decisión sobre su apelación ante la Audiencia Estatal Imparcial. Es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que se tienen programado finalizar o reducir si solicita una apelación:

- En un plazo de 10 días a partir del momento en que se le informe que se rechazó su solicitud o que la atención médica va a cambiar.
- Antes de la fecha en la que está programado el cambio en los servicios.

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación, finalice el periodo de autorización original para su servicio o el funcionario de la Audiencia Estatal Imparcial emita una decisión que no sea a su favor. Sin embargo, es posible que deba reembolsarnos por cualquier servicio que reciba durante el periodo de cobertura continua si se mantiene nuestra determinación adversa de beneficios y los servicios se prestaron únicamente debido a los requisitos que se describen en esta sección.

Qué Sucede si la Audiencia Estatal Imparcial Revoca la Denegación

Si no Continuaron los Servicios Mientras Estaba Pendiente la Audiencia Estatal Imparcial

Si la decisión de la Audiencia Estatal Imparcial es revocar la denegación, nosotros debemos autorizar o proporcionar los servicios apelados tan pronto como lo requiera su condición y no más de 72 horas después de la fecha en la que recibamos la notificación por parte del estado en la que se revoca la denegación.

Si se Proporcionaron los Servicios Mientras Estaba Pendiente la Audiencia Estatal Imparcial

Si la decisión de la Audiencia Estatal Imparcial es revocar la denegación y se proporcionaron los servicios mientras estaba pendiente la apelación, debemos pagar esos servicios de acuerdo con la política y los reglamentos estatales.

Si Usted No Está de Acuerdo con la Decisión de la Audiencia Estatal Imparcial

La decisión de la Audiencia Estatal Imparcial es la decisión administrativa definitiva dictada por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario de audiencias, puede apelarla ante el tribunal de circuito local.

Su Derecho a Presentar una Queja

Haremos todo lo posible para despejar sus dudas a su satisfacción lo más rápido posible. Según el tipo de inquietud que tenga, se tratará como una queja o una apelación.

¿Qué Tipos de Problemas Deben ser Quejas?

El proceso de quejas se usa para inquietudes relacionadas con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. Aquí se incluyen ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas:

Quejas sobre la Calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la Privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que es confidencial o privada.

Quejas sobre un Mal Servicio al Cliente

- Un proveedor de atención médica o un miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Optima Health o Kaiser Permanente le dio un trato deficiente.
- Optima Health o Kaiser Permanente no responde a sus preguntas.
- No le satisface la ayuda que recibe de su coordinador de atención.

Quejas sobre Accesibilidad

- No puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en un consultorio de un médico o de un proveedor.
- No se proporcionaron las adaptaciones razonables que necesitaba para poder participar de manera significativa en su atención.

Quejas sobre el Acceso a la Comunicación

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete calificado para personas sordas o con deficiencias auditivas, o un intérprete para otro idioma durante su cita.

Quejas sobre los Tiempos de Espera

- Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla.
- Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales médicos, o el personal de Servicio a los Miembros u otro personal de Optima Health o Kaiser Permanente lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la Limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Queja sobre las Comunicaciones de Nuestra Parte

- Piensa que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información escrita que le enviamos es muy difícil de entender.
- Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

Hay Distintos Tipos de Quejas

Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nosotros, que somos quienes la revisamos. Una queja externa se presenta ante una organización que no está relacionada con Optima Health ni con Kaiser Permanente y esta misma organización la revisa.

Quejas Internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece a continuación. También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta una queja por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar una queja por escrito enviándola por correo postal o por fax a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attn: Appeals and Correspondence Unit
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305
Fax: 404-949-5001

Para que podamos darle una mejor ayuda, incluya detalles sobre quién o de qué se trata la queja y cualquier información otra información relacionada. Revisaremos su queja y solicitaremos cualquier información adicional. Puede llamar a Servicio a los Miembros al número que se indica abajo si necesita ayuda para presentar una queja o si necesita ayuda en otro idioma o formato.

Le notificaremos el resultado de su queja dentro de un plazo razonable, pero no después de los 30 días calendario posteriores a la recepción.

Si su queja está relacionada con la solicitud de una apelación acelerada, le responderemos en un plazo de 24 horas contadas a partir de la recepción de la queja.

Quejas Externas

Puede Presentar una Queja por medio de la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada

Puede presentar una queja sobre Optima Health llamando a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6 p. m.

Puede Presentar una Queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que no le han dado un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con el idioma. También puede visitar <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> para obtener más información.

Office of Civil Rights, Region III
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Public Ledger Building, Suite 372
150 South Independence Mall West
Philadelphia, PA 19106
1-800-368-1019
Fax: 215-861-4431
TDD: 1-800-537-7697

14. Derechos de los Miembros

Sus derechos

Nuestra política es darle un trato respetuoso. También nos preocupamos por mantener un alto nivel de confidencialidad con respecto a su dignidad y privacidad. Como miembro, usted tiene ciertos derechos. Sus derechos son los siguientes:

- Recibir acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido su derecho a elegir su proveedor de entre los proveedores de la red de Kaiser Permanente y su derecho a rechazar un tratamiento.
- Elegir recibir servicios y apoyo a largo plazo en su domicilio o comunidad, o en un centro de enfermería.
- Mantener la confidencialidad y la privacidad sobre su historia clínica y su tratamiento.
- Recibir información y analizar las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, y que estas se presenten de una manera y en un idioma que usted entienda.
- Recibir la información en un idioma que entienda; puede obtener servicios de interpretación sin costo.
- Recibir las adaptaciones razonables para garantizar que pueda acceder y comunicarse eficazmente con los proveedores, incluidos aparatos auxiliares, intérpretes, horarios flexibles, y edificios y servicios físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para poder dar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Obtener una copia de su historia clínica y pedir que esta se modifique o corrija.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento apropiadas o necesarias desde el punto de vista médico para sus condiciones, sin tener en cuenta el costo ni la cobertura de sus beneficios.
- Recibir atención sin restricciones ni aislamiento, a menos que lo ordene un médico cuando exista un riesgo inminente de que se provoque lesiones físicas o se las provoque a otras personas, o cuando exista una necesidad médica específica. Nunca usaremos restricciones ni aislamiento como medio de coerción, disciplina, represalia o conveniencia.
- Obtener atención sin importar la incapacidad, el sexo, la raza, el estado de salud, el color, la edad, el país de origen, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Optima Health o Kaiser Permanente, incluida la manera de recibir beneficios de proveedores que no pertenecen a la red si los servicios no están disponibles en la red de Kaiser Permanente.

- Presentar al estado una queja sobre nosotros (puede llamar a la línea de ayuda al 1-800-643-2273 para presentar una queja sobre nosotros).
- Designar a alguien para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento, y para que lo represente en una apelación.
- Preparar instrucciones y planes por anticipado sobre su atención en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Consulte la sección 15 de esta guía para obtener información sobre las instrucciones anticipadas.
- Cambiar de plan de salud una vez al año por cualquier motivo durante la inscripción abierta o cambiar de MCO después de la inscripción abierta por un motivo aprobado. Consulte la sección 2 de esta guía o llame a la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) o visite el sitio web en virginiamanagedcare.com/es para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa nuestra de beneficios con la que no esté de acuerdo y que esté relacionada con la cobertura o el pago de servicios. Consulte “Su Derecho a Apelar” en la sección 13 de la guía.
- Presentar una queja sobre cualquier inquietud que tenga sobre nuestro Servicio al Cliente, los servicios que recibió, o la atención y el tratamiento que recibió de uno de nuestros proveedores de la red. Consulte “Su Derecho a Presentar una Queja” en la sección 13 de esta guía.
- Recibir información de nuestra parte sobre nuestro plan, sus servicios cubiertos, proveedores de nuestra red y sus derechos y responsabilidades.
- Hacer recomendaciones con respecto a nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros; por ejemplo, uniéndose a nuestro Comité Asesor de Miembros (como se describe más adelante en esta sección de la guía).

Su Derecho a la Seguridad

Toda persona tiene derecho a vivir una vida segura en el hogar o en el entorno que elija. Cada año, muchos adultos mayores y adultos más jóvenes que con discapacidades son víctimas de maltrato por parte de familiares, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar. Si usted o alguien que conoce sufre maltrato físico o descuido, o está siendo explotado económicamente por un familiar u otra persona, debe llamar a su departamento local de servicios sociales o a la línea telefónica directa de ayuda sin costo del Departamento de Servicios Sociales de Virginia, disponible las 24 horas, al 1-888-832-3858. Puede hacer esta llamada de forma anónima; no tiene que dar su nombre. La llamada es sin costo.

El Departamento también puede proporcionar un trabajador local capacitado que puede brindarle asistencia y ayudarle a obtener los tipos de servicios que necesite para garantizar su seguridad.

Su Derecho a la Confidencialidad

Solo divulgaremos información si la legislación estatal y federal lo permiten específicamente o si es necesaria para que los programas que revisan las historias clínicas la usen para vigilar la calidad de la atención o para combatir el fraude o el abuso. Seguiremos los requisitos de privacidad adicionales descritos en la sección 2 del título 42 del CFR acerca de la divulgación de registros relacionados con un trastorno por uso indebido de sustancias y adicción, recuperación y tratamiento, que incluyen los requisitos adicionales para el consentimiento de los miembros y la revelación. Tomamos medidas adicionales para proteger los datos contenidos en los documentos de historias clínicas, registros de citas para tratamiento de infecciones de transmisión sexual y archivos, y otra información confidencial relacionada.

Nuestro personal le hará preguntas para confirmar su identidad antes de que analicemos o brindemos información sobre su información médica.

Su Derecho a la Privacidad

Sus registros personales y de atención médica son privados. No los compartiremos a menos que nos permita hacerlo. Si no puede dar su consentimiento, solo compartiremos sus registros en caso de que hacerlo proteja su salud y bienestar. Sabemos que estos registros le pertenecen. Sabemos que desea mantenerlos seguros y privados.

Solo compartiremos su información con otros de una manera que garantice que permanezca segura. Aunque nos comuniquemos con alguien en persona, por escrito, teléfono, fax, correo electrónico o cualquier otro método, tomaremos las medidas para garantizar que solo aquellos que deben recibir sus registros lo hagan.

Por ley, tenemos que darle el Aviso sobre Prácticas de Privacidad. El Aviso sobre Prácticas de Privacidad se puede consultar en la guía. También puede pedir una copia de este aviso si llama a Servicio a los Miembros. Y puede encontrar el aviso en el sitio web, kp.org/espanol.

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad describe cómo se utiliza o comparte la información sobre su atención médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y para otros propósitos que requiera la ley estatal o federal. Debemos mantener la privacidad de su información y notificarle sobre las obligaciones y las prácticas de privacidad.

Este aviso también le informa sobre sus derechos a obtener y controlar su información médica protegida (*protected health information*, PHI). La PHI es la información sobre su salud o condición mental o física del pasado, presente o futuro e incluye información sobre servicios de atención médica, como datos demográficos, que pueden identificarlo. Nuestras políticas de privacidad siempre se basarán en las leyes de mayor protección que correspondan. En el consultorio del médico se etiquetará su historia clínica con su número de identificación único. Sus registros se almacenarán en un lugar seguro al que otras personas no podrán acceder para obtener su información personal. No se puede tener acceso a la información en la computadora sin una contraseña especial.

Su historia clínica no puede enviarse a nadie sin su permiso por escrito, a menos que sea requerido por la ley. Cuando le pida al personal del consultorio del médico que le envíe su historia clínica, se le pedirá que firme un formulario de divulgación. Le corresponde al personal del consultorio hacer esto por usted.

Si tiene un problema para obtener su historia clínica o enviarla a médico, llame a Servicio a los Miembros. Servicio a los Miembros lo ayudará a obtener la historia clínica en un plazo de 10 días hábiles desde la solicitud. Servicio a los Miembros también puede ayudarle de otras maneras que se mencionan a continuación:

- Proporcionando su historia clínica al nuevo PCP asignado.
- Enviando sus registros para el control médico de su salud a un proveedor que no pertenece a la red.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Léalo detenidamente.

Este aviso está publicado en los centros médicos de Kaiser Permanente. Además se encuentra en el sitio web, kp.org/espanol. Nuestra política es proporcionarle un aviso de privacidad que explique cómo se utiliza y revela la información sobre su atención médica. Estamos obligados a mantener la privacidad de su información y proporcionar un aviso de obligaciones y prácticas de privacidad de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH).

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y revelar la su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y para otros propósitos que permita o requiera la ley estatal o federal. También describe sus derechos a tener acceso y controlar la su información médica protegida. La “información médica protegida” es información que se obtuvo de usted, o que creamos o recibimos y que se relaciona con su salud o condición física o mental en el pasado, presente o futuro y con los servicios de atención médica relacionados, incluidos los datos demográficos, que puedan identificarlo.

Estamos obligados a obedecer los términos de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad vigente. Es posible que cambiemos los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso entrará en vigor para toda la información médica protegida que tengamos en ese momento y se le enviará en un plazo de 60 días después del cambio. Conservamos versiones anteriores del Aviso sobre Prácticas de Privacidad durante seis (6) años a partir de la fecha de revisión.

Uso y Revelación de Información Médica Protegida

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad le indicará las maneras en las que podemos utilizar y revelar información médica sobre usted. También describiremos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos acerca del uso y la revelación de la información médica.

- **Para tratamiento:** es posible que utilicemos información médica sobre usted para proporcionarle un tratamiento o servicios médicos y para colaborar con sus médicos a fin de brindarle una atención de calidad. Por ejemplo, si tuviera diabetes, trabajaríamos con su proveedor para obtener y brindarle una educación nutricional o atención de enfermería de salud a domicilio, según lo que necesite. Es posible que otros departamentos también compartan información médica sobre usted para coordinar sus diferentes necesidades, como una revisión de autorización. También es posible que revelemos información médica sobre usted a personas fuera de Optima Health o de Kaiser Permanente que puedan estar involucradas con su atención médica.
- **Para pagos:** es posible que utilicemos y revelemos información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en un centro de tratamiento se puedan facturar para realizar el pago. Por ejemplo, es posible que utilicemos su información médica sobre una cirugía que tuvo en el hospital para que se le pueda pagar al hospital. También es posible que utilicemos su información para aprobar o rechazar su elegibilidad para recibir un tratamiento.
- **Para operaciones de atención médica:** es posible que utilicemos y revelemos información médica sobre usted para realizar operaciones médicas. Estos tipos de uso y revelación son necesarios para garantizar que todos los pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, es posible que utilicemos información médica para revisar su tratamiento y sus servicios, y evaluar el desempeño del personal que se ocupa de usted. También es posible que reunamos la información médica de muchos pacientes para decidir qué beneficios adicionales deberían cubrirse, qué servicios no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos.

Otros Tipos de Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Que Pueden Realizarse Sin Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad para Objetar

También es posible que utilicemos o revelemos la su información médica protegida, sin su consentimiento o autorización, en los siguientes casos:

- **Abuso o negligencia:** es posible que revelemos su información médica protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir reportes de abuso o negligencia. Además, es posible que revelemos su información médica protegida a la entidad gubernamental o la agencia autorizada para recibir dicha información si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En este caso, la revelación se hará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales vigentes.
- **Socios comerciales:** es posible que utilicemos o revelemos su información médica protegida a los socios comerciales que brindan servicios a nuestra organización. Por ejemplo, servicios legales, auditoría financiera, administradores de subcontratos de planes de salud (recetas médicas, servicios dentales o para la vista). Cuando estos servicios se contraten, es posible que revelemos su información médica protegida a nuestros socios comerciales para que puedan llevar a cabo el trabajo que les pedimos hacer y presenten sus reclamos por los servicios brindados. Sin embargo, para proteger su información médica, necesitamos que los socios comerciales acuerden por escrito salvaguardar de manera apropiada su información.
- **Enfermedades contagiosas:** es posible que, si tenemos la autorización de la ley, revelemos su información médica protegida a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o esté en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** es posible que revelemos información médica protegida a un médico forense o un examinador médico con fines de identificación, determinación de la causa de muerte o para que el médico forense o el examinador médico lleve a cabo otras labores autorizadas por la ley. También es posible que revelemos información médica protegida a directores de funerarias, según lo autorice la ley, para llevar a cabo labores relacionadas con la funeraria. Es posible que revelemos dicha información en caso de una anticipación razonable de la muerte.
- **Donación de órganos y tejidos:** es posible que la información médica protegida se use y revele con fines de donación de órganos, ojos o tejido de un cadáver.
- **Actividad criminal:** en conformidad con las leyes federales y estatales vigentes, es posible que revelemos su información médica protegida si consideramos que el uso o revelación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza inminente y grave a la salud o seguridad de una persona o del público. También es posible que revelemos información médica protegida si es necesaria para que las autoridades del orden público identifiquen o arresten a una persona.

- **Administración de Alimentos y Medicamentos:** es posible que revelemos la su información médica protegida a una persona o empresa que la Administración de Alimentos y Medicamentos requiera para reportar efectos adversos, desviaciones de productos biológicos y defectos o problemas de los productos; para monitorear los productos; para permitir que un producto se retire del mercado; para hacer reparaciones o reemplazos o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.
- **Supervisión de la salud:** es posible que revelemos información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud, como el Departamento de Salud de Virginia, para llevar a cabo actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Entre las agencias de supervisión que buscan esta información se incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas reguladores del gobierno y las leyes de derechos civiles.
- **Presos:** es posible que utilicemos o revelemos su información médica protegida si está preso en un centro correccional y nosotros generamos o recibimos la información médica protegida con el fin de brindar o coordinar los servicios para usted.
- **Policía:** también es posible que revelemos información médica protegida, mientras se cumplan los requisitos legales correspondientes, con fines policiales. Estos fines policiales incluyen (1) los procesos y propósitos legales requeridos por la ley; (2) las solicitudes de información limitada con fines de identificación y ubicación; (3) el tratamiento para víctimas de un crimen; y (4) la sospecha de que ocurrió una muerte como resultado de una acción criminal.
- **Procedimientos legales:** es posible que revelemos información médica protegida durante algún procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden de una corte o un tribunal administrativo (en caso de que dicha revelación se autorice de manera explícita), y en ciertas condiciones como respuesta a una citación, una solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal.
- **Actividad militar y seguridad nacional:** cuando las condiciones apropiadas apliquen, es posible que utilicemos o revelemos la información médica protegida de los individuos del personal de las Fuerzas Armadas (1) para las actividades que las autoridades del rango militar adecuado consideren necesarias; (2) con el propósito de que el Departamento de Asuntos de los Veteranos determine su elegibilidad para los beneficios; o (3) a una actividad militar extranjera si usted es miembro de dichos servicios militares extranjeros. También es posible que revelemos su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, como la prestación de servicios para la protección del presidente u otras personas legalmente autorizadas.

- **Salud pública:** es posible que revelemos la su información médica protegida para actividades y propósitos relacionados con la salud pública a una autoridad de dicho ámbito, como los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), a los que la ley permite obtener o recibir la información. La revelación se hará con el propósito de controlar una enfermedad, lesión o incapacidad. También es posible que revelemos su información médica protegida, si lo ordena la autoridad de la salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que colabore con la autoridad de la salud pública.
- **Usos y revelaciones requeridos:** según la ley, debemos revelar información cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. la requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500 et seq. del Título 45 del CFR.
- **Investigación:** es posible que revelemos su información médica protegida a investigadores cuando su investigación sea aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información médica protegida.
- **Cuando lo exija la ley:** es posible que utilicemos o revelemos su información médica protegida en caso de que la ley requiera su uso o revelación. El uso o la revelación se hará en cumplimiento con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Recibirá una notificación, conforme a la ley, sobre cualquier uso o revelación.
- **Compensación del trabajador:** es posible que revelemos su información médica protegida conforme lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares establecidos legalmente.

Membresías

Optima Health Plan, Inc. es únicamente propiedad del Sistema Virginia Commonwealth University Health (Virginia Commonwealth University Health System, VCUHS). Los Hospitales del Colegio Médico de Virginia (Medical College of Virginia Hospitals, MCV-H) y los Médicos del Colegio Médico de Virginia (Medical College of Virginia Physicians, MCV-P) también son propiedad del VCUHS. Estos tres grupos colaboran en un acuerdo organizado de atención médica para realizar actividades de pago, revisiones de utilización y actividades de evaluación de la calidad. Además, Optima Health Plan (OHP) es un socio comercial del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) de Virginia. Es posible que los miembros del VCUHS y el DMAS también utilicen su información médica protegida solo para su tratamiento, pago o para las operaciones de atención médica permitidas por la HIPAA.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que conservamos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas sobre el control de la salud del comportamiento.

Para inspeccionar y copiar su información médica, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. Si solicita una copia de la información, es posible que apliquemos una tarifa razonable por los costos de la reproducción, del envío y otros suministros asociados a su solicitud. Si la información que solicita se conserva de manera electrónica y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en la forma y el formato que solicite. Si la información no puede ser reproducida en esa forma o ese formato, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo en cuanto a la forma y el formato. Si no podemos llegar a un acuerdo en cuanto a la forma y el formato electrónicos, le proporcionaremos una copia impresa.

En ciertas ocasiones muy limitadas, es posible que rechacemos su solicitud para inspeccionar y copiar información. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar una revisión de la denegación enviando una solicitud por escrito al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. Para obtener más información, llame a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP al 800-727-7536, extensión 55173.

Derecho a Enmendar. Si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información se proporcione a Kaiser Permanente y se conserve allí. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP, al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Es posible que rechacemos su solicitud para la enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, es posible que rechacemos su solicitud si nos pide enmendar información que presenta las siguientes características:

- No hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para hacer la enmienda.
- No sea parte de la información médica que se entrega y conserva en Kaiser Permanente.
- No sea parte de la información que tiene permitido inspeccionar o copiar.
- Sea precisa y esté completa.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y toda revelación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho a Obtener un Informe de las Revelaciones. Usted tiene derecho a solicitar un “informe” de ciertas revelaciones de su información médica protegida. Esta es una lista de las revelaciones que hemos realizado de la información médica sobre usted. Para solicitar esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP, al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. Su solicitud debe mencionar un periodo de tiempo para las revelaciones, que no debe ser mayor de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Su solicitud debe indicar el formato en el que desea la lista (por ejemplo, impreso o electrónico). El primer informe que pida dentro de un periodo de 12 meses se le proporcionará sin costo. Para futuros informes, es posible que le cobremos lo que cueste proporcionar la lista. Le notificaremos el costo y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en costos.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o límite en la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede pedirnos que no utilicemos ni revelemos información sobre una cirugía que tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP, al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, la revelación o ambos; y (3) para quién quiere que se apliquen los límites, por ejemplo, revelaciones a su cónyuge.

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial. Usted tiene derecho a solicitar que le informemos sobre asuntos médicos de cierta manera o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.

Para solicita comunicación confidencial, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP, al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Nos ajustaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos.

Derecho a Ser Notificado sobre un Ingreso No Autorizado. Usted tiene el derecho a ser notificado en caso de que descubramos (nosotros o nuestros socios comerciales) un ingreso no autorizado a su información médica protegida no asegurada.

Derecho a Obtener una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, llame a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento de VPHP al 800-727-7536, extensión 55173. Este aviso está publicado en el sitio web y puede descargarse en kp.org/espanol.

Quejas

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Optima Health o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No recibirá una penalización por presentar una queja.

Todas las quejas deben enviarse por escrito. Para presentar una queja ante Optima Health, envíe un correo electrónico a compliance@vapremier.com o una solicitud por medio del servicio postal de Estados Unidos al apartado postal 5307, Richmond, VA 23220-0307.

Para presentar una queja ante el Secretario, envíe un correo electrónico a ocrcomplaint@hhs.gov o una solicitud por medio del servicio postal de Estados Unidos a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499.

Otros Usos de la Información Médica

Otros usos y revelaciones de la información médica que no cubra este aviso o las leyes correspondientes se harán solo con su permiso por escrito. Si nos permite utilizar o revelar información médica sobre usted, puede revocar el permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca el permiso, ya no utilizaremos ni revelaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos revertir ninguna revelación que hayamos realizado con su permiso y que estamos obligados a conservar nuestros registros sobre el cuidado que le proporcionamos.

Cambios en este Aviso

Optima Health está obligada a obedecer los términos de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad vigente. Es posible que cambiemos los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso entrará en vigor para toda la información médica protegida que tengamos en ese momento y se le enviará en un plazo de 60 días después del cambio. Conservamos versiones anteriores del Aviso sobre Prácticas de Privacidad durante seis (6) años a partir de la fecha de revisión.

Cómo Unirse al Comité Asesor de Miembros

Deseamos que nos ayude a mejorar nuestro plan de salud. Lo invitamos a unirse a nuestro Comité Asesor de Miembros. En el comité, puede decirnos cómo podemos servirlo mejor. Asistir a estas reuniones le dará a usted y a su cuidador o familiar la oportunidad de ayudar a planificar reuniones y conocer a otros miembros de Kaiser Permanente en la comunidad. Estas reuniones educativas se llevan a cabo una vez cada tres meses. Si desea asistir o desea obtener más información, comuníquese con nosotros escribiendo a KPMembervoices@kp.org.

Seguimos Políticas de No Discriminación

No se le puede tratar de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, religión, sexo, estado civil, embarazo, parto, orientación sexual o condiciones médicas.

Si considera que no le han dado un trato justo por alguno de estos motivos, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo.

15. Responsabilidades de los Miembros

Sus Responsabilidades

Como miembro, usted también tiene algunas responsabilidades. Estas incluyen:

- Presentar su tarjeta de identificación de Optima Health cuando solicite atención médica.
- Proporcionar la información más completa y precisa que pueda sobre su salud y su historia clínica.
- Participar en las reuniones de su equipo de atención, desarrollar un entendimiento de su estado de salud y compartir su opinión, hasta donde le sea posible, para desarrollar decisiones mutuas sobre los objetivos del tratamiento.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar, llamar tan pronto como pueda.
- Recibir todos sus servicios cubiertos de la red de nuestro plan.
- Obtener nuestra autorización antes de recibir los servicios que requieren una revisión de autorización de servicios (consulte la sección 12).
- Llámarnos sin costo a uno de los números que aparecen abajo cada vez que tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita ayuda.
- Informarnos cuando planea estar fuera de la ciudad para que podamos ayudarle a organizar sus servicios.
- Ir a la sala de emergencias solo en casos de emergencia reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si es fuera del horario normal.
- Informarnos cuando crea que es necesario cambiar su plan de atención.
- Decirnos si tiene problemas con el personal de atención médica. Llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece abajo.
- Llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece abajo para cualquiera de los siguientes asuntos:
 - > Si hay algún cambio en su nombre, dirección o número de teléfono. Infórmeselo también a su trabajador social en su Departamento de Servicios Sociales local.
 - > Si ocurre algún cambio en cualquier otro aspecto de su cobertura de seguro médico, como por parte de su empleador o del empleador de su cónyuge, o en la compensación del trabajador.
 - > Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de auto.
 - > Si ingresa a un centro de enfermería u un hospital.
 - > Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o de fuera de la red.
 - > Si cambia su cuidador o cualquier persona que se esté haciendo cargo de usted.
 - > Si participa en un estudio de investigación clínica.

Instrucciones Anticipadas

Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones por su cuenta sobre su atención médica. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona el derecho a tomar decisiones en su nombre sobre su atención médica si usted no puede tomarlas.
- Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica por si algún día pierde su capacidad para tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus indicaciones se llama instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas tienen efecto solo si usted perdió su capacidad para tomar decisiones sobre su atención médica. Cualquier persona mayor de 18 años puede llenar un formulario de instrucciones anticipadas. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes maneras de llamarlas. Algunos ejemplos son un testamento en vida, un poder notarial para la atención médica y una instrucción por anticipado para atención para las decisiones de atención médica.

No está obligado a usar instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

Dónde Obtener el Formulario de Instrucciones Anticipadas

Puede obtener el formulario de Instrucciones Anticipadas de Virginia en el sitio:

<https://www.vsb.org/common/Uploaded%20files/docs/form-hl-nhdd-5.pdf>

También le pueden facilitar el formulario su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Además, es posible que las organizaciones que proporcionan información sobre Medicaid tengan formularios de instrucciones anticipadas.

Además, puede visitar nuestro sitio web de Planificación para el Cuidado de la Vida para obtener información adicional sobre el proceso de Planificación Anticipada de la Atención y sobre las Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica.

Visite kp.org/lifecareplan (haga clic en “Español”).

Si tiene instrucciones médicas por anticipado:

- Guarde una copia para sus archivos.
- Dele una copia a la persona que elige para tener el poder legal para la atención médica.
- Dele una copia a cada uno de sus médicos.
- Lleve una copia consigo si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Puede solicitar un paquete sin costo de información sobre las instrucciones anticipadas al Departamento de Servicio a los Miembros llamando al 1-855-249-5025 (TTY 711).

Llenado del Formulario de Instrucciones Anticipadas

Llene y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Tal vez quiera que un abogado le ayude a redactarlo. Es posible que haya recursos legales disponibles y sin costo para ayudarle.

Comparta la Información con las Personas que Quiere que la Conozcan

Entregue copias a las personas que necesitan estar enteradas. Debe entregar a su médico una copia del testamento en vida, la instrucción por anticipado para atención o el formulario de poder notarial. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Además, se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su domicilio.

Si lo van a hospitalizar y ya firmó instrucciones anticipadas, lleve una copia al hospital. En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene. Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Podemos Ayudarle a Obtener o a Entender los Documentos de Instrucciones Anticipadas

Su Coordinador de Atención puede ayudarle a entender o a obtener estos documentos. Estos documentos no cambian su derecho a obtener beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que quiere si está imposibilitado para hablar.

Recuerde, usted decide si quiere dejar instrucciones anticipadas o no. Puede revocar o cambiar sus instrucciones anticipadas de atención o su poder notarial si cambian sus deseos sobre las decisiones de atención médica o su representante autorizado.

Otros Recursos

También puede encontrar información sobre las instrucciones anticipadas en Virginia en: <http://www.virginiaadvancedirectives.org/>.

Puede guardar sus instrucciones anticipadas en el Registro de Instrucciones Anticipadas para la Atención Médica del Departamento de Salud de Virginia: <https://connectvirginia.org/adr/>.

Qué Hacer Si No Se Siguen Sus Instrucciones Anticipadas

Si firmó instrucciones anticipadas y considera que un médico o un hospital no las siguió, puede presentar una queja ante las organizaciones que se mencionan más adelante.

Para quejas sobre médicos y otros proveedores, comuníquese con la División de Cumplimiento del Departamento de Salud de Virginia:

POR TELÉFONO	Departamento de Profesiones de salud de Virginia Línea telefónica sin costo: 1-800-533-1560 Teléfono local: 804-367-4691
POR ESCRITO	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, VA 23233-1463
FAX	804-527-4424
CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Para quejas sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, centros de aborto, organizaciones de atención a domicilio, programas de cuidados paliativos, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidos como organizaciones de atención médica administrada), comuníquese con la Oficina de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia:

POR TELÉFONO	1-800-955-1819 (sin costo) / 804-367-2106 (local)
POR ESCRITO	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, VA 23233-1463
FAX	804-527-4503
CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
SITIO WEB	https://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/

Atención de calidad

Puede obtener una copia del informe sobre la calidad de Kaiser Permanente. Es un resumen de nuestros objetivos, actividades y metas de calidad. Explica cómo mejoramos la atención y el servicio que brindamos a nuestros miembros de Kaiser Permanente, proveedores y la comunidad. Para obtener una copia sin costo del informe de este año, llame a Servicio a los Miembros al 1-855-249-5025 (TTY 711). También puede consultar el informe en línea, en kp.org/espanol.

16. Fraude, despilfarro y abuso

Tenemos una estricta política de cero tolerancia para el fraude, el despilfarro y el abuso. Todos y cada uno de los casos de fraude, despilfarro o abuso se investigarán a fondo. Se le informará de inmediato al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) sobre cualquier miembro que intencionalmente haga declaraciones falsas para utilizar u obtener servicios de manera fraudulenta. Los incidentes de fraude, despilfarro o abuso pueden ocasionar la suspensión (una pausa) o cancelación (finalización) de los beneficios médicos.

Si considera que tiene conocimiento de un incidente que involucre fraude, despilfarro o abuso, notifique a Servicio a los Miembros. Investigaremos el asunto de inmediato. Además, notificaremos al DMAS en un plazo de 48 horas.

¿Qué Son el Fraude, el Despilfarro y el Abuso?

El fraude es un engaño o tergiversación intencional realizado por una persona con el conocimiento de que el engaño podría dar lugar a un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude conforme a la legislación federal o estatal vigente

El despilfarro incluye la sobreutilización, la subutilización o el uso indebido de los recursos. Por lo general, el despilfarro no es un acto intencional, pero sí da lugar a un gasto que no debería haber ocurrido. Como resultado, debe reportarse el despilfarro para poder identificar y corregir pagos incorrectos. El abuso incluye prácticas que van en contra de las buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas, y ocasionan costos innecesarios para el programa de Medicaid, el pago de servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o no cumplen con los estándares de atención médica profesionalmente reconocidos.

Los tipos comunes de fraude, despilfarro y abuso en la atención médica incluyen:

- Robo de identidad médica.
- Facturación por servicios o artículos innecesarios.
- Facturación por servicios o artículos que no se proporcionaron.
- Facturación de un código para un servicio o procedimiento más costoso que el que se realizó (conocido como sobre codificación).
- Cobro por servicios por separado que generalmente se agrupan en una tarifa (segmentación).
- Artículos o servicios sin cobertura.
- Cuando un médico recibe algún tipo de pago a cambio de referir a un paciente a otro médico. Estos pagos se denominan sobornos.

¿Cómo Reporto el Fraude, el Despilfarro o el Abuso?

Para denunciar un posible fraude, despilfarro o abuso, reúna toda la información posible. Puede denunciar a proveedores o miembros directamente con nosotros escribiendo a:

Departamento de Cumplimiento

Program Integrity

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

2101 E. Jefferson St.

Rockville, MD 20852

Si prefiere referir sus inquietudes sobre fraude, despilfarro o abuso directamente al Estado, puede denunciarlas a los contactos que aparecen a continuación.

Línea Telefónica Directa de Ayuda para Fraudes del Departamento de Servicios de Asistencia Médica

Fraude de beneficiario: 1-800-371-0824 o 804-786-1066

Fraude de proveedor: 1-800-371-0824 o 804-786-2071

Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid de Virginia (Oficina del Fiscal General)

Correo electrónico: MFCU_mail@oag.state.va.us

Fax: 804-786-3509

Correo postal: Office of the Attorney General Medicaid Fraud Control Unit

202 North Ninth St.

Richmond, VA 23219

Oficina del Inspector General del Estado de Virginia

Línea Telefónica Directa de Ayuda para Fraude, Despilfarro y Abuso

Teléfono: 1-800-723-1615

Fax: 804-371-0165

Correo electrónico: covhotline@osig.virginia.gov

Correo postal: State FWA Hotline

101 N. 14th St.

The James Monroe Building, 7th Floor

Richmond, VA 23219

17. Otros Recursos Importantes

Borromeo Housing, Inc.

Infant Supply Center

St. Charles Borromeo Church

3304 Washington Blvd.

Arlington, VA

Correo electrónico: information@borromeohousing.org

Capacita a las madres solteras jóvenes para que creen un futuro autosostenible a través de la educación, el asesoramiento y el apoyo.

Centro de Ayuda para el Embarazo Fairfax

10380 Democracy Lane, Suites A & B

Fairfax, VA 22030

703-323-8060

Proporciona alimentos sin costo para mujeres, niños, bebés y otros. (Es posible que el centro cuente con leche maternizada y pañales. También es posible que se distribuyan artículos de higiene).

Clínica para mujeres Inova Cares

6400 Arlington Blvd. Suite 110

Falls Church, VA 22042

703-531-3014

Brinda atención de caridad para los residentes del Condado de Fairfax junto con el Departamento de Salud del Condado de Fairfax.

Servicios Familiares de Virginia del Norte

Healthy Families Virginia

www.nvfs.org

info@nvfs.org

571-748-2500

Brinda una variedad de programas de asistencia que van desde la asistencia de la salud mental hasta la asistencia durante el desarrollo de la primera infancia.

Fundación MISS de Virginia del Norte

Perinatal Concerns Program, Hospital Inova de Fairfax

Contacto: Kelly Vergot, RN

Falls Church, VA

703-776-6103

Brinda apoyo familiar durante el embarazo, y los periodos posnatal y posparto.

Apoyo para el posparto de Virginia

Arlington, VA

703-829-7152

Ayuda a las nuevas familias y madres embarazadas a superar la ansiedad, la depresión y otros trastornos del estado de ánimo.

Perinatal Hospice Program del

Centro Familiar Tepeyac Kristin Anderson

Fairfax, VA

703-273-9440

Brinda atención durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y el primer año.

18. Palabras Claves y Definiciones Usadas en esta Guía

- **Actividades de la vida diaria:** las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- **Determinación adversa de beneficios:** cualquier decisión que rechace una autorización de servicios o que la apruebe por un monto que sea menor que el solicitado.
- **Apelación:** una forma de impugnar una determinación adversa de beneficios (como una denegación o reducción de beneficios) tomada por nosotros si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura presentando una apelación.
- **Facturación de saldos:** una situación en la cual un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a una persona más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo. Llame a Servicio a los Miembros si recibe facturas que no comprende.
- **Medicamento de marca:** un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.
- **Coordinación de la atención:** un proceso individualizado centrado en la persona que lo ayuda a obtener acceso a los servicios necesarios. El coordinador de atención trabajará con usted; con sus familiares, si corresponde; con sus proveedores, y con cualquier persona involucrada en su atención para ayudarle a obtener los servicios y la ayuda que necesite.
- **Administrador de atención médica:** una persona principal de nuestro plan que trabaja con usted y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- **Plan de atención:** un plan para saber qué servicios de salud y apoyo recibirá, y cómo los obtendrá.
- **Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.
- **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de los programas de Medicare y Medicaid.
- **Queja:** una declaración escrita o verbal que dice que tiene un problema o duda acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. Otra expresión para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”.

- **Decisión de cobertura:** una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- **Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.
- **Servicios cubiertos:** el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica; los servicios y apoyos; los suministros; los medicamentos recetados y de venta libre; los equipos, y otros servicios que cubre nuestro plan.
- **Equipo médico duradero:** ciertos artículos que su médico le ordena para usar en su domicilio. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.
- **Condición médica de emergencia:** una emergencia significa que su vida podría verse amenazada o que podría sufrir un daño permanente (discapacidad) si no recibe atención rápidamente. Si está embarazada, podría significar que ocasione un daño a su salud o la de su bebé que está por nacer.
- **Transporte médico de emergencia:** tiene una condición que no le permite acudir al hospital por ningún otro medio que no sea llamando al 911 para obtener una ambulancia.
- **Atención en la sala de emergencias:** una sala de hospital con personal y equipo para el tratamiento de personas que requieren atención o servicios médicos inmediatos.
- **Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- **Audiencias imparciales:** consulte Audiencias Estatales Imparciales. El proceso mediante el cual usted apela al estado por una decisión que tomamos y que considera que es incorrecta.
- **Pago por servicio:** el término general utilizado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS).
- **Medicamento genérico:** un medicamento de venta con receta que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.
- **Queja formal:** una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.
- **Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios y dispositivos que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.
- **Seguro médico:** tipo de cobertura de seguro que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos que usted tiene que hacer.

- Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.
- Evaluación de riesgos de salud: una revisión del expediente médico y la condición actual del paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- Línea de ayuda: un agente de inscripciones con el que el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) tiene contrato para realizar actividades de asesoramiento e inscripción.
- Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero titulado o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de salud a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.
- Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar, incluidos los cuidados de enfermería, los servicios de asistencia médica a domicilio y otros servicios.
- Hospitalización: el acto de internar a una persona en un hospital como paciente.
- Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención o tratamiento que no implica pasar la noche en un hospital.
- Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por Optima Health. Optima Health elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. A la lista de medicamentos a veces se le denomina “lista de medicamentos cubiertos”.
- Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): una variedad de servicios y apoyos que ayudan a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar la calidad de vida y mantener un máximo de independencia. Los ejemplos incluyen ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, comer y otras actividades de la vida diaria y el cuidado personal, además de apoyo para tareas diarias como lavandería, compras y transporte. Los LTSS se proporcionan durante un largo periodo de tiempo, por lo general, en el hogar y en comunidades, pero también en lugares como centros de enfermería. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su domicilio para que no tenga que ir a un centro de enfermería o un hospital.

- Medicaid (o Asistencia Médica): un programa administrado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo, y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare. Se cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Necesario desde el punto de vista médico: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o según sea necesario conforme a las reglas actuales de cobertura de Medicaid de Virginia.
- Servicio a los Miembros: un departamento encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.
- Modelo de atención: una forma de brindar atención de alta calidad. El modelo de atención incluye la coordinación de la atención y un equipo de proveedores calificados que trabajan con usted para mejorar su salud y calidad de vida.
- Red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica y equipo médico. Tienen licencia o están certificados por Medicaid y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con Optima Health y aceptan nuestro pago, y no les cobran a nuestros miembros de Kaiser Permanente un monto adicional. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los llama “proveedores del plan”. Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir las recetas médicas de los Miembros de Optima Health. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nosotros. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.
- Proveedor no participante: un proveedor o centro de atención que no empleamos, que no es nuestro ni trabaja con nosotros, y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.
- Centro de enfermería: un centro de atención médica que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Deben cumplirse criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.

- Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red: un proveedor o centro de atención que no empleamos, que no es nuestro ni trabaja con nosotros, y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.
- Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares contratados por Optima Health que brindan servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo. Los proveedores participantes también son “proveedores de la red” o “proveedores del plan”.
- Servicios médicos: atención que le brinda una persona con licencia conforme a la legislación estatal para practicar medicina, cirugía o salud del comportamiento.
- Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por nosotros. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- Medicamentos recetados: un medicamento o fármaco que, por ley, solo se puede obtener por medio de una receta médica.
- Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Es responsable de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. A menudo, es la primera persona con la que debe comunicarse si necesita atención médica. Su PCP generalmente es un profesional de medicina familiar, internista o pediatra. Tener un PCP ayuda a garantizar que la atención médica adecuada esté disponible cuando la necesite.
- Prótesis y órtesis: se trata de dispositivos médicos que le solicita el médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo.
- Proveedor: una persona que está autorizada para brindarle atención o servicios médicos. Muchos tipos de proveedores participan con nosotros, incluidos médicos, enfermeros, proveedores de salud del comportamiento y especialistas.
- Referencia: en la mayoría de los casos, su PCP debe darle una aprobación antes de que pueda usar otros proveedores de nuestra red. A esto se le conoce como referencia.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación: el tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación importante.
- Área de servicios: un área geográfica donde puede operar un plan de atención médica administrada. También es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia).

- **Autorización de servicios:** la aprobación necesaria antes de que pueda obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos dentro de la red tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización.
- **Especialista:** un médico que proporciona atención médica para una enfermedad, discapacidad o parte del cuerpo específica.
- **Atención de urgencia:** la atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red disponibles o no pueda llegar a ellos.

Servicio a los Miembros

POR TELÉFONO	1-855-249-5025 (sin costo) De lunes a viernes (excepto días festivos), de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. Contamos con servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (esta llamada es sin costo). De lunes a viernes (excepto días festivos), de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
POR ESCRITO	Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. Attn: Appeals and Correspondence Unit 2101 E. Jefferson St. Rockville, MD 20852
SITIO WEB	kp.org/medicaid/va/es

19. Anexo sobre la Expansión de Medicaid

Cuáles Son los Requisitos de Elegibilidad para ser Miembro de la Expansión de Medicaid

Usted es elegible para la Expansión de Medicaid si tiene entre 19 y 64 años de edad y cumple todos los siguientes requisitos:

- Todavía no es elegible para recibir la cobertura de Medicare.
- Todavía no es elegible para la cobertura de Medicaid por medio de un grupo de cobertura reglamentario (si está embarazada o tiene una discapacidad, por ejemplo).
- Sus ingresos no exceden el 138 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local o la Unidad Central de Procesamiento de Cover Virginia determina la elegibilidad para Medicaid.

Comuníquese con el evaluador de elegibilidad de su DSS local o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TDD: 1-888-221-1590) si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de Medicaid. La llamada es sin costo. Para obtener más información, puede visitar el sitio web de Cover Virginia en <http://www.coverva.org/es>.

Inscripción para ser Miembro de la Expansión de Medicaid

Puede cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción al programa Medallion por cualquier motivo. También puede cambiar de plan de salud durante el periodo anual de inscripción abierta por cualquier motivo. Puede comunicarse con la Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) o visitar www.virginiamanagedcare.com/es para conocer el periodo de inscripción abierta de su región. Recibirá una carta del DMAS con más información durante el periodo de inscripción abierta.

Beneficios y Servicios de la Expansión de Medicaid

Como Miembro de la expansión de Medicaid, tiene una variedad de beneficios y servicios de atención médica disponibles para usted. Recibirá la mayoría de sus servicios por medio de Optima Health y Kaiser Permanente.

Si es un miembro elegible para la expansión de Medicaid, además de los servicios estándares de Medicaid disponibles para todos los miembros de Medicaid, también recibirá los siguientes beneficios para la salud:

- exámenes de bienestar anuales para adultos;
- asesoramiento individual y en grupo para dejar de fumar;
- asesoramiento nutricional si le diagnostican obesidad, enfermedades médicas crónicas; y
- vacunas recomendadas para adultos.

También le recomendamos participar de manera activa en su salud. Esto puede significar participar en programas para el control de enfermedades, recibir una vacuna contra la gripe, dejar de fumar o de utilizar productos de tabaco o nicotina, o tener acceso a servicios que, por lo general, las prácticas médicas tradicionales no cubren, como membresías para el gimnasio o servicios para la vista.

Si acude con frecuencia a la sala de emergencias, nos comunicaremos con usted para ayudarle a atender sus necesidades. Es posible que haya casos en los que no tenga que atender sus necesidades en la sala de emergencias, sino en los consultorios médicos y en las clínicas.

También podemos conversar sobre las posibilidades de aprovechar capacitación laboral, educación y ayuda en la búsqueda de empleo y guiarlo para que encuentre la situación laboral más adecuada para usted.

¿Qué es una Evaluación de Salud?

Durante los primeros cuatro meses posteriores a su inscripción en Optima Health, un representante se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades de salud y sus circunstancias sociales. Estas preguntas crearán lo que se conoce como “Evaluación de Salud”. El representante le preguntará sobre todas las condiciones médicas que tenga actualmente o que haya tenido en el pasado, su capacidad para hacer cosas cotidianas y sus condiciones de vida.

Sus respuestas nos ayudarán a comprender sus necesidades e identificar si tiene o no necesidades complejas desde el punto de vista médico.

Si cumple con los criterios de una necesidad compleja desde el punto de vista médico, se lo transferirá del programa de Atención Médica Administrada de Medicaid Medallion 4.0 al programa CCC Plus. Si se determina que usted no tiene necesidades complejas desde el punto de vista médico, permanecerá en el programa Medallion 4.0. Del mismo modo, si no podemos comunicarnos con usted, o rechaza participar en toda la evaluación de salud, permanecerá inscrito en el programa Medallion. Permanecerá en Optima Health sin importar en qué programa esté. Si prefiere cambiar de plan de salud, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días posteriores a su inscripción en el programa Medallion 4.0.

Si no cumple los criterios de una necesidad compleja desde el punto de vista médico y no está de acuerdo, tiene derecho a enviar una queja o queja formal a Optima Health. Consulte “Su Derecho a Presentar una Queja” en la sección 13 de esta guía.

Comuníquese con nosotros si necesita adaptaciones para participar en la evaluación de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre la evaluación de salud, comuníquese al 1-855-249-5025 o TTY al 711. Esta llamada es sin costo.

