**Notificación a los beneficiarios, Abril de 2011**

**Se envía esta notificación a todos los beneficiarios de Medicaid y NC Health Choice a fin de que todos conozcan esta importante información y se enteren acerca de los cambios. Es posible que usted no esté recibiendo ninguno de estos servicios.**

**Información importante para los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años**

**Esto concierne a todos los servicios mencionados en esta notificación.** Los niños menores de 21 años que tienen seguro de Medicaid tienen derecho a recibir los servicios médicos requeridos de detección, diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para «corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y condiciones físicas y mentales» bajo el programa de Exámenes periódicos de detección temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés), sin importar si el servicio requerido está cubierto por el Plan de Medicaid del estado. Para obtener más información sobre EPSTD, por favor visite http://www.dhhs.state.nc.us/dma/epsdt. EPSDT no se aplica a los niños que tienen el seguro NC Health Choice.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS NIÑOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID Y NORTH CAROLINA HEALTH CHOICE

Esta notificación comunica importante información y cambios que van a ocurrir en los servicios médicos de Medicaid y NC Health Choice en los próximos meses.

### Servicios residenciales para los niños

Recordatorio: Los padres y los tutores legales de los niños deben participar en las reuniones del equipo de tratamiento con los proveedores de atención médica para determinar cuáles servicios son los más beneficiosos para sus niños. Es especialmente importante participar en dichas reuniones si el equipo de tratamiento está considerando recomendar administrarle al niño un tratamiento fuera de su hogar. El equipo de tratamiento deberá reunirse con usted a lo largo del tratamiento a fin de monitorizar el progreso y planear su alta y su reincorporación a la comunidad.

### Servicios de salud conductual

Es posible que se recomiende realizar evaluaciones independientes para algunos servicios de salud conductual para usted o su niño a fin de asegurar que usted o su niño estén recibiendo los servicios más efectivos.

Recuerde contactar a su agencia local de administración de servicios (LME, por sus siglas en inglés) si necesita ubicar proveedores de servicios de salud conductual, especialmente si su agencia cierra. Si necesita ayuda para ubicar la LME en su área o saber el número telefónico de la LME, por favor llame a la línea del Servicio información y remisiones de DHHS, CARELINE: 1-800-662-7030 (Quienes le ayudarán a encontrar los programas y las personas que pueden asistirle).

Por favor contacte a la Unidad de salud conductual de Medicaid al 919-855-4290 si tiene alguna otra pregunta.

### Suministros para la incontinencia

A partir del 1º de mayo de 2011, Neil Medical Group, de Kinston, Carolina del Norte es designado como el proveedor preferido de productos para la incontinencia (pañales) y guantes. No habrá cambios en la forma en que usted recibe sus suministros. Puede contactar a Neil Medical Group llamando al 1-800-735-9111 o al 1-800-758-1050.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID EN CAROLINA DEL NORTE

Esta notificación comunica importante información y cambios que van a ocurrir en los servicios médicos de Medicaid en los meses próximos.

## ¿Necesita un examen de la vista Y anteojos cubiertos por Medicaid?

¡NO TODOS LOS OFTALMÓLOGOS OFRECEN ANTEOJOS CUBIERTOS POR MEDICAID! Si usted tiene derecho a un examen de la vista y anteojos cubiertos por Medicaid, asegúrese de que su oftalmólogo pueda ofrecerle ambos bajo la cobertura de Medicaid. Si él o ella no pueden ofrecerle esto, le ofrecerán una lista de lugares a los que usted puede ir para obtener anteojos cubiertos por Medicaid; pero muchos locales no atenderán recetas de anteojos cubiertos por Medicaid que hayan sido hechas por otros oftalmólogos, aún si estos están en la lista. Es posible que a usted le sea difícil encontrar un médico distinto que le haga los anteojos cubiertos por Medicaid. ANTES de hacer una cita para un examen de la vista, SIEMPRE pregunte « ¿Pueden hacerme un examen de la vista Y anteojos cubiertos por Medicaid en su consultorio?» Si no pueden ofrecerle ambos, usted tiene el derecho de hacer una cita con otro oftalmólogo que le haga un examen de la vista y los anteojos cubiertos por Medicaid.

Si necesita ayuda para encontrar un oftalmólogo, por favor llame a la Línea de información y remisiones de DHHS, CARELINE: 1-800-662-7030. Recuerde preguntar si el oftalmólogo le hará un examen de la vista y le proporcionará los anteojos, ambos cubiertos por Medicaid.

## Medicamentos de marca o medicamentos genéricos

En un futuro cercano, si le recetan un medicamento de marca y dicho medicamento tiene un equivalente de tipo genérico, es posible que el médico deba solicitar una autorización previa antes de que le puedan dar su pedido del medicamento de marca.

## Fármacos antipsicóticos en los niños en Carolina del Norte – Documentación para la seguridad (A+KIDS)

A partir de los principios de abril, los médicos que receten fármacos antipsicóticos a pacientes de 17 años de edad o menos deberán proporcionar información a Medicaid sobre la vigilancia de la seguridad que debe hacerse mientras el beneficiario esté recibiendo el medicamento. El médico es responsable por proporcionar dicha información a Medicaid. Algunos nombres de fármacos antipsicóticos son: Abilify, Geodon, Risperdal (risperidone) y Seroquel.

## Cobertura de vitaminas y productos minerales recetados por el médico para los beneficiarios de Medicaid en Carolina del Norte

A partir del 13 de abril de 2011, Medicaid ya no pagará por determinadas vitaminas y productos minerales recetados por el médico. Las recetas médicas de vitaminas y productos de flúor para embarazadas seguirá siendo cubierta únicamente para pacientes de Medicaid. Si usted tiene derecho a ambos programas (tanto Medicare como Medicaid), Medicaid no pagará por ninguna vitamina o producto mineral.

## Descuento en el servicio telefónico mediante el programa *Lifeline/Link-Up*

*Link-Up* proporciona un descuento del 50% (hasta un máximo de $30) del costo de instalación de un teléfono. *Lifeline* proporciona un descuento de hasta $13.50 del costo mensual de la tarifa de servicio telefónico.

Los beneficiarios de Medicaid tienen derecho a los beneficios de *Lifeline/Link-Up*. Comuníquese con la empresa de servicio telefónico de su preferencia. Solicite un FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN DE LIFELINE/LINK-UP. Complete el FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN y envíelo de regreso a la empresa de servicio telefónico al tiempo que solicita el servicio telefónico local. Si usted reúne los requisitos para recibir los beneficios de *Lifeline/Link-Up*, recibirá el descuento sobre la instalación y el costo de la tarifa del servicio telefónico. **Nota**: Si su servicio telefónico ha sido desconectado debido a facturas no pagadas, usted todavía podría obtener servicio telefónico local y dichos descuentos. Pregúntele a la empresa de servicio telefónico acerca de los detalles.

El Procurador General Roy Cooper, Presidente del Grupo de Trabajo de *Lifeline/Link-Up*, le recomienda a usted que se comunique con su empresa telefónica local para obtener más información sobre dichos descuentos.

**POR FAVOR TOME NOTA ACERCA DE LA CORRECCIÓN EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTA NOTIFICACIÓN, BAJO EL TÍTULO "PARA OBTENER ASISTENCIA LEGAL"**

**El número telefónico del Servicio de Asistencia Legal de Carolina del Norte debería figurar como 1-866-369-6923.**

***PARA OBTENER ASISTENCIA LEGAL:*** Si tienen alguna pregunta que requiera de asistencia legal, los beneficiarios o sus representantes personales pueden contactar al Servicio de Asistencia Legal de Carolina del Norte (*Legal Aid of North Carolina*, en inglés) llamando al 919-856-2564 o a la línea telefónica gratuita 1-866-369-6923. Los beneficiarios con discapacidades también pueden contactar a la Oficina de defensoría de los derechos de los discapacitados en Carolina del Norte (*Disability Rights of North Carolina*, en inglés) llamando al 1-877-235-4210.

**Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación:** Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquese con el Servicio de información y remisiones llamando al 1-800-662-7030 (Se atiende en inglés y español) o bien, al 1-877-452-2514 (Esta es una línea telefónica de texto o TTY para personas con problemas de audición, y únicamente quienes cuentan con equipo TTY pueden hablar con una persona al marcar este número). El servicio CARE-LINE atiende de lunes a viernes, de 8 a.m a 5 p.m.

# ESTA INFORMACIÓN NO SE APLICA A BENEFICIARIOS DE HEALTH CHOICE.

## *PROCESOS DE APROBACIÓN PREVIA DE MEDICAID Y APELACIÓN DE BENEFICIARIOS DE MEDICAID*

**Medicaid es un programa de beneficios por derecho ciudadano. El beneficiario tiene el derecho constitucional de apelar toda decisión de Medicaid que deniegue, reduzca, cancele o suspenda una solicitud de servicios de Medicaid. Este documento presenta un resumen de los procesos de audiencia del beneficiario y aprobación previa de Medicaid.**

***CÓMO HACER UNA SOLICITUD DE SERVICIOS:*** Si el servicio requiere previa aprobación de Medicaid, antes de iniciar el servicio se deberá enviar una solicitud a Medicaid para su revisión y aprobación por parte del médico, psiquiatra, psicólogo, otro especialista licenciado o proveedor del beneficiario. El proveedor debe responsabilizarse de documentar íntegramente la solicitud, a fin de demostrar la necesidad médica del servicio. El proveedor podrá someter datos adicionales tales como informes de evaluaciones recientes de especialistas, expedientes de tratamiento recientes y cartas firmadas por los especialistas tratantes, en donde se explique la necesidad médica del servicio. De manera importante, nótese que es posible que Medicaid se comunique con el beneficiario o con su médico, psiquiatra, psicólogo u otro especialista licenciado o proveedor acerca de la solicitud del servicio. El propósito de estas comunicaciones es obtener mayor información clínica acerca de la solicitud. Durante estas comunicaciones, Medicaid no aconsejará que un beneficiario o proveedor suspenda la solicitud presentada, ni le pedirá al beneficiario o proveedor que retire una solicitud ni que la modifique para aceptar una reducción en la cantidad, nivel o tipo del servicio.

***AUTORIZACIÓN DEL PAGO DE SERVICIOS DURANTE EL PERÍODO DE REVISIÓN POR MEDICAID DE UNA SOLICITUD DE SERVICIO CONTINUADO:*** A continuación se enumeran algunos puntos importantes.

- Si el proveedor presenta la solicitud de reautorización o de continuación del servicio no menor de 10 días naturales **ANTES DE** finalizar el período de autorización actual, los servicios continuarán sin interrupción incluso si Medicaid no puede tomar una decisión antes de finalizar el período de autorización actual.
  **EXCEPCIÓN:** Las solicitudes de Programas Alternativos Comunitarios (CAP), servicios de hospitalización o emergentes no están sujetos a este requisito de 10 días naturales. Si se presenta la solicitud antes del vencimiento del período de autorización, los servicios deberán continuar sin interrupción.
- Si el proveedor solicita la reautorización de un servicio en lapso menor de 10 días naturales antes de finalizar el período de autorización actual, podría haber una interrupción en la autorización de pago del servicio si Medicaid no puede finalizar la revisión de la solicitud para la fecha de vencimiento de la autorización actual.
- Si la solicitud se presenta después de finalizar el período de autorización actual, se la considerará como una solicitud inicial. Esto significa que el pago del servicio se detendrá al finalizar el período de autorización actual, y se reanudará en la fecha de envío postal del aviso.

***EMISIÓN DE UNA DECISIÓN ACERCA DE UNA SOLICITUD DE SERVICIO:*** Cuando se presenta una solicitud, Medicaid la revisa para asegurarse de entender quién recibirá el servicio, quién prestará el servicio y el tipo de servicio que se está solicitando. En el caso de que Medicaid no pueda hacer esta determinación, o si la solicitud no está acompañada de algún documento o formulario requerido por las leyes estatales o federales, se devolverá la solicitud al proveedor con el mensaje "No se pudo procesar". En ese caso no se aplicarán los derechos de apelación ya que no se pudo tomar ninguna decisión sobre la solicitud. Se podrá presentar una nueva solicitud de servicio en cualquier momento.

Si el proveedor presenta la solicitud sin incluir la información clínica requerida que explique la razón de que el beneficiario necesita el servicio solicitado, se considerará que la solicitud está incompleta, y se denegará; en ese caso se aplican los derechos de apelación. Sin embargo, en cualquier momento se podrá presentar una nueva solicitud con la documentación necesaria.

Cuando Medicaid recibe una solicitud completa, puede aprobarla, denegarla, reducirla, cancelarla o suspenderla. Si se deniega, reduce, cancela o suspende la solicitud, el beneficiario y el proveedor recibirán un aviso por escrito. En la carta (aviso) se declarará la acción tomada, se especificarán las razones de la acción y se explicará cómo apelar la decisión de Medicaid. El sobre del beneficiario contendrá el aviso y un formulario de solicitud de apelación, y se enviará por correo postal rastreable a la última dirección postal presentada por el beneficiario ante el Departamento de Servicios Sociales de su condado. **Es importante que el beneficiario actualice su dirección en el Departamento de Servicios Sociales del condado, ya que ésta es la dirección que Medicaid utiliza para enviar información sobre el programa. Asimismo, es importante que el beneficiario acepte envíos postales rastreables de Medicaid, dado que a menudo estos envíos contienen noticias sobre los servicios solicitados en nombre del beneficiario.**

Si un aviso se pierde o no se llega a recibir, se podrán obtener copias del mismo llamando al Servicio de Referidos e Información CARE-LINE al teléfono 1-800-662-7030 (inglés/español) o al 1-877-452-2514. (Nota: Este es un número TTY, sólo para llamadas de personas con sordera o dificultades auditivas). En la zona del Triángulo, llame al teléfono 919-855-4400 (inglés/español) o 919-733-4851 (TTY para personas con dificultades auditivas). La línea telefónica CARE-LINE funciona de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sírvase notar lo siguiente:

- En caso de que se haya enviado el aviso a la persona o dirección equivocada, o en caso de cualquier otro error cometido por Medicaid, será OBLIGATORIO emitir un nuevo aviso con una fecha actualizada.
- Si el aviso se envió a la dirección y destinatario correctos y a la última dirección postal archivada en el Departamento de Servicios Sociales del condado, se emitirá un nuevo aviso a solicitud del beneficiario o de su representante legal, pero no se actualizará la fecha.

***PRESENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA DEL BENEFICIARIO:*** Los beneficiarios de Medicaid o sus representantes personales tienen derecho a apelar decisiones adversas de la agencia estatal de Medicaid y de recibir una audiencia justa según las estipulaciones de la Ley del Seguro Social, 42 C.F.R. 431.200 *et seq.* y de los Estatutos Generales de Carolina del Norte, N.C.G.S. §108A-70.9. Si el beneficiario decide apelar la decisión de Medicaid de denegar, cancelar, reducir o suspender los servicios solicitados por su proveedor, el beneficiario o su representante personal deberán firmar y fechar el formulario de solicitud de apelación y enviarlo a la Oficina de Audiencias Administrativas (*Office of Administrative Hearings, OAH*) por correo o por fax en un lapso no mayor de **30 días a partir de la fecha de envío postal del aviso**. El formulario de solicitud de apelación contiene la dirección postal y los números de teléfono y fax de la OAH. Los proveedores no podrán presentar apelaciones en nombre de los beneficiarios a menos que el beneficiario haya señalado al proveedor como su representante en el formulario de solicitud de apelación.

***EXPLICACIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN:*** Si el beneficiario decide apelar, podrá representarse a sí mismo durante el proceso de apelación, contratar un abogado o pedirle a un pariente, amigo u otro representante que hable por él/ella. El caso del beneficiario comenzará tan pronto como la OAH **reciba** el formulario de solicitud de apelación llenado por el beneficiario. La OAH o la Red de Mediación de Carolina del Norte se comunicarán con el beneficiario para discutir su caso y para ofrecerle una oportunidad de mediación para intentar resolver la apelación. La comunicación se hará por vía telefónica o por **envío postal rastreable**. Por tal motivo, es importante aceptar todos los **envíos postales rastreables** de la OAH o del centro de mediación.

Durante cualquier momento del proceso de mediación y apelación, se podrán presentar nuevas informaciones sobre la solicitud del beneficiario que no hayan sido proporcionadas previamente a Medicaid. Si bien la mediación es un proceso informal, **es confidencial y legalmente vinculante.**

Si el beneficiario no acepta la oferta ni los resultados de la mediación, el caso procederá a una audiencia con la participación de un Juez de Derecho Administrativo con la OAH. El beneficiario recibirá una notificación por **envío postal rastreable** de la fecha, hora y lugar de la audiencia. El Juez de Derecho Administrativo tomará una decisión y la enviará a Medicaid para fines de una decisión final de la agencia. El(los) demandante(s) recibirá(n) por **envío postal rastreable** una copia por escrito tanto de la decisión del Juez de Derecho Administrativo como de la decisión final de la agencia de Medicaid. El beneficiario y el proveedor no deberán actuar en consecuencia con la decisión del Juez de Derecho Administrativo antes de que Medicaid examine la decisión y emita la decisión final de la agencia. Si no está de acuerdo con la decisión final de la agencia de Medicaid, el beneficiario podrá solicitar una vista judicial en un tribunal superior. El proceso de la audiencia debe finalizar en un lapso no mayor de 90 días a partir de la recepción por parte de la OAH del Formulario de Solicitud de Audiencia del Beneficiario (completado).

***IMPLEMENTACIÓN DE LA DECISIÓN FINAL DE LA AGENCIA*: AL RECIBIR LA DECISIÓN FINAL DE LA AGENCIA DE MEDICAID, EL BENEFICIARIO DEBERÁ NOTIFICARLA AL PROVEEDOR.**

La decisión final de la agencia deberá implementarse en un lapso no mayor de tres días hábiles a partir de la fecha de envío postal al(a los) demandante(s). Si se aprueba el servicio, el aviso contendrá las condiciones bajo las que se prestará el servicio y cuándo se deberán presentar nuevas solicitudes de servicios.

***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EL PROCESO APELACIÓN (mantenimiento de los servicios):*** El "mantenimiento de los servicios" significa que un beneficiario tiene derecho a recibir servicios durante el curso de la apelación cuando la solicitud de continuación de un servicio se deniega, reduce, cancela o suspende. El mantenimiento de los servicios se proporcionará tal como se describe a continuación siempre y cuando el beneficiario siga por lo demás reuniendo los requisitos de Medicaid, a menos que él/ella renuncie a este derecho.

- Si el beneficiario apela en un lapso no mayor de **10 días a partir de la fecha de envío postal del aviso**, la autorización de pago de los servicios continuará sin suspenderse el servicio. La autorización de pago deberá estar al nivel requerido a estar autorizado en el día inmediatamente anterior a la determinación adversa o al nivel requerido por el proveedor, lo que sea menor.
- Si el beneficiario apela en un lapso mayor de 10 días naturales pero dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de envío postal del aviso, la autorización de pago deberá restituirse de manera retroactiva hasta la fecha en que la OAH haya recibido el formulario de solicitud de apelación completado. La autorización de pago deberá estar al nivel requerido a estar autorizado en el día inmediatamente anterior a la determinación adversa o al nivel requerido por el proveedor, lo que sea menor.

**No** se autorizará el mantenimiento de los servicios (autorización de pago durante el curso de la apelación) en los siguientes casos:

- Si el beneficiario apela en un lapso mayor de 30 días después de la fecha de envío postal del aviso.
- Si la solicitud de servicio por parte del beneficiario se presentó después de haberse vencido la autorización actual de los servicios. Medicaid tratará esta solicitud como inicial y no como una solicitud de reautorización o de continuación.

**Nota: El mantenimiento de los servicios finalizará después de la decisión final de la agencia.**

***CAMBIO DE PROVEEDORES:* Los** beneficiarios de Medicaid tienen derecho a cambiar de proveedor tal como se indica a continuación.

**Durante el proceso apelación, cierre del negocio, servicios CAP, otros servicios de largo plazo**

1. Para beneficiarios de Medicaid que:
   a. hayan apelado una decisión adversa, o
   b. cuya agencia del proveedor se esté cerrando, o
   c. hayan cambiado de proveedor para servicios CAP o
   d. estén cambiando de proveedor para otro servicio con un período de autorización no menor de seis meses, la autorización actual para recibir servicios se transferirá al nuevo proveedor en un lapso no mayor de cinco (5) días hábiles a partir de la notificación por parte del nuevo proveedor al vendedor de revisión de utilización adecuado y luego de la presentación de una atestación por escrito de que la prestación del servicio cumple con las normas de Medicaid y que la condición del beneficiario reúne los criterios de cobertura y aceptación de toda la responsabilidad asociada; <u>y se presente uno de los dos documentos siguientes:</u> un permiso por escrito del beneficiario o de su representante legal para que se efectúe la transferencia, o bien, una copia del alta del paciente por parte del proveedor anterior.
2. La autorización se hará efectiva en la fecha en que el nuevo proveedor presente una copia de la atestación por escrito.
3. A continuación de la apelación o antes de finalizar el período de autorización actual, el nuevo proveedor deberá presentar una solicitud de reautorización del servicio en cumplimiento de los requisitos de las políticas de cobertura clínica y de estos procedimientos.

**En cualquier otro momento**

Los beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de proveedor en cualquier otro momento. Sin embargo, el proveedor saliente y el nuevo proveedor deberán observar todos los requisitos de las políticas y de estos procedimientos.

***PARA OBTENER ASISTENCIA LEGAL:*** En caso de tener preguntas sobre asistencia legal, los beneficiarios o sus representantes personales podrán ponerse en contacto con la organización de Asistencia Jurídica de Carolina del Norte (*Legal Aid of North Carolina*) llamando al teléfono 919-856-2564 o al teléfono gratuito 1-866-369-693. Los beneficiarios con discapacidades podrán también ponerse en contacto con la organización de Derechos de Personas con Discapacidades de Carolina del Norte (*Disability Rights of North Carolina*) llamando al teléfono 1-877-235-4210.

***PREGUNTAS SOBRE LOS PROCESOS DE APROBACIÓN PREVIA DE MEDICAID Y DE AUDIENCIAS DE BENEFICIARIOS DE MEDICAID:*** Si tiene preguntas acerca de la decisión de Medicaid sobre la solicitud de servicio por parte del proveedor, sírvase comunicarse con Medicaid o visitar la página web *Your Rights* (Sus Derechos) especificada a continuación.

http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm

Las preguntas sobre el proceso apelación podrán enviarse a la OAH o a la Unidad de Apelaciones, División de Asistencia Médica (*Appeals Unit, Division of Medical Assistance*) (Medicaid). La información de contacto de la agencia aparece en la página web *Your Rights*.