

Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños en Carolina del Norte



nc department of health and human services



**Departamento de Salud y Servicios Sociales
del Estado de Carolina del Norte
División de Asistencia Médica
Sistemas de Información Electrónicos (EIS)
de Servicios a los Usuarios**

1985 Umstead Drive • 2501 Mail Service Center • Raleigh, N.C. 27699-2501

Courier Number 56-20-06

Estimado residente interesado,

En un esfuerzo para brindarle información sobre los programas de Medicaid para las familias y los niños, hemos creado este manual titulado **Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños en Carolina del Norte**. Si bien este manual no responde todas las preguntas, le proporciona un resumen de los programas, los requisitos para tener derecho a ellos y los servicios que se cubren.

Si cualquier información en este manual contradice los Estatutos Generales, las regulaciones federales o las políticas de la División de Asistencia Médica, en ese caso prevalecerán los Estatutos Generales, las regulaciones federales y las políticas.

Por favor conserve este manual como una referencia. Le sugerimos anotar el número de teléfono del departamento de servicios sociales del condado local al reverso de la portada para tenerlo a la mano. El personal de su agencia local trabaja con dedicación para asegurar que todos nuestros residentes reciban todos los beneficios a los cuales tienen derecho.

La División de Asistencia Médica también está empeñada en brindarle la información más completa sobre los programas y servicios disponibles de Medicaid. Estamos orgullosos de lo que nuestros legisladores nos han permitido proporcionar a los residentes de este Estado.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los Programas de Medicaid para Adultos, existe un manual titulado **Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud de Medicaid para las Personas de Edad Avanzada, los Ciegos y los Discapacitados en Carolina del Norte**. También existe un manual para los residentes que están en el programa Medicare, titulado **Guía del Usuario de los Programas de Ahorro de Medicare dentro del Programa Medicaid en Carolina del Norte**. Para recibir dichos manuales, usted puede ponerse en contacto con el departamento de servicios sociales de su localidad o con el servicio CARE-LINE de Información y Referencia a Servicios que se indica en este manual. Solicite hablar con un representante de la Sección de Servicios a los Usuarios y Proveedores, Unidad de Cualificación para Medicaid. También puede ver esta información en Internet en el siguiente sitio: www.dhhs.state.nc.us/dma

Gracias por su interés en nuestros programas. Esperamos que la información le sea de utilidad.

La División de Asistencia Médica

Índice

¿Qué es Medicaid?	3
Lo que usted puede esperar de Medicaid?	4
Los Programas de Medicaid	4
Términos y Definiciones	5
Usted Puede Tener Derecho a Medicaid si	7
Niveles de Ingresos	8
Para Solicitar Medicaid	9
Su Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID)	10
Cómo Será Su Tarjeta de Medicaid.....	10
Cuando Usted Necesite Ir a la Farmacia	11
Si Usted No Recibe Su Tarjeta	12
Si Usted Pierde Su Tarjeta	12
Carolina ACCESS (Atención Médica Administrada)	13
Opciones de HMOs (Atención Médica Administrada)	15
Otras Opciones de Cobertura: <i>Health Check</i> (Seguro de Salud para niños).....	17
Otras Opciones de Cobertura: Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW)	18
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con Retraso Mental/Discapacidades del Desarrollo (CAP/MR/DD)....	19
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Niños (CAP/C)	21
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con SIDA (CAP/AIDS)	22
Cuando Usted Necesita Aprobación Previa	23
Pagos Compartidos	24
Los Servicios que Están Cubiertos	25
Cuando usted va al médico	40
Cuando su doctor lo interna en el hospital.....	42
Cuando usted va al hospital y regresa a su domicilio el mismo día.....	43
Cuando usted o un miembro de su familia está en una institución de convalecencia ...	44
Cuando usted va al dentista	45
Cuando usted va al quiropráctico	46
Cuando usted va al podiatra (médico de los pies)	47
Cuando usted necesita equipos médicos duraderos	48
Cuando usted necesita anteojos	49
Cuando usted necesita prótesis auditiva.....	50
Cuando usted necesita asistencia con el transporte a los proveedores de servicios médicos	51
Si le niegan una solicitud de servicio de Medicaid	52
Preguntas Frecuentes	52
Aviso de Normas de Privacidad.....	55

Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños

Bienvenido a la “**Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños en Carolina del Norte**”. Esta información le ayudará a entender lo que es Medicaid y qué es lo que cubre. Este manual es para:

- Individuos o parejas que viven junto con sus hijos
- Individuos o parejas que esperan un hijo
- Proveedores de servicios de salud
- Otras personas que buscan información sobre Medicaid

ESTE MANUAL ES SÓLO UN RESUMEN

Para obtener más información o averiguar si usted tiene derecho a Medicaid, llame al departamento de servicios sociales (DSS) en su localidad. El número de teléfono está en la guía telefónica local. Busque en la sección de Entidades del Condado. Si no puede encontrarlo, llame al teléfono del servicio CARE-LINE de Información y Referencia a Servicios al: 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill marque el 919-733-4261. Las personas con impedimentos de audición (sordos) pueden llamar a esos números o a la línea especial TTY (919) 733-4851. La línea telefónica CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos estatales. Cuenta con un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a los usuarios que hablan español.

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa de seguro de salud para aquellas personas cuyos ingresos son tan bajos que no pueden pagar los costos de los cuidados de salud. Medicaid está regido por leyes federales y estatales, en especial respecto a los límites de los ingresos. Para recibir Medicaid, usted tiene que cumplir los requisitos. Consulte las páginas 9 y 10 para averiguar si usted tiene derecho.

MEDICAID NO ES el Programa *WORK FIRST*. USTED NO NECESITA ESTAR RECIBIENDO BENEFICIOS DE *WORK FIRST* PARA TENER DERECHO A MEDICAID. CONSULTE LAS PÁGINAS 8 y 9.

Lo Que Usted Puede Esperar de Medicaid

- Las personas que tienen Medicaid reciben una Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID), la cual es su tarjeta de seguro.
- Existen pagos compartidos (copagos) para algunos servicios.
- Medicaid tiene diferentes tipos de cobertura para personas con distintas necesidades. Por ejemplo, las mujeres embarazadas tienen un paquete especial de beneficios sólo para ellas.
- Para recibir Medicaid, usted no tiene que someterse a un examen médico o a cualquier otro examen. Sin embargo, si está solicitando Medicaid porque está embarazada, es necesario comprobar que está embarazada. No puede ser rechazado por Medicaid debido a algún problema de salud que usted ya tenga. En vez de esto, Medicaid se basa en la situación financiera de su familia. No necesita tener una necesidad de tipo médico.

Los Programas de Medicaid

Estos son los programas más comunes sobre los que escuchará hablar a la persona que trabaja en su caso:

Medicaid para Familias con Hijos Dependientes (MAF) – Seguro de salud para padres solteros o parejas con hijos menores de 19 años en su hogar, o para los hijos de 19 a 20 años de edad.

Medicaid para Infantes y Niños (MIC) – Seguro de salud para menores de 19 años cuyos padres tienen ingresos por debajo de los límites que figuran en la lista de la página 9.

Health Check – Seguro de salud preventivo para todos los niños menores de 21 años que tienen cobertura de Medicaid.

Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW) – Seguro de salud para mujeres embarazadas cuyos ingresos están por debajo de los límites que figuran en la lista de la página 9.

Programa de Asistencia Familiar Work First (WFFA) – Dinero en efectivo y el programa Medicaid para familias con hijos menores de edad (también conocido como TANF).

Términos y Definiciones

Hijo	Una persona menor de 21 años que vive en su hogar.
Pago Compartido (Copago)	La parte del cobro por el tratamiento que debe pagar quien lo recibe.
Categoría de cobertura	El tipo de cobertura de Medicaid que usted tiene según el paquete de servicios médicos que incluye.
Servicios cubiertos	Los servicios médicos, de salud mental, dentales, preventivos, de cuidado a largo plazo u otras necesidades de tratamiento por las que paga Medicaid.
Deducible (o gastos pagados por el usuario)	Es el monto de los gastos médicos que usted es responsable de pagar antes de obtener Medicaid. Por lo general se requiere de aquellas personas cuyos ingresos están por encima del límite. Si le han dicho que sus ingresos son demasiado elevados para obtener Medicaid y usted tiene gastos médicos que pagar, pregúntele a la persona del Departamento de Servicios Sociales (DSS) a cargo de su caso qué cantidad de dinero de esos gastos deberá usted pagar antes de obtener Medicaid.
Departamento de Servicios Sociales (DSS)	Según las leyes del estado, los departamentos de servicios sociales de los condados (DSS) son responsables de la administración de los programas de Medicaid, incluyendo el seguro de salud para niños <i>NC Health Choice for Children</i> . El número de teléfono está en su guía telefónica local. Busque en la sección de entidades de gobierno del condado o llame a la línea CARE-LINE. Consulte los números telefónicos en la página 4.
División de Asistencia Médica (DMA)	Es la agencia de Medicaid del Estado de Carolina del Norte responsable de la administración del programa Medicaid.
Programa Health Check	Servicios especiales de Medicaid para menores de 21 años, los cuales incluyen exámenes de niños sanos, exámenes médicos y el tratamiento de problemas de salud o enfermedades. Consulte la página 18.
Atención Médica Administrada	El Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid ofrece a los usuarios una red de médicos de atención primaria dentro del estado conocida como <i>Carolina ACCESS</i> . En algunos condados está disponible la cobertura de seguro en Organizaciones privadas de Atención Médica Administrada (HMO, por sus siglas en inglés). La atención médica administrada significa que

usted tiene un proveedor principal de atención médica quien es responsable de proporcionar o coordinar los servicios médicos que usted necesita.

NC Health Choice for Children

Seguro de salud para niños y jóvenes hasta los 18 años con ingresos familiares iguales o por debajo del 200% del nivel de pobreza señalado por el gobierno federal. Estos niños no pueden tener derecho a Medicaid o estar cubiertos por un seguro de salud privado.

Servicios No Cubiertos

Ciertos servicios médicos, de salud mental, dentales, preventivos, de cuidado a largo plazo u otros servicios no cubiertos por Medicaid.

Condición Preexistente

Una condición médica o problema de salud que usted tenía antes de solicitar Medicaid.

Medicamento por Receta

Un medicamento que sólo puede ser adquirido mediante la receta escrita por un médico. Medicaid no cubre medicamentos que están aún en estudio. El medicamento debe haber sido aprobado por la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Proveedor Principal de Atención Médica

Un proveedor de atención médica del programa Carolina ACCESS quien proporciona o bien, coordina los servicios médicos necesarios para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Aprobación Previa

El proceso que asegura que ciertos tipos de servicios sean necesarios según el médico antes de serle proporcionados al usuario. Algunos servicios que requieren de aprobación previa son servicios dentales, de la visión, psiquiatría y transferencia a una institución de convalecencia.

Límites de los Recursos de los Usuarios

Los *límites de los ingresos* incluyen el más alto monto de ingresos mensuales contables que usted puede recibir y aún tener derecho a Medicaid. Los *límites de la cobertura* se refieren a cuántas veces y con cuánta frecuencia pagará Medicaid por los servicios que cubre, o cuándo sólo cierta clase de profesionales médicos pueden brindar dicho servicio. Por ejemplo, los adultos sólo pueden recibir anteojos una vez cada 2 años. Los *límites del programa* incluyen el más alto monto de recursos contables o bienes que usted puede poseer y aún tener derecho a Medicaid.

Usted Puede Obtener Medicaid si...

- Es un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero que llena los requisitos y
- Usted reside en Carolina del Norte y
- Usted tiene un Número de Seguro Social o ha solicitado uno

y

A. Usted recibe un cheque de uno de los siguientes programas:

1. Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI)
2. Asistencia Familiar *Work First* (WFFA)
3. Asistencia Especial del Condado para Personas de Edad Avanzada o los Discapacitados (SAA o SAD)
4. Asistencia Especial para los Ciegos (SAB)

o

B. Si sus ingresos contables llenan los requisitos para tener derecho al programa dentro de una de las categorías que se mencionan a continuación:

1. Edad (65 años o más), personas ciegas o discapacitadas. Consulte la **Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud de Medicaid para las Personas de Edad Avanzada, los Ciegos y los Discapacitados en Carolina del Norte.**
2. Familias con hijos menores de 19 años (para los padres y otros adultos, los recursos financieros deben estar por debajo de cierta cantidad).
3. Personas menores de 21 años.
4. Mujeres embarazadas solteras o casadas.
5. Niños que reciben asistencia por adopción o en hogares de crianza.

Niveles de Ingresos

Ya que Medicaid es un seguro de salud para aquellas personas de bajos ingresos, aquellos que aún no están recibiendo una asignación del gobierno (consultar parte A, página 8) deben llenar los requisitos respecto a sus ingresos. Esto significa que los ingresos que perciben después de las deducciones permitidas son comparados con un nivel de ingresos establecido de acuerdo al número de miembros de una familia. Los montos que aparecen a continuación cambian cada año en el mes de abril. Esta tabla muestra el monto de los ingresos vigentes de abril 1, 2003 hasta marzo 31, 2004.

Niveles de Ingresos Anuales				
Número de Personas en el Hogar	Mujeres Embarazadas y Bebés de menos de 1 año a partir del 1º de abril del 2003 (MPW y MIC)	Niños de 1 a 5 años a partir del 1º de abril del 2003 (MIC)	Niños de 6 a 18 años a partir del 1º de abril del 2003 (MIC)	Familias con hijos menores de 19 años o de 19 a 20 años a partir del 1º de abril del 2003
1	\$ 16,613	\$ 11,944	\$ 8,980	\$ 2,904-\$ 4,344
2	\$ 22,422	\$ 16,120	\$ 12,120	\$ 3,804-\$ 5,664
3	\$ 28,231	\$ 20,296	\$ 15,260	\$ 4,404-\$ 6,528
4	\$ 34,040	\$ 24,472	\$ 18,400	\$ 4,800-\$ 7,128
5	\$ 39,849	\$ 28,649	\$ 21,540	\$ 5,196-\$ 7,776
6	\$ 45,658	\$ 32,824	\$ 24,680	\$ 5,604-\$ 8,376
7	\$ 51,467	\$ 37,001	\$ 27,820	\$ 6,000-\$ 8,952
8	\$ 57,276	\$ 41,177	\$ 30,960	\$ 6,300-\$ 9,264
Por cada hijo(a) adicional añadir...	+\$ 5,809	+\$ 4,177	+\$ 3,140	Pregúntele a la persona a cargo de su caso

Una mujer embarazada cuenta como 2 personas en el hogar.

Si sus ingresos son mayores que estos montos, usted **aún podría** tener derecho si tiene cuentas médicas que no puede pagar, o si usted espera tener tratamiento médico en un futuro cercano. Es posible que usted tenga que desembolsar un **monto deducible** antes que Medicaid pague las cuentas. Llame al Departamento de Servicios Sociales de su localidad para averiguar cuál sería el monto deducible en su caso.

Además, si usted está solicitando la ayuda para sí mismo como adulto, usted no puede poseer bienes valorados en más de \$ 3,000, tales como ahorros en el banco. No hay límites para el valor de los bienes en el caso de mujeres embarazadas o de menores hasta la edad de 18 años.

Si el nivel de sus ingresos o de sus bienes está por encima de los niveles que le dan derecho a Medicaid, usted puede solicitar el seguro de salud para niños del programa *North Carolina Health Choice for Children* (NCHC, por sus siglas en inglés). NCHC también ofrece un seguro de salud para menores de hasta 19 años de edad. NCHC se basa en niveles de ingresos de hasta 200% por encima del Nivel Oficial de Pobreza establecido por el Gobierno Federal. Proporciona un paquete de beneficios de cuidados de salud para menores hasta los 18 años. Para obtener un formulario de solicitud, llame al departamento de servicios sociales de su localidad o a la Línea Telefónica de Recursos para las Familias al teléfono 1-800-FOR-BABY(1-800-367-2229, llamada gratuita).

Para Solicitar Medicaid

Como con cualquier seguro de salud, usted tendrá que llenar una solicitud. Para obtener el formulario de solicitud, llame al departamento de servicios sociales en su localidad. También puede pedir que le envíen un formulario por correo a su domicilio. Si necesita ayuda para llenarlo, acuda al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y un trabajador social le dará un formulario de solicitud y le ayudará a llenarlo. También puede pedir un formulario de solicitud en su departamento de salud local.

Cuando usted vaya al departamento de servicios sociales a presentar la solicitud...

Usted necesitará mostrar pruebas de que tiene derecho a Medicaid. Si es posible, lleve todo lo que se menciona en esta lista cuando usted vaya a presentar la solicitud. Si usted no puede obtener todos los documentos, por favor presente la solicitud de todas maneras. Usted puede proveer la información después de presentar la solicitud. Solicite la ayuda del trabajador social si la necesita.

- Certificados de nacimiento u otra prueba legal en el caso de menores de 21 años;
- Copias de todos los talones de sueldo del último mes;
- Su tarjeta de seguro social o una prueba de que usted ha solicitado una para sí mismo o para cualquier persona para la cual usted está solicitando los beneficios;
- Copias de todas las pólizas de su seguro de salud (médico) o de vida y las de todos los miembros de su familia que solicitan Medicaid;
- Una lista de automóviles, camionetas, motocicletas u otros vehículos que posea usted o cualquiera de los miembros de su hogar;
- Documentos actuales de estados financieros (como estados de cuenta del banco);
- Documentos actuales de estados financieros de otras fuentes de ingresos familiares, tales como seguro social, beneficios o pensiones de jubilación, beneficios de veteranos, Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI), pagos de manutención de los hijos u otras fuentes de ingresos;
- En caso de que los solicitantes no sean ciudadanos de los EE.UU., deben mostrar prueba de su estatus migratorio como residentes permanentes;
- Pruebas de su embarazo (un certificado del médico o una nota de otro profesional de la salud) si usted está solicitando Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW).

El departamento de servicios sociales en su localidad determinará si usted tiene derecho a recibir los beneficios de Medicaid. Es posible que le soliciten más información mientras ellos deciden si usted tiene derecho. Una vez que les haya dado toda la información que le pidan, usted recibirá una notificación por correo que le informará si puede recibir Medicaid o no. Esta notificación también le dará información acerca de su derecho a apelar la decisión tomada por la agencia.

Cada vez que haya un cambio en su caso, o si usted ya no cumple con los requisitos, usted recibirá una notificación explicándole el por qué de los cambios o de la terminación de su caso e informándole acerca de su derecho a apelar.

Si hay un cambio en sus ingresos o sus bienes, si usted se casa o se divorcia, si su cónyuge fallece o usted le da o vende sus bienes a otra persona, usted debe notificárselo a su trabajador(a) social dentro en un período de 10 días. Antes de que realice la transferencia de cualquier tipo de propiedad, dinero u otros bienes, comuníquese con su trabajador(a) social.

Después de aceptarse su solicitud se le entregará una Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID)

El trabajador social a cargo de su caso le enviará una notificación informándole que su solicitud ha sido aprobada. Cada mes recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid por correo.

Usted debe llevar su tarjeta **ACTUALIZADA** consigo cada vez que usted o un miembro de su familia vayan al médico, al hospital o a cualquier proveedor de servicios de salud, incluyendo al farmacéutico. Como con cualquier seguro, su tarjeta de Medicaid es la prueba de que usted está cubierto.

Si no presenta la tarjeta de Medicaid a la persona que lo trata a usted o a un miembro de su familia, esa persona no sabrá si usted está cubierto por Medicaid. Entonces puede que usted sea responsable de pagar el costo completo del tratamiento o de los medicamentos recetados.

Mientras usted continúe teniendo derecho a Medicaid recibirá una nueva tarjeta para cada mes.

SIEMPRE LLEVE LA TARJETA CONSIGO

Cómo Será su Tarjeta de Medicaid

Usted recibirá una tarjeta ya sea de color azul o rosado.

Una tarjeta AZUL significa que usted tiene la cobertura regular de Medicaid para Infantes y Niños (MIC) o para Familias con Hijos Menores de Edad (MAF).

Si usted está inscrito en el programa de *Carolina ACCESS* (CA) o en un plan de seguro médico comercial (HMO), el nombre de su médico de *Carolina ACCESS* o los números de teléfono de su HMO estarán impresos en su tarjeta.

(Talón de la farmacia—vea la página siguiente)

Una tarjeta rosada significa que usted tiene Medicaid para mujeres embarazadas. Usted también puede estar inscrito(a) en el programa Carolina ACCESS (CA).

Cuando Usted Necesite Ir a la Farmacia

Cuando usted reciba su tarjeta mensual de Medicaid, ésta tendrá un talón que su farmacéutico deberá archivar en su expediente. Cuando usted compre medicamentos recetados por un médico, **usted deberá acudir al mismo farmacéutico todo el mes y mostrarle su tarjeta cada vez que necesite recoger los medicamentos que le ha recetado el médico.** Si así lo desea usted puede cambiar de farmacéutico el siguiente mes, cuando obtenga una tarjeta nueva con un nuevo talón.

Sólo los medicamentos que requieren de la receta escrita por un médico están cubiertos por Medicaid. Si usted está adquiriendo un medicamento que tiene una leyenda impresa del gobierno Federal o insulina, usted debe tener la receta escrita por un médico si quiere que Medicaid pague por el medicamento. Si usted puede adquirir el medicamento sin la receta escrita por un médico, como en el caso de vitaminas o ibuprofeno, Medicaid no pagará por el mismo.

Un Límite de 6 recetas

Una persona mayor de 21 años que no tenga una enfermedad que ponga en riesgo su vida sólo puede adquirir 6 recetas al mes. **Consulte la página 44 para ver las excepciones.** Las beneficiarias del programa Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW) están sujetas al límite de 6 recetas al mes sin importar su edad.

Pago Compartido de las Recetas

Todas las personas mayores de 21 años deben hacer un pago compartido o copago de un dólar (\$1) por cada receta genérica y tres dólares (\$3) por cada receta de marca. Las mujeres embarazadas están exentas de los pagos compartidos. No hay pagos compartidos cuando una receta se adquiere para un menor (excepto las píldoras anticonceptivas). **Consulte la página 25 para ver otras excepciones.**

Medicaid **NO** pagará por lo siguiente:

1. Medicamentos que la FDA (Agencia Federal de Medicamentos y Alimentos) no ha aprobado.
2. Medicamentos que no están sujetos a reembolso (hechos por una compañía farmacéutica que no ha firmado un acuerdo de reembolso con la dependencia Medicaid del estado).
3. Medicamentos que se venden sin la receta de un médico, tales como aspirina, medicamentos para el resfrío o vitaminas.

Si Usted No Recibe Su Tarjeta de Medicaid...

Hacia el décimo día del mes, hable con el trabajador social a cargo de su caso para cerciorarse de que su tarjeta fue emitida. Si usted y la persona a cargo de su caso no pueden encontrar su tarjeta, usted obtendrá una tarjeta de reemplazo. Es posible que la tarjeta de reemplazo venga sin el talón de la farmacia adjunto. Ya que los límites de servicios no se aplican a personas menores de 21 años, es posible que las tarjetas de reemplazo para los niños y jóvenes aún vengan con el talón adjunto.

Si Usted Pierde Su Tarjeta...

Antes del fin del mes, hable con el departamento de servicios sociales de su condado y solicite una tarjeta de reemplazo.

ES POSIBLE QUE LA TARJETA DE REEMPLAZO VENGA SIN EL TALÓN DE LA FARMACIA ADJUNTO. PREGÚNTELE AL TRABAJADOR SOCIAL A CARGO DE SU CASO CÓMO HACER QUE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETÓ EL MÉDICO SEAN CUBIERTOS (PAGADOS) POR MEDICAID.

Carolina ACCESS (Atención Médica Administrada)

Definición: Carolina ACCESS es un programa de Atención Médica Administrada que le permite elegir su propio médico de atención primaria (PCP). Su PCP le proveerá o bien coordinará la mayor parte de los servicios médicos que usted necesite incluyendo los servicios preventivos como chequeos para adultos y niños, papanicolaos y mamogramas cuando sea apropiado. Su PCP debe ofrecer ciertos servicios antes de que él o ella pueda unirse al programa de Carolina ACCESS. Estos servicios son importantes si usted necesita comunicarse con un proveedor de salud después de horas de oficina o si usted tiene que ser admitido en un hospital. Si necesita servicios médicos que su proveedor no ofrece, entonces él o ella lo referirá a un especialista.

Quiénes Tienen Derecho:

Usted debe participar en este programa, salvo que usted reciba Medicaid como mujer embarazada, como un menor en un hogar de crianza (*Foster home*) o esté recibiendo Medicare. Usted debe inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada (ya sea Carolina ACCESS o una organización de atención médica administrada en el condado de Mecklenburg) si usted recibe asistencia bajo cualquiera de los siguientes programas de Medicaid:

- Programa de Asistencia Familiar Work First (WFFA)
- Medicaid para Familias e Hijos Menores de Edad (MAF)
- Medicaid para Infantes y Niños (MIC)

Usted puede elegir entre inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada o no si usted recibe Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW) o si usted tiene derecho tanto a Medicaid como a Medicare.

Si usted recibe asistencia como un refugiado o como un extranjero (no ciudadano), usted no tiene derecho a inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada.

Los Beneficios de Carolina ACCESS:

Al participar en el programa de Carolina ACCESS usted tendrá

- Un proveedor de salud quien le proveerá o bien coordinará los servicios médicos que usted necesite;
- Acceso telefónico a asesoría médica las 24 horas;
- La oportunidad de elegir un médico de atención primaria de una lista de proveedores participantes. Cada uno de los miembros de una familia puede tener un PCP distinto.
- Una tarjeta de Medicaid con el nombre de su PCP, su dirección y números de teléfono impresos en el frente de la tarjeta.
 - Mejor acceso a servicios médicos preventivos normales debido a que se tiene una relación establecida con su PCP; y
- Acceso a información sobre el plan y cómo obtener servicios médicos en su condado y de su PCP.

Servicios Que No Requieren

Autorización Previa: Son servicios que no requieren de la referencia o autorización de su Médico de Atención Primaria o PCP cuando el nombre de su médico está impreso en su tarjeta Medicaid. Algunos de los servicios son:

- Ambulancia
- Anestesiología
- Administración de casos de riesgo
- Servicios CAP (Programas de alternativas en la comunidad)
- Enfermera anestésista certificada
- Coordinación de atención infantil
- Servicios dentales
- Centros de evaluación del desarrollo
- Análisis de la vista rutinarios y tratamiento para conjuntivitis
- Planificación familiar (incluyendo el anticonceptivo Norplant)
- Servicios del Departamento de Salud
- Prótesis auditiva (para menores de 21 años)
- Cuidados paliativos para pacientes desahuciados
- Servicios de laboratorio en hospitales e instituciones independientes
- Coordinación de cuidado del embarazo
- Artículos ópticos y aditamentos de ayuda visual
- Servicios de patología
- Farmacia
- Servicios de salud mental y psiquiatría
- Radiología (solamente incluye los servicios proporcionados por un radiólogo con número de proveedor)
- Servicios proporcionados por las escuelas y los programas Head Start

Si necesita ayuda con cualquiera de los servicios mencionados anteriormente, sea tan amable de comunicarse a la línea de asistencia telefónica gratuita al 1-888-245-0179

Al Inicio de la Inscripción:

- Establezca su Médico de Atención Primaria o PCP de INMEDIATO.
- Traiga consigo su tarjeta actualizada de Medicaid cada vez que solicite algún servicio médico
- Hable con su PCP antes de acudir con cualquier otro médico o de solicitar atención médica especializada
- Hable con su PCP antes de ir a la sala de emergencias si el problema no es una emergencia
- Vaya a la sala de emergencias sólo cuando se trate de una emergencia
- Algunos servicios no requieren de la aprobación de un PCP, por ejemplo, los servicios dentales, de salud mental, etc.
- Acuda a los servicios de cuidado preventivo, p. ej. Exámenes Médicos, vacunación, chequeos generales.
- Si no puede asistir a su cita, llame lo más pronto posible para cancelarla.

Si usted necesita cambiar al médico de atención primaria que figura en su tarjeta, por favor llame al trabajador social del departamento de servicios sociales que está a cargo de su caso.

Opciones de HMOs (Atención Médica Administrada)

Definición: Una HMO, por sus siglas (Health Maintenance Organization) en inglés, es una organización para el Cuidado de la Salud que tiene un contrato con el estado para brindarle servicios médicos a los beneficiarios en el Condado de Mecklenburg.

Lo que Medicaid

Cubrirá: Medicaid cubrirá todos los servicios en el caso de quienes estén inscritos en una organización HMO, aunque algunos servicios no se brinden a través de la organización HMO. En algunos casos, la organización HMO ofrece cobertura adicional por encima del mínimo requerido. Las personas inscritas en la organización HMO por lo general no hacen los pagos compartidos o copagos rutinarios por los servicios brindados por la organización HMO.

Servicios Fuera

del Plan de Seguro: Los beneficios fuera del plan de seguro no exigen una referencia de su PCP. Si usted necesita ayuda con cualquiera de estos servicios, llame al número de teléfono de servicio a miembros que figura en su tarjeta de Medicaid. **Los servicios fuera del plan de seguro incluyen, pero no se limitan a:**

- Servicios dentales
- Medicamentos recetados por un médico
- Terapias relacionadas con el aprendizaje en la escuela y con el programa Head Start.

Servicios Cubiertos por el Plan de Seguro:

Si usted está inscrito en una organización HMO, usted recibirá todos los servicios que cubre Medicaid. Usted recibirá algunos servicios de la organización HMO y otros servicios pueden ser referidos a un especialista. Usted no es responsable de hacer un pago compartido o copago cuando recibe servicios de su HMO; sin embargo, usted sí es responsable de hacer un copago cuando utiliza un proveedor que no forma parte de la organización HMO. Las personas que están inscritas en HMO reciben una tarjeta de seguro de su organización HMO además de su tarjeta mensual de Medicaid. Usted debe llevar consigo tanto su tarjeta de Medicaid como su tarjeta de HMO cuando obtenga los servicios.

Al Inicio de la Inscripción:

- Establezca su Médico de Atención Primaria o PCP de INMEDIATO.
- Traiga consigo su tarjeta actualizada de Medicaid y su tarjeta de la organización HMO cada vez que solicite algún servicio médico.
- Hable con su PCP antes de ir a cualquier otro médico.
- Hable con su PCP antes de ir a la sala de emergencias si el problema no es una emergencia.
- Vaya a la sala de emergencias sólo cuando se trate de una emergencia.
- Solicite la aprobación de su PCP antes de solicitar los servicios de un especialista.
- Algunos servicios no requieren de la aprobación de un PCP, por ejemplo, los servicios dentales, de salud mental, etc.
- Acuda a los servicios de cuidado preventivo, p. ej. Exámenes Médicos, vacunación, chequeos generales.

Si usted necesita cambiar al médico de atención primaria que figura en su tarjeta, por favor llame al trabajador social del departamento de servicios sociales que está a cargo de su caso.

El programa de North Carolina ACCESS está efectuando algunos cambios para mejorar su atención médica. En algunas partes del estado, los pacientes de Medicaid están recibiendo ayuda de administradores de casos médicos para ayudarles a controlar su enfermedad o bien para que actúen como sus defensores. Estos cambios se aplicarán a todo el estado el próximo año y el programa ACCESS cambiará de nombre a Community Care.

Otras Opciones de Cobertura:

Health Check

Definición: El programa *Health Check* cubre el costo de exámenes médicos para niños menores, una parte importante del cuidado de salud preventivo. Cubre el costo de exámenes en distintas etapas de la vida de los niños, desde su nacimiento hasta los 20 años, así como el diagnóstico y el tratamiento que se requieren si el menor se enferma y la referencia del paciente a un especialista en caso necesario.

Quiénes tienen

Derecho: Los menores de 0 a 20 años. Pregunte al Departamento de Servicios Sociales en su localidad acerca de este programa. Este programa incluye:

Estudios físicos	Especialistas
Vacunas	Atención en el hospital
Atención de la vista	Asesoría
Pruebas de laboratorio	Cirugía
Atención auditiva	Terapias
Medicinas	
Atención dental	

Lo que Medicaid

Cubrirá: Medicaid cubrirá los exámenes de los niños sanos y las vacunas desde el nacimiento hasta los 20 años de edad.

Con Health Check, su hijo puede tener exámenes regulares a las siguientes edades:

de 2 semanas a un mes	2 años
2 meses	3 años
4 meses	4 años
6 meses	5 años
12 meses	6 años
18 meses	Cada 3 años después de los 6 años de edad.

Además del itinerario anterior, se permiten otras consultas bajo las siguientes circunstancias:

- Cuando los pacientes sean referidos por un profesional de salud, del desarrollo o de la educación en base a su determinación de una necesidad médica.
- Cuando los niños requieran de un examen para entrar al kinder o para realizar actividades deportivas.
- Cuando los niños tengan una enfermedad o condición médica diagnosticada que requiera de constante observación.
- Cuando el proveedor de servicios de salud determine que existen indicaciones médicas que hacen necesario programar consultas adicionales.

Análisis de Plomo – todos los niños inscritos en Medicaid deben someterse a un examen de sangre a los 12 y 24 meses de edad.

Si el médico desea programar los exámenes de su niño en otras fechas usted aún estará cubierto por el seguro. El programa antes mencionado es sólo una sugerencia.

Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW):

Definición: El seguro cubrirá los servicios relacionados con el embarazo. Los programas MPW y Baby Love cubren servicios para ayudar a las mujeres embarazadas a tener las mejores posibilidades de dar a luz un bebé sano.

Quiénes tienen Derecho: Las mujeres embarazadas que llenan los requisitos respecto a sus ingresos, los que figuran en la página 8. Usted también puede solicitar este seguro después del parto. También pueden solicitar este seguro las mujeres que han tenido una pérdida del embarazo reciente. No hay un escrutinio de recursos o de bienes.

Lo que Medicaid Cubrirá:

- Cuidado prenatal, el parto y el cuidado posparto.
- Servicios para tratar problemas médicos que puedan complicar el embarazo, incluyendo consultas médicas, servicios dentales, exámenes de laboratorio, pruebas de diagnóstico, medicamentos recetados por un médico, etc.
- Clases de preparación para el parto y sobre el cuidado del bebé.
- Servicios de planificación familiar.
- Coordinación del Cuidado de Maternidad (vea el siguiente punto).

Otras Opciones de Cobertura:

Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW):

Coordinación del Cuidado de Maternidad

Definición: Coordinación del Cuidado de Maternidad es un programa de manejo de casos que asiste a todas las mujeres embarazadas que tienen derecho a Medicaid. Proporciona información acerca del cuidado del embarazo, planificación familiar y recursos en la comunidad para hacer frente a las necesidades y preocupaciones que surjan durante el embarazo y después del parto. Este servicio está disponible en todos los 100 departamentos de salud locales y en la mayoría de los centros de salud comunitarios que ofrecen cuidados prenatales.

Quiénes tienen

Derecho: Todas las mujeres embarazadas que tienen derecho a Medicaid (MAF o MPW).

Para Obtener Más Información Acerca de los Programas Baby Love o Coordinación del Cuidado de Maternidad...

Llame al Servicio de Información y referencia a servicios CARE-LINE al 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill llame al teléfono 919-733-4261. Las personas con discapacidades de la audición pueden llamar a cualquiera de los números anteriores o a la línea telefónica especial de TTY: 919-733-4851. Se cuenta con un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a los usuarios que hablan español. CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos estatales.

La Línea Telefónica de Carolina del Norte sobre Recursos para las Familias, NC Family Resource Line: 1-800-FOR BABY o 1-800-367-2229 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 7 p.m., excepto en los días festivos estatales.

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con Retraso Mental o Discapacidades en el Desarrollo (CAP/MR/DD)

Definición: El programa CAP/MR/DD está diseñado para brindar a las personas con retraso mental o discapacidades en el desarrollo una alternativa al cuidado en una institución de cuidados intermedios (ICF, por sus siglas en inglés) efectiva y económicamente viable. La División de Salud Mental, Discapacidades en el Desarrollo y Servicios de Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) es la principal agencia que administra este programa. La División de Asistencia Médica (DMA) supervisa su operación.

Quiénes tienen

Derecho:

La participación en el programa CAP/MR/DD depende de la disponibilidad de las “vacantes” y de los servicios, así como de si la persona llena los requisitos para el Nivel de Cuidados de ICF-MR/DD. Se requiere de aprobación previa para este nivel de cuidados. Para tener derecho al programa, la persona debe:

- Necesitar tratamiento activo que requiera el nivel de cuidados ICF-MR/DD
- Haber sido diagnosticado con retraso mental o con una condición que se relacione estrechamente con el retraso mental (MR, por sus siglas en inglés).
- Tener retraso mental o una condición relacionada que se manifieste antes de que la persona cumpla 22 años de edad.
- Tener retraso mental o una condición relacionada que resulte en limitaciones funcionales considerables en 3 o más aspectos importantes de su vida.

Lo que Medicaid

Cubrirá:

- Aparatos para asistirle en la comunicación
- Cuidado de Adultos durante el Día
- Cuidado De Salud Diurno para Adultos
- Servicios de asistencia CAP/MR/DD a domicilio (Nivel 1)
- Cuidados personales CAP/MR/DD
- Inclusión en la comunidad
- Estabilización de crisis
- Cuidado Diurno para el Desarrollo
- Servicios prevocacionales
- Entrenamiento de la familia
- Cuidados para que la persona a cargo del cuidado tome un descanso:
 - En una institución
 - En un sitio no institucional en la comunidad o
 - En un sitio no institucional de convalecencia
- Empleo asistido: individual, o de grupo
- Servicios de residencia asistida
- Suministros y equipos
- Adaptación de los vehículos
- Adaptaciones de acceso ambiental

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Niños (CAP/C)

Definición: CAP/C es un programa especial de Medicaid que ofrece una alternativa a la estadía en instituciones para el cuidado de enfermos y al internamiento en el hospital por largo plazo para menores hasta los 18 años que tienen necesidades médicas complejas y viven en un domicilio particular. A CAP/C se le llama a menudo el programa “Katie Beckett” porque fué creado en base al programa que se inició en Iowa para una niña llamada Katie Beckett. El programa ofrece varios servicios especiales de apoyo al cuidado del menor en el hogar.

Quiénes tienen

Derecho: Además de cumplir con los requisitos para Medicaid y tener la necesidad de internamiento en una institución para el cuidado de enfermos o en un hospital a largo plazo, otros requisitos son:

- Tener necesidad de los servicios CAP/C
- Tener los recursos disponibles para el cuidado del menor en el domicilio
- Que el cuidado en la comunidad que se necesita pueda brindarse de una manera más económicamente viable en relación al costo del cuidado en una institución que pagaría Medicaid. El menor debe poder permanecer de manera segura en el domicilio dentro del límite de un costo mensual dado.

Lo que Medicaid

Cubrirá: La DMA determinará si un menor puede participar en el programa. La DMA asigna un trabajador social a cada menor bajo CAP/C y da su aprobación cada vez que el menor necesita recibir los servicios de CAP/C. El trabajador social a cargo del caso evalúa al menor para su posible participación y prepara, coordina y monitorea los servicios CAP/C, así como otros aspectos del cuidado del menor en el domicilio. Los servicios CAP/C que un menor puede recibir además del manejo de su caso son:

- Cuidado Personal CAP/C
- Exención para recibir suministros CAP/C (ropa interior reusable para la incontinencia con forros desechables para menores de dos años o más y suplementos nutricionales orales)
- Aparatos de Ayuda para Movilizarse en el Domicilio (rampas para sillas de ruedas, pasamanos de seguridad, superficies antideslizantes, duchas de mano, barras de apoyo y la ampliación de los umbrales de las puertas para el acceso de las sillas de ruedas).
- Servicios de Enfermería por Horas (RNs o LPNs)
- Cuidados para que la persona a cargo del cuidado tome un descanso (en el domicilio o en una institución).

NOTA:

No es necesario que un Médico de Atención Primaria autorice los servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad (CAP) en el caso de los usuarios de Carolina ACCESS.

Si usted tiene alguna pregunta acerca del Programa de Alternativas en la Comunidad para Niños, llame a la Sección de Cuidados en la Comunidad de la División de Asistencia Médica a través de CARE-LINE (1-800-662-7030) o directamente al: 919-857-4021.

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con SIDA (CAP/AIDS)

Definición: CAP/AIDS es un programa especial de Medicaid que brinda una alternativa al cuidado en una institución para las personas con SIDA, así como para niños que tienen el VIH, virus de inmunodeficiencia humano y que llenan los demás requisitos. La persona debe vivir en una residencia privada. CAP/AIDS es un programa creado conjuntamente con la Unidad de Cuidados del SIDA de la División de Salud Pública. La Unidad de Cuidados del SIDA maneja el programa y la DMA lo supervisa. Los puntos de admisión a este programa son las dependencias locales de manejo de casos de CAP/AIDS. El Gobierno Federal establece el límite de personas que pueden participar cada año en este programa.

Quiénes tienen

Derecho:

Además de tener derecho a Medicaid, el diagnóstico de un médico y la necesidad de recibir cuidados en una institución, otros requisitos incluyen:

- La necesidad de obtener los servicios de CAP/AIDS
- Tener los recursos disponibles para el cuidado de la persona en el domicilio.
- Que el cuidado que el paciente necesita pueda brindarse de una manera más económicamente viable en relación al costo del cuidado en una institución que pagaría Medicaid. El paciente debe poder permanecer de manera segura en el domicilio dentro del límite de un costo mensual dado.

Lo que Medicaid

Cubrirá:

Cada beneficiario de CAP/AIDS tiene un trabajador social a cargo de su caso, quien establece, coordina y monitorea los servicios CAP/AIDS, así como otros aspectos del cuidado del beneficiario en el domicilio. Además del manejo de su caso, los servicios disponibles de CAP/AIDS son:

- Cuidado de Adultos durante el Día
- Exención para recibir suministros CAP/AIDS (ropa interior reusable para la incontinencia con forros desechables, suplementos nutricionales orales y cajas para la administración de medicamentos)
- Aparatos de Ayuda para Movilizarse en el Domicilio (rampas para sillas de ruedas, pasamanos de seguridad, superficies antideslizantes, duchas de mano, barras de apoyo y la ampliación de los umbrales de las puertas para el acceso de las sillas de ruedas).
- Servicios de Asistencia en el Domicilio (Cuidado Personal de Nivel II y III)
- Cuidados para que la persona a cargo del cuidado tome un descanso (en el domicilio o en una institución).
- Sistemas Personales de Respuesta a una Emergencia

NOTA:

No es necesario que un Médico de Atención primaria autorice los servicios CAP en el caso de los usuarios de Carolina ACCESS.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de CAP/AIDS llame a la Unidad de Cuidados del SIDA al teléfono 919-715-3169 o a la Sección de Cuidados en la Comunidad de la División de Asistencia Médica (DMA) al: 919-857-4021.

Cuándo Necesita Usted Aprobación Previa

Medicaid cubrirá algunos servicios ÚNICAMENTE DESPUÉS de que el proveedor de servicios de salud (p.ej. el médico) solicite la aprobación de los mismos. Si usted no obtiene la aprobación previa de dichos servicios, es posible que usted tenga que pagar por el costo íntegro de los mismos.

Su médico o la persona que le brinda el servicio debe obtener primero la aprobación de los siguientes servicios (ésta no es una lista completa):

- Servicios médicos tales como:
 - Aditamentos de ayuda visual
 - Prótesis auditiva
 - Cirugía reconstructiva
 - Transplantes quirúrgicos, excepto transplantes de hueso, tendón, córnea y riñones
 - Servicios médicos fuera del estado que no sean emergencias en un radio de más de 40 millas de la frontera de Carolina del Norte
 - Procedimientos quirúrgicos para la obesidad mórbida, tales como cirugía de injerto abdominal
 - Escisión de queloides (cicatrices)
 - Reducción de los senos
 - Cirugía craneofacial
 - Consultas como paciente externo al psiquiatra después de las ocho primeras consultas para adultos, después de 26 consultas para niños menores de 21 años y todos los servicios psiquiátricos fuera del estado

- Servicios dentales tales como:
 - Tratamiento de las encías o servicios de periodoncia
 - Servicios de ortodoncia para menores de 21 años
 - Procedimientos complejos de cirugía oral
 - Dentaduras postizas completas
 - Dentaduras postizas parciales
 - Relleno de las dentaduras postizas

- Algunos equipos médicos y de oxígeno duraderos
- Reparación de equipos médicos duraderos
- Cualquier pieza de prótesis o equipo corrector
- Servicios de enfermería privados

Además, las mujeres que reciben Medicaid para Mujeres Embarazadas (las que tienen una tarjeta rosada) deben obtener aprobación previa para los siguientes servicios:

- Cuidados paliativos para pacientes desahuciados
- Servicios de Salud en el Domicilio
- Servicios de Cuidado Personal
- Terapia de Infusión en el Domicilio
- Servicios de Optometría (medida de la visión) y óptico (los servicios médicos relacionados con los ojos o el tratamiento de la conjuntivitis o de las infecciones de los ojos no necesitan aprobación previa).
- Podiatría (cuidado médico de los pies)
- Servicios de un Quiropráctico
- Servicios de enfermería privados

Pagos Compartidos (copagos)

Algunos servicios cubiertos por Medicaid requieren que usted efectúe el pago de una suma pequeña al recibir los mismos.

NO hay pagos compartidos o copagos por:

- Servicios a personas menores de 21 años
- Servicios de planificación familiar
- Servicios relacionados con el embarazo
- Examen de salud *Health Check* (ver la página 20)
- Institución de cuidados intermedios para personas con retraso mental
- Hospitales mentales y centros de salud mental
- Servicios en la sala de emergencias
- Servicios de diálisis fuera de un hospital
- Servicios de una Institución de Cuidados de convalecencia (especializada y de nivel intermedio)
- Servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid
- Servicios brindados por una organización HMO privada contratada para dar servicios médicos
- Personas inscritas en una organización HMO
- Equipo médico duradero
- Piezas de prótesis o equipos correctores
- Servicios a las personas que participan en los programas de Alternativas en la Comunidad
- Internamiento en un hospital

Los servicios que requieren de pagos compartidos incluyen los siguientes:

\$ 3.00 por los servicios de un médico

\$ 3.00 por los servicios de un dentista (sólo un pago compartido por servicios que requieren más de una consulta)

\$ 1.00 por medicamentos genéricos recetados y \$ 3.00 por medicamentos de marca

\$ 1.00 por los servicios de un quiropráctico

\$ 1.00 por los servicios de un podiatra

\$ 2.00 por los servicios de optometría

\$ 2.00 por servicios y suministros ópticos

\$ 3.00 por consultas como paciente externo

Si usted no tiene dinero para efectuar el copago al momento de recibir los servicios, el proveedor no puede rehusarse a brindarle los servicios.

Los Servicios que Están Cubiertos

Si bien las siguientes páginas contienen información sobre los servicios que están cubiertos y los que no lo están, ésta no es una lista completa. Está sujeta a cambios, por lo que usted debe solicitar información a su proveedor de servicios de salud o a su farmacéutico. Usted también puede llamar al Servicio de Información y Referencia a Servicios CARE-LINE al teléfono 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill, favor de llamar al 919-733-4261. Las personas con impedimentos de audición pueden llamar a cualquiera de los números anteriores o a la línea telefónica especial TTY al 919-733-4851. La línea CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. excepto en los días festivos estatales. Hay un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a las personas que hablan español.

Usted también puede obtener información en la Internet acerca de la cobertura de los servicios en: <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/consinfo.htm>

Índice

	Página
Servicios de un Médico	26
Servicios Clínicos	26
Internamiento en un Hospital	26
Servicios en un Hospital para Pacientes Externos.....	26
Servicios de Cuidados en una Institución de Convalecencia	27
Centros de Salud Mental.....	27
Servicios Psiquiátricos y Psicológicos	27
Manejo de los Casos de las Personas con Enfermedades Mentales	28
Hospitales de Salud Mental	28
Hospitales de Especialidad en Carolina del Norte	28
Servicios Dentales	29
Servicios Quiroprácticos	29
Podiatras	29
Cuidados Paliativos para Pacientes Desahuciados	30
Equipos Médicos Duraderos	31
Servicios de Salud en el Domicilio	32
Servicios de Cuidado Personal	33
Terapia de Infusión en el Domicilio (HIT).....	34
Servicios de Enfermería Privados	35
Equipos de Ayuda Visual y Auditiva	35
Servicios de Laboratorio	36
Rayos X	36
Servicios de Terapia por un Profesional Independiente	36
Servicios de Salud en Escuelas Públicas o Head Start	37
Anestesia	37
Planificación Familiar	37
Exámenes de Salud en Adultos Sanos	38
Transporte Médico	38
Servicios de Diálisis	39
Servicios de Enfermería	39

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Médico		
Diagnóstico y Consulta	Cubiertos \$ 3.00 de pago compartido por consulta. Ver página 28 referente a las excepciones.	Un máximo de 24 consultas al año (del 1º de julio al 30 de junio) por persona. Consultar las excepciones en la página 44. No se aplica a menores de 21 años.
Terapia	Cubierta. Algunos suministros que el médico usualmente proporciona durante el tratamiento pueden ser cubiertos.	La cobertura de B-12, ACTH e inyecciones de corticosteroides depende del diagnóstico.
Cirugía	Algunos procedimientos quirúrgicos requieren de aprobación previa . Ver página 27. Para los beneficiarios de Carolina ACCESS (CA), todas las consultas a especialistas, incluyendo terapeutas o cirujanos requieren de la autorización previa del médico de atención primaria.	Ver las páginas 44 y 45 para mayor información sobre cobertura.
Servicios Clínicos	Todos los servicios tienen la misma cobertura y restricciones que los mismos servicios brindados fuera de una clínica.	
Servicios del Hospital para paciente interno:	Se aplican algunas restricciones a los servicios de planificación familiar.	Ver la página 46 para mayor información sobre cobertura.
Cuarto y Alimentos	Cubre un cuarto semi-privado, excepto cuando un cuarto privado es necesario según el médico o cuando no hay otro tipo de cuarto disponible.	Se requiere la autorización del Médico de Atención primaria (PCP) para CA.
Otros Servicios Médicos	Servicios que son necesarios según el médico y que están cubiertos por Medicaid	Las que establezca el plan de la organización HMO.
Servicios del Hospital para paciente externo:	Servicios médicos o dentales cubiertos. \$ 3.00 de pago compartido por cada consulta. Estas consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, EXCEPTO las consultas en la sala de emergencias.	Ver la página 47 para mayor información sobre cobertura.

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Servicios de Cuidados en una Institución de convalecencia	<p>Cubiertos. Las consultas médicas no se cuentan dentro del máximo de 24 consultas al año.</p> <p>No se cobra un pago compartido después de que se paga la parte que es la responsabilidad del paciente.</p> <p>Siempre se requiere de aprobación previa para que un paciente sea admitido a una institución de convalecencia.</p>	<p>No se requiere que los beneficiarios que ingresan a una institución de convalecencia participen en un programa de Atención Médica Administrada.</p> <p>Ver la página 48 para mayor información sobre cobertura.</p>
Centros de Salud Mental	<p>Los servicios cubiertos incluyen prevención, diagnóstico, terapia, rehabilitación y mantenimiento.</p> <p>No hay pagos compartidos.</p> <p>No se requiere aprobación previa</p>	<p>El beneficiario debe ser un paciente del programa del área o de la dependencia contratada por el mismo.</p> <p>Deben figurar en su expediente médico el diagnóstico actual, el plan de tratamiento y los objetivos del mismo.</p> <p>Los servicios mentales no requieren de una referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS y no se brindan en ninguna Organización de Atención Médica Administrada (HMO).</p>
Servicios Psiquiátricos y Psicológicos	<p>Cubre los servicios de un psiquiatra. Se requiere aprobación previa para consultas como paciente externo después de las primeras ocho consultas para adultos y después de 26 consultas para niños menores de 21 años.</p> <p>Solicítele a su médico la aprobación previa.</p> <p>\$ 3.00 de pago compartido por cada consulta.</p> <p>Las consultas al psiquiatra se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, salvo que el paciente sea menor de 21 años.</p>	<p>Los servicios deben ser brindados por un psiquiatra, un psicólogo empleado por un médico, por un Programa de Salud Mental del Área o por una dependencia o una persona que haya contratado la Institución del Área de Salud Mental.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Manejo de Casos de las Personas con Enfermedades Mentales</p> <p>Evaluación</p> <p>Coordinación y Referencia a Servicios</p> <p>Monitoreo</p>	<p>Cubierto SÓLO en el caso de pacientes adultos con enfermedades mentales que tengan 18 años de edad o más, jóvenes menores de 18 años con trastornos emocionales, personas con problemas de abuso de sustancias y personas con discapacidades en el desarrollo.</p> <p>Deben evaluarse las capacidades y las debilidades del beneficiario, así como los servicios que sean necesarios. Posteriormente se elaborará un plan de servicios.</p> <p>Se identificarán los recursos, se harán las coordinaciones necesarias y se procederá a referir al paciente.</p> <p>El paciente será monitoreado para asegurarse de que reciba los servicios y que estos se adecuen a sus necesidades.</p>	<p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p> <p>Debe requerir asistencia con dos condiciones o más (p.ej., médica, social, vocacional).</p> <p>El diagnóstico debe encajar dentro de uno de los grupos cubiertos</p> <p>El beneficiario no puede estar recibiendo servicios de exención o vivir en una institución o local pagado por Medicaid.</p>
<p>Hospitales de Salud Mental</p>	<p>Cubiertos en pacientes de 65 años o más o de 21 años o menos.</p> <p>Los beneficiarios que cumplan 21 años de edad estando internados estarán cubiertos hasta que cumplan 22 años de edad.</p>	<p>Las personas menores de 21 años deben tener un formulario de certificación de su necesidad completo para ser internados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p>
<p>Hospitales de Especialidad en Carolina del Norte</p>	<p>Cubierto para casos de internamiento por enfermedades crónicas (como tuberculosis).</p>	

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios Dentales:</p> <p>Servicios de Rutina (lista incompleta)</p> <p>Servicios que requieren aprobación previa (lista incompleta)</p>	<p>Los servicios de rutina incluyen exámenes, limpieza y tratamiento con flúor, empastes, sellador, rayos X y extracciones.</p> <p>Corona de acero inoxidable para los dientes de leche y los primeros molares permanentes hasta los 21 años de edad.</p> <p>Separador de acero inoxidable para los dientes de leche que son extraídos prematuramente, hasta los 21 años de edad.</p> <p>Los servicios de periodoncia están cubiertos con algunas limitaciones.</p> <p>Los servicios que requieren aprobación previa incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ortodoncia para los niños y jóvenes de hasta 21 años de edad con problemas graves de alineamiento. • Cirugías orales complejas. • Dentaduras postizas completas y parciales una vez cada 10 años. • Relleno de las dentaduras postizas después de los primeros 6 meses y posteriormente no más de una vez cada 5 años. 	<p>Estos servicios no requieren de la referencia del PCP de Carolina ACCESS.</p> <p>Ver la página 49 para mayor información sobre cobertura.</p>
<p>Servicios Quiroprácticos</p>	<p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una lesión o degeneración de la columna.</p> <p>Pago compartido o copago de \$ 1.00 con excepciones.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</p>	<p>El problema debe ser documentado mediante una placa de rayos X tomada no más de seis meses antes de la fecha de los servicios y con un diagnóstico apropiado.</p> <p>Ver la página 50 para mayor información sobre cobertura.</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p>
<p>Servicios del Podiatra</p>	<p>Cubre cualquier procedimiento quirúrgico o mecánico que involucre a los pies.</p> <p>Pago compartido de \$ 1.00 por cada consulta.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</p>	<p>El cuidado de rutina de los pies se limita a un diagnóstico específico.</p> <p>Ver la página 51 para mayor información sobre cobertura.</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Cuidados Paliativos para Pacientes Desahuciados</p>	<p>El programa de cuidados paliativos para pacientes desahuciados ofrece un paquete de servicios médicos y de apoyo para las personas con enfermedades terminales. Se considera que una persona es un enfermo terminal si tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Los servicios para pacientes desahuciados se relacionan con las enfermedades terminales. Los servicios se brindan en un domicilio privado, una institución de cuidado de adultos, un local residencial de cuidados paliativos o una unidad de internamiento de cuidados paliativos. También pueden ser proporcionados en un hospital o institución de convalecencia que la dependencia de servicios para pacientes desahuciados disponga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de convalecencia. • Algunos cuidados médicos brindados por un Doctor licenciado en medicina o un Doctor en Osteopatía. • Servicios sociales médicos. • Servicios de orientación para el paciente, sus familiares y otras personas que cuidan del paciente. Los servicios de orientación, que incluyen orientación sobre la alimentación del paciente, pueden brindarse para proporcionar entrenamiento sobre los cuidados a los familiares del paciente o a la persona no remunerada que cuida del paciente. También puede brindarse orientación para ayudar al paciente y a las personas que participan en su cuidado a adaptarse a la idea de la inminente muerte del paciente. • Terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje con el propósito de controlar los síntomas o para ayudar al paciente a seguir funcionando de la manera más normal posible. • Internamiento por corto plazo para cuidados (generales y de descanso) en una unidad de servicios de cuidados paliativos o en un hospital o institución de convalecencia contratados por la dependencia de Hospicio. • Aparatos y suministros médicos, incluyendo medicamentos y sustancias biológicas. Los medicamentos son principalmente aquellos utilizados para aliviar el dolor y controlar los síntomas relacionados con la enfermedad terminal. Los aparatos incluyen equipos médicos, así como otros elementos de autoayuda y de comodidad personal relacionados con el manejo de la enfermedad terminal del paciente. • Servicios de ambulancia relacionados con el manejo de la enfermedad terminal del paciente. 	<p>El paciente debe ser considerado terminal o desahuciado, es decir, debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos según la certificación de su médico.</p> <p>El paciente o un representante del paciente elige la cobertura de los servicios para pacientes desahuciados por un “período de beneficios” – un período de tiempo específico durante el cual se cubrirán los servicios. Durante el período por el cual el paciente elige los servicios para pacientes desahuciados, el paciente renuncia a la cobertura de Medicaid de la mayoría de los otros servicios para el tratamiento de la enfermedad terminal y de las condiciones relacionadas con la misma, ya que el paquete de servicios para pacientes desahuciados está diseñado para cumplir todas las necesidades del paciente.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Equipo Médico Duradero (DME):	Medicaid tiene una lista de Equipos Médicos Duraderos (DME) y de suministros relacionados. Su médico debe documentar su necesidad de utilizar estos aparatos en su domicilio.	Se requiere de aprobación previa para algunos equipos DME. Los pacientes que reciben ayuda para pacientes desahuciados no tienen derecho a cobertura para el uso de equipos DME relacionados con el tratamiento de la enfermedad terminal. Los pacientes que reciben ayuda para terapia de medicamentos por infusión intravenosa en el domicilio (HIT) no tienen derecho a la cobertura del uso de equipos DME relacionados con la terapia HIT.
Aparatos correctores y prótesis Oxígeno y equipo para el suministro de oxígeno Reparación de los equipos	Medicaid tiene una lista de aparatos correctores y prótesis cubiertos por dicho programa. Su médico debe documentar su necesidad de utilizar estos aparatos. Su médico debe documentar su necesidad de utilizar estos equipos. Deben llenarse los requisitos que establece el criterio de cobertura. Medicaid pagará el costo de reparaciones de los equipos DME de propiedad de los pacientes.	Se requiere de aprobación previa para todos estos aparatos. Sólo están disponibles para pacientes desde recién nacidos hasta los 20 años de edad. Se requiere de aprobación previa. Se requiere de aprobación previa. Ver la página 52 para mayor información.

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Salud en el Domicilio</p>	<p>Cubre los siguientes servicios cuando estos son necesarios desde el punto de vista médico para ayudar a un paciente a recuperarse, rehabilitarse o mantenerse en el domicilio de acuerdo a las directrices de Medicaid y cuando estos servicios son proporcionados por una dependencia de servicios de salud en el domicilio certificada por Medicare o Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de enfermeras especializadas • Terapia física • Patología del lenguaje y servicios de audiología • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de auxiliares para el cuidado en el domicilio • Suministros médicos incluidos que figuran en la lista aprobada por Medicaid 	<p>El paciente debe necesitar de los servicios de salud para su cuidado en el domicilio, ya sea una residencia privada o la institución para cuidado de personas adultas en la que reside. Los pacientes que viven en una institución para el cuidado de personas adultas no pueden recibir servicios de asistentes para el cuidado en el domicilio.</p> <p>Para poder solicitar todos los Servicios de Salud en el Domicilio, --con la excepción de los suministros médicos--, el médico debe certificar que el paciente está "limitado a permanecer en su domicilio".</p> <p>Los pacientes terminales que reciben cuidados paliativos para pacientes desahuciados sufragados por Medicare o Medicaid no pueden recibir los Servicios Salud en el Domicilio relacionados con su enfermedad terminal.</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Cuidado Personal (PCS)</p>	<p>Cubre los servicios de un asistente en el domicilio acudiendo al domicilio privado donde vive el paciente para realizar las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas de cuidado personal con las cuales necesita ayuda el paciente debido a un problema médico, tales como el bañarse, arreglarse y vestirse, desplazarse dentro de la casa y verificar sus signos vitales. • Las actividades del cuidado de la casa y la administración del hogar que sean esenciales pero secundarias respecto a las tareas de cuidado personal necesarias para mantener la salud del paciente. 	<p>Los pacientes deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener un problema médico que requiere del cuidado directo y constante del médico que receta los servicios PCS. • Estar en una condición estable y a nivel mantenible desde el punto de vista médico. • Necesitar ayuda con las tareas del cuidado personal debido a dicho problema médico. <p>Los servicios PCS deben ser la modalidad de cuidado más económicamente viable. El objetivo de PCS es asistir, pero no reemplazar la ayuda que puedan brindar los familiares y los recursos dentro de la comunidad.</p> <p>Cada paciente puede recibir hasta 80 horas de PCS durante cada mes calendario de acuerdo al plan de cuidados autorizado por su médico. Los pacientes no pueden recibir PCS el mismo día que otros servicios auxiliares de Medicaid.</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p> <p>Los pacientes que reciben servicios para pacientes desahuciados bajo Medicare o Medicaid no pueden recibir los servicios PCS.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Terapia de Infusión Intravenosa en el Domicilio (HIT)</p>	<p>Cubre las siguientes terapias de infusión auto administradas en el domicilio del paciente cuando sean necesarias desde el punto de vista del médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición Parenteral Total • Nutrición Enteral • Quimioterapia para el tratamiento del cáncer (intratecal e intravenosa) • Terapia con antibióticos (intravenosa) • Terapia de control del dolor (subcutánea, epidural, intratecal e intravenosa) <p>La terapia HIT es para los pacientes que viven en un domicilio privado o en un hogar de cuidados para adultos (como una casa de reposo o una casa de cuidados familiares). El término "Auto administrado" significa que el paciente y/o una persona no remunerada que le brinda cuidados es capaz y está dispuesta a administrar una terapia después de un entrenamiento y monitoreo adecuados. Si la terapia no puede ser auto administrada, el cuidado puede estar disponible bajo Servicios de Salud en el Domicilio (Home Health Services).</p> <p>Las terapias con medicamentos incluyen los equipos, los suministros, los servicios de enfermería y de farmacia necesarios para la administración de dichos medicamentos. El paquete de servicios no incluye el costo de los medicamentos. Dicho costo debe facturarse a través del Programa de Medicamentos de Medicaid.</p> <p>La cobertura de la terapia de nutrición incluye el equipo, los suministros y las formulas o soluciones nutricionales.</p>	<p>Los pacientes que reciben servicios para pacientes desahuciados cubiertos por Medicare y Medicaid no pueden recibir Terapia de Infusión en el Domicilio relacionada con la enfermedad terminal.</p> <p>Se requiere de aprobación previa en el caso de mujeres embarazadas que tengan derecho a MPW.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Enfermería Privados (PDN)</p>	<p>PDN son servicios de tipo sustancial y complejo, brindados de manera continua por un(a) enfermero(a) titulado(a) (RN o LPN, por sus siglas en inglés) y necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado del paciente en su domicilio. Son servicios para pacientes que viven en un domicilio privado.</p> <p>El paciente debe requerir de cuidados de enfermería sustanciales y complejos brindados de manera continua por un(a) enfermero(a) titulado(a) según lo documentado por el médico que está a cargo del paciente. Esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las tareas del cuidado del paciente sólo pueden ser realizadas por un(a) enfermero(a) titulado(a), y • Las tareas se deben realizar con tanta frecuencia que la necesidad es continua. Dichas tareas no podrían ser realizadas de manera razonable durante las consultas de enfermeros especializados del programa de servicios de salud en el domicilio. 	<p>Los pacientes que reciben servicios para pacientes desahuciados cubiertos por Medicare y Medicaid no pueden recibir Servicios de Enfermería Privados en el domicilio.</p> <p>Se requiere de aprobación previa.</p> <p>El tener un enfermero(a) monitoreando al paciente por si pasa algo no se considera como un "cuidado de enfermería continuo" por el cual el paciente tenga derecho a cobertura de PDN.</p>
<p>Equipos de Ayuda Visual y Auditiva:</p> <p>Prótesis Auditiva</p> <p>Anteojos</p>	<p>Cubre equipos de ayuda auditiva monoaurales o binaurales una vez cada 4 años. También cubre los suministros y las baterías relacionadas con la prótesis auditiva. Se requiere de aprobación previa para todos los servicios excepto las baterías.</p> <p>La cobertura es sólo para las personas menores de 21 años.</p> <p>Cubre exámenes rutinarios de la vista hechos por un oftalmólogo o un optometrista, los lentes y los armazones de plástico o una combinación de plástico y metal. Se requiere de aprobación previa para todos los anteojos. Los lentes de contacto se cubren en circunstancias especiales. Los exámenes y las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas, EXCEPTO al recoger los anteojos y los suministros.</p>	<p>Deben ser ordenados por un médico y el paciente debe someterse a una evaluación auditiva.</p> <p>Los aparatos dentro del oído se limitan a niños de 12 años o más.</p> <p>Medicaid sólo pagará por los armazones designados por el programa.</p> <p>Una tintura rosada de los lentes es la única que será cubierta en casos de fotofobia, excepto en los casos de pacientes operados de cataratas, los albinos, etc.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Anteojos (continuación)	<p>Se cubren las reparaciones superiores a \$ 5.00. Se requiere de aprobación previa.</p> <p>Pagos compartidos:</p> <p>\$ 2.00 por cada par de anteojos y suministros \$ 2.00 por reparaciones de más de \$ 5.00 \$ 3.00 por cada visita al oftalmólogo \$ 2.00 por cada visita al optometrista</p> <p>Ver las páginas 53 y 54 para más información.</p>	<p>Los lentes de cristal o de plástico deben tener una graduación mayor al criterio establecido para estar cubiertos.</p> <p>Los servicios de la visión no requieren de la autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p> <p>Las mujeres que reciben MPW requieren de aprobación previa.</p>
Servicios de Laboratorio	<p>Cubre servicios de análisis laboratorio (sangre, orina) ordenados por un médico u otro profesional de la salud titulado.</p> <p><i>Los análisis hechos de manera ambulatoria (como paciente externo) por un laboratorio independiente no se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</i></p>	<p>No cubre exámenes físicos de rutina (con excepción de <i>Health Check</i>) ni análisis de laboratorio para determinar quién es el padre de un menor.</p> <p>Los servicios de laboratorio no requieren de autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Rayos X	<p>Cubre todos los servicios de rayos X.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, EXCEPTO si usted está recibiendo terapia de radiación para el cáncer, o si un médico lo refiere el mismo día de la consulta.</p>	<p>No cubre los rayos X que se tomen durante un examen físico de rutina.</p> <p>Deben ser ordenados por un médico.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Servicios de Terapia por un Profesional Independiente	<p>Cubren terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia del habla/del lenguaje y servicios de audiología.</p> <p>Se requiere de aprobación previa para el tratamiento, pero no para la evaluación.</p> <p>Los servicios deben brindarse en los siguientes puntos: en el consultorio, en el domicilio, Head Start o en la guardería infantil.</p>	<p>Deben ser ordenados por un médico.</p> <p>Están limitados a los beneficiarios menores de 21 años.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Servicios de Salud brindados en una Escuela Pública o en Head Start	Cubre servicios de audiología, servicios del habla/del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física y servicios psicológicos	<p>Deben ser recomendados por un médico.</p> <p>Está limitado a los beneficiarios en escuelas públicas o en Head Start que están solicitando o recibiendo educación especial.</p> <p>Los servicios deben brindarse dentro de las escuelas públicas.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Anestesia	Está cubierta si es necesaria desde el punto de vista médico y si es proporcionada por un anesthesiólogo o por un(a) Enfermero(a) Registrado(a) y Certificado(a) en Anestesiología (CRNA, por sus siglas en inglés).	Estos servicios no requieren de referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS.
<p>Servicios de Planificación Familiar: Servicios Básicos</p> <p>Control de la Natalidad</p> <p>Esterilización</p> <p>Histerectomía</p>	<p>Cubre la consulta, el examen y el tratamiento por un médico, una enfermera obstetra o una enfermera especializada.</p> <p>Cubre los análisis de laboratorio y los exámenes.</p> <p>Cubre las píldoras anticonceptivas, DIU (dispositivos intrauterinos), Norplant, Depo-Provera. Cubre la planificación natural de la familia.</p> <p>Incluye la ligadura de las trompas de Falopio y la vasectomía. Sólo cubre estos servicios si los pacientes están mentalmente competentes y si tienen 21 años de edad o más. La solicitud debe ser acompañada de un formulario de autorización con conocimiento de causa firmado por lo menos 30 días antes de la cirugía. Las excepciones son la cirugía abdominal de emergencia y los partos prematuros.</p> <p>Se cubre sólo si es necesaria desde el punto de vista médico. La solicitud debe estar acompañada de la declaración firmada por la paciente.</p>	<p>No cubre la histerectomía con fines de esterilización.</p> <p>No se cubre la reversión de las esterilizaciones. En el caso de cirugía abdominal, el formulario de autorización con conocimiento de causa debe ser firmado por lo menos 72 horas antes de la cirugía. Para partos prematuros, el formulario de autorización con conocimiento de causa debe ser firmado</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Planificación Familiar (continuación)</p> <p>Abortos</p>	<p>Cubiertos sólo en los casos en que la vida de la madre esté en peligro, incesto y violación.</p> <p>La solicitud debe ser acompañada de una declaración firmada por el médico indicando por qué es necesario el aborto.</p>	<p>por lo menos 30 días antes de la fecha estimada del parto y por lo menos 72 horas antes de la cirugía.</p> <p>Los servicios de planificación familiar no requieren de referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS.</p>
<p>Exámenes de Adultos Sanos</p>	<p>Cubre exámenes físicos anuales, análisis de laboratorio, orientación e intervención en personas mayores de 21 años para la prevención de enfermedades.</p> <p>Pago compartido de \$ 3.00 por cada visita.</p> <p>Se cuenta hacia el máximo de 24 consultas por año.</p>	<p>Sólo cubre una consulta de exámenes en adultos sanos por cada año calendario.</p> <p>En el caso de los usuarios de Carolina ACCESS, estos servicios deben ser proporcionados por su médico de atención primaria (PCP).</p>
<p>Transporte Médico: Servicios que no requieren de una Ambulancia</p> <p>Servicios de Ambulancia</p> <p>Transporte en Ambulancia Aérea</p>	<p>Cubre el transporte sin ambulancia a las citas médicas si las personas llenan los requisitos y no disponen de otros medios de transporte. Cubre el transporte que no sea de emergencia y que sea necesario desde el punto de vista médico para las personas que reciben servicios en instituciones de cuidados de enfermos o cuidados domiciliarios si el servicio de cuidados no se le puede brindar en la misma institución. Los beneficiarios deben solicitar el transporte a través del departamento de servicios sociales de su localidad.</p> <p>Cubre el transporte en una ambulancia si la condición de la persona es tal que transportarle por otros medios pondría en peligro su salud, o si la persona requiere ser transportada en una camilla.</p> <p>Cubre el transporte en una aeronave de ala fija o un helicóptero cuando sea necesario desde el punto de vista médico y físico. El paciente debe ser transportado al hospital más cercano que tenga los elementos adecuados para su tratamiento.</p>	<p>No se requiere de la referencia del PCP de Carolina ACCESS en el caso de transporte necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>No están cubiertos si es posible transportarle de otra manera. Ver en la página 55 otras reglas referentes a la cobertura.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Transporte Fuera del Estado	Cubre el transporte (por tierra o por aire) necesario desde el punto de vista médico para recibir servicios fuera del estado o para regresar a Carolina del Norte.	Se requiere de la aprobación del representante fiscal de la DMA antes de recibir el servicio.
Servicios de Diálisis	Están cubiertos si el proveedor está registrado con Medicaid o si está registrado de manera independiente.	
<p>Servicios de Enfermería:</p> <p>Enfermero(a) Obstetra (partera)</p> <p>Enfermero(a) Practicante (especializado)</p>	<p>Están cubiertos si el servicio se realiza bajo la supervisión de un médico titulado para ejercer la obstetricia.</p> <p>Están cubiertos si ofrece servicios junto con un médico titulado, o si es un practicante independiente en colaboración con un médico titulado.</p>	

Cuando Usted Va al Médico

En el programa de Medicaid, por lo general, se le permiten sólo 24 consultas con el médico al año.

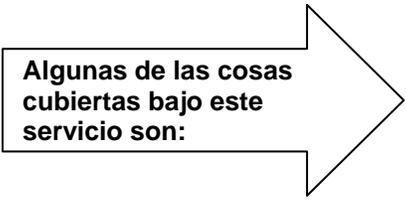
No obstante, en algunas situaciones se le permitirán MÁS de 24 consultas con el médico. Estas son algunas de las posibles situaciones:

- Cualquier persona menor de 21 años.
- Si usted ve a un médico estando internado en un hospital, en una institución de convalecencia, una institución de cuidados intermedios para personas con retraso mental, o si usted vive en un hogar para el cuidado de adultos.
- Si usted va al dentista

Usted tiene derecho a más de 24 consultas con el médico y a más de 6 recetas de medicamentos si tiene alguna de las siguientes enfermedades:

1. Enfermedad renal en sus etapas finales
2. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer
3. Anemia de células falciformes aguda
4. Enfermedad del pulmón en sus etapas finales
5. Diabetes inestable (que no puede ser controlada mediante pastillas, dieta o inyecciones de insulina).
6. Hemofilia (cuando la sangre no coagula debidamente)
7. Cualquier enfermedad que ponga en peligro su vida o la etapa terminal de cualquier enfermedad.
8. Si usted participa en un Programa de Alternativas en la Comunidad (CAP).

Cuando Usted Va al Médico

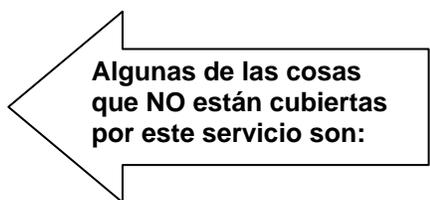


Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier servicio que un médico determine que es necesario y que se le brinde en el consultorio, en su domicilio, en un hospital, en una institución de cuidados, etc.
- El diagnóstico, la terapia, la cirugía y las consultas.

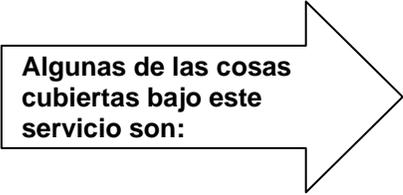
¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

- Inyecciones, si es que usted puede tomar los medicamentos por la boca.
- Cuidados de rutina de los pies.
- Medicamentos y procedimientos experimentales.
- Exámenes físicos de rutina y exámenes relacionados, excepto aquellos hechos a través de *Health Check*, exámenes de adultos sanos, planificación familiar, instituciones de convalecencia u hogares para el cuidado de adultos.
- Apendectomía incidental.
- Cirugía para el cambio de sexo.
- Reversión de la esterilización.
- Procedimientos o servicios para tratar la infertilidad.



Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando su doctor lo interna en el hospital

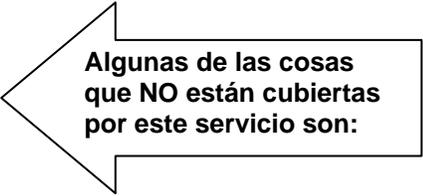


Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cama y alimentación en un cuarto semi-privado, excepto cuando un cuarto privado sea de necesidad médica, o cuando es el único tipo de cuarto disponible.
- Servicios de enfermería regulares.
- Cualquiera de las instalaciones del hospital que usted utilice.
- Servicios sociales médicos.
- Medicamentos y análisis de sangre que usted necesite o que usted tenga mientras esté en el hospital.
- Suministros, aparatos o equipos que sean utilizados para su cuidado mientras usted esté en el hospital.
- Los servicios necesarios para los pacientes desde el punto de vista médico mientras están en el hospital y que estén cubiertos por Medicaid.

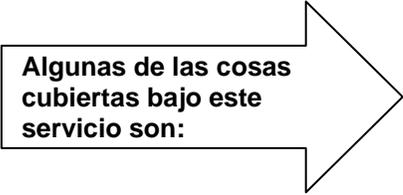
¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

- Cuartos privados, cuando no son necesarios.
- El costo de llamadas telefónicas.
- El uso de un televisor.
- Enfermero(a)s privado(a)s o cuidadores.
- Servicios no cubiertos, tales como enfermeros privados, suministros para ser llevados al domicilio, días de permiso, etc.
- A partir del día que le den de alta.
- Cualquier cobro que se le haga por haberse dado usted de alta con retraso porque le era más conveniente.
- Exámenes o cirugía experimentales.



Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

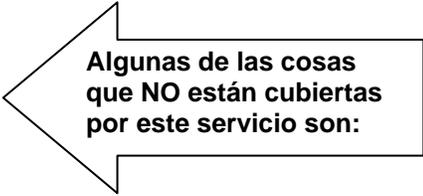
Cuando usted va al hospital y regresa a su domicilio el mismo día



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier servicio que le brinde un médico o un dentista en el hospital.
- Servicios de diagnóstico como paciente externo.
- Terapia física o patología del lenguaje.
- En el caso de terapia o rehabilitación, cubre la utilización de las instalaciones del hospital, los servicios de clínicas y los servicios de la sala de emergencias.

¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

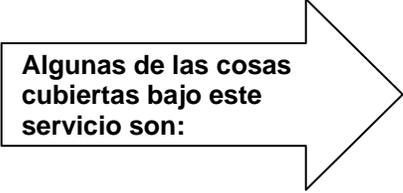


■ Suministros o equipos que usted se lleva a su domicilio, salvo que sea una cantidad muy pequeña de los suministros o de los medicamentos que usted necesite utilizar mientras consigue un proveedor.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

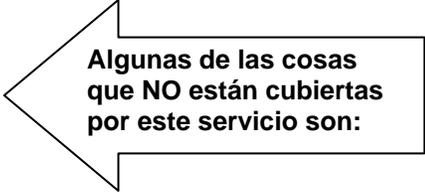
Cuando usted o un miembro de su familia está en una institución de convalecencia

Estos servicios están incluidos en el pago que se hace regularmente a la institución de convalecencia:



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

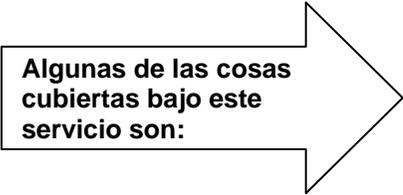
- Un cuarto semi-privado según lo disponga su médico por ser necesario por razones médicas.
- Días de permiso por tratamiento (sólo 60 días por año calendario).
- Medicamentos sin la receta de un médico, tales como aspirina, leche de magnesia, etc.
- Artículos y servicios de higiene personal.
- Servicios de lavandería personales.
- Cualquier vacuna o examen que usted necesite desde el punto de vista médico mientras esté en la institución.
- Antisépticos, vendajes y medicamentos.
- Equipos, tales como soportes para caminar o andaderas, sillas de ruedas, bastones, colchones de aire, bacines de cama, etc.
- Cualquier terapia física, del lenguaje o terapia ocupacional.
- Otros artículos que necesiten ser utilizados para alimentarle, para su salud o su seguridad.

- 
- Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:**
- Cuartos privados, cuando no son necesarios.
 - Reservarle una cama cuando usted no está allí.
 - Enfermeros(as) privados(as) o cuidadores.
 - Cualquier monto que el DSS del condado le indique que tiene que pagar con sus ahorros o sus ingresos mensuales.
 - Teléfonos, televisores o cualquier cosa que traiga con usted a la institución.
 - El cuidado de su cabello que usted no tendría en circunstancias ordinarias, tal como un permanente, tinte del cabello o un peinado.

Quando usted va al dentista

Cuidado Dental para sus hijos/hijas:

La mayoría de los niños necesitan un chequeo dental cada seis meses. Es posible que su hijo también necesite otros servicios dentales. Medicaid paga por los chequeos y otros servicios necesarios. (Pero Medicaid **no** cubre el costo de todos los servicios dentales.) Por favor llame al 1-800-662-7030 (llamada gratuita) para aprender más acerca de los servicios dentales de Medicaid. También puede llamar a este número telefónico si necesita ayuda para obtener el nombre de un dentista que acepte Medicaid.

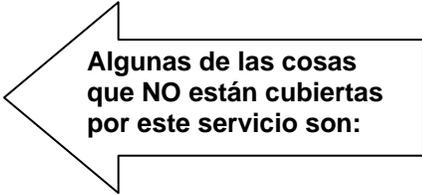


Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

Los servicios dentales no requieren de la autorización previa de su médico de Carolina ACCESS.

- Puentes de tipo fijo.
- Procedimientos experimentales.
- Medicamentos recetados por un médico que el dentista le da mientras usted está en su consultorio.
- Implantes o transplantes.
- Procedimientos cosméticos.
- Protectores nocturnos o unidades oclusales para unir 2 o más dientes.
- Restauraciones o coronas de porcelana o de oro.
- Dentaduras postizas temporales.
- Separadores removibles y retenes de los frenos que no estén incluidos en el paquete de servicios de ortodoncia.

- Exámenes y restauraciones de rutina.
- Cirugía periodontal, si usted tiene una enfermedad de las encías causada por un problema médico subyacente.
- Un descamado y plano de la raíz por año.
- Servicios de ortodoncia para menores con problemas graves de alineamiento de los dientes, hasta los 20 años.
- Canales de la raíz para los dientes frontales de todos los beneficiarios y para los primeros y segundos molares permanentes en menores de 21 años.
- Coronas de acero inoxidable para los dientes de leche y para los primeros molares permanentes en menores de 21 años.
- Separador de acero inoxidable para mantener el espacio cuando se extrae un diente de leche o un primer molar prematuramente en menores de 21 años.
- Tratamientos con flúor dos veces al año en menores de 21 años.
- Rayos X completos de toda la boca una vez cada 5 años.
- Dentaduras postizas completas y parciales una vez cada 10 años.
- Relleno de las dentaduras después de los 6 primeros meses y cada 5 años a partir de entonces.
- Reconstrucción facial debido a defectos de nacimiento o después de un accidente serio.



Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted va al quiropráctico

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier manipulación manual de la columna vertebral para corregir una desviación.
- La mayoría de los rayos X.

- Consultas al consultorio.
- Suplementos nutricionales.
- Terapia física.
- Cualquier servicio de diagnóstico o de terapia que no tenga que ver con una desviación.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted va al podiatra (médico de los pies)

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier procedimiento relacionado con el tratamiento quirúrgico, médico o mecánico del pie.
- Cuidados de rutina del pie SÓLO SI usted sufre de una enfermedad tal como diabetes mellitus o enfermedad vascular periférica. Usted debe estar bajo el cuidado de un médico debido a dicha condición y tener la documentación necesaria para demostrar que necesita el servicio.

- Procedimientos que no tengan nada que ver con sus pies.
- Cuidado de rutina de los pies, tal como el remover callosidades, corte de las uñas de los pies, incluyendo uñas encarnadas, uñas de gancho o uñas con hongos y la limpieza o el remojo de los pies.
- Aparatos correctores.
- Soportes del arco, almohadillas o plantillas en los zapatos.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita equipos médicos duraderos

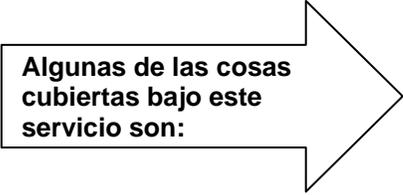
Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Sillas de ruedas, soportes para caminar o andaderas, bastones, camas de hospital y otros equipos necesarios desde el punto de vista médico y que figuren en la lista de Medicaid.
- Prótesis (miembros artificiales) o aparatos correctores (tirantes para las piernas) para pacientes menores de 21 años y que figuren en la lista de Medicaid.
- Oxígeno y el equipo para el suministro del mismo.
- Suministros médicos relacionados que figuren en la lista de Medicaid.
- La reparación de los equipos.

- Artículos que no son necesarios para que usted pueda desenvolverse en su domicilio.
- Artículos que usted utilice para su conveniencia.
- Equipos para alguien en una institución de cuidados. Estos deben estar cubiertos por su tarifa de gastos diarios correspondiente a la institución de convalecencia.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

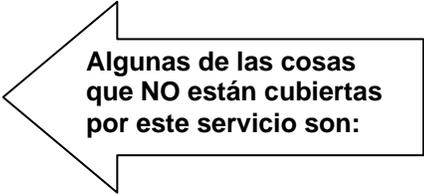
Cuando usted necesita anteojos



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Un examen de la vista de rutina cada año para menores de 25 años. Sin embargo, si usted es una mujer que tiene derecho a MPW, debe solicitar aprobación previa.
- Un par de anteojos cada año u otros artículos de ayuda visual en armazón de plástico o en un armazón que sea una combinación de plástico y metal para menores de 25 años.
- Un examen de la vista y un par de anteojos cada dos años si usted tiene 25 años o más.
- Reparaciones de los anteojos mayores a \$ 5.00.
- Lentes si la receta es mayor a determinada graduación.
- Lentes de contacto si usted está en edad escolar, si tiene keratokonius, miopía progresiva o afaquia (falta del cristalino).
- Lentes de tintura rosada si usted es muy sensible a la luz.

- Prótesis oculares (ojos artificiales).
- Armazones sin bordes.
- Anteojos de protección.
- Lentes de contacto de uso prolongado o lentes de contacto desechables y suministros para lentes de contacto.
- Lentes con tintura, salvo que sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Anteojos para el sol con graduación.
- Bandas sujetadoras deportivas, sujetadores o cadenas.
- Nombres o iniciales en los soportes o en los lentes.
- Lentes de aumento manuales del tipo que se puede encontrar en una tienda.
- Reparaciones menores a \$ 5.00.
- Lentes cosméticos.
- Terapia de entrenamiento visual y aparatos para dicho entrenamiento.



Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita prótesis auditiva

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Una prótesis nueva una vez cada 4 años si usted es menor de 21 años.
- Un juego de cuidado inicial.
- Moldes para la oreja hechos a la medida.
- Receptores, accesorios y baterías.
- Reparaciones y artículos prestados.
- Los costos de proveerle la prótesis o del alquiler de prueba.

- Cargadores o probadores de carga de las baterías.
- Los componentes del entrenador auditivo.
- Adaptadores para teléfonos, televisores o radios.
- Costos de envío y manipuleo, estampillas o seguro.
- Costo de seguro contra pérdida, daños o robo.
- Prótesis auditiva para cualquier persona mayor de 21 años.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita asistencia con el transporte a los proveedores de servicios médicos

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Transporte en ambulancia en casos de emergencia.
- Transporte en helicóptero cuando sea aprobado.
- Transporte fuera del estado.
- Transporte a un servicio cubierto por Medicaid.

- Transporte para diálisis de mantenimiento, salvo que sea necesario desde el punto de vista médico,
- Transporte en ambulancia por conveniencia de la persona.
- Transporte a un servicio médico no cubierto por Medicaid.
- Transporte a un médico más lejano a solicitud de la persona.
- Transporte de una persona fallecida que ha sido declarada muerta antes de que se haya llamado a la ambulancia.
- Transporte a los servicios en los cuales la DMA ya ha incluido el costo de transporte en las tarifas de reembolso.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Si le niegan una solicitud de servicio de Medicaid

Si usted recibe una factura por un servicio que cubre Medicaid después de que le dijeron que usted tenía derecho a estar cubierto por Medicaid y su médico aceptó que Medicaid pagara por el servicio, usted tiene derecho a una "revisión de reconsideración" si Medicaid se niega a pagar una factura. Si usted desea una revisión de reconsideración, debe solicitar la misma antes de cumplirse 60 días a partir de la fecha de la primera factura.

Envíe la factura a:

Claims Analysis
N.C. Division of Medical Assistance
2501 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2501.

Usted también debe incluir una carta junto con la factura. Por favor incluya en la carta:

1. La razón por la cual usted está solicitando la reconsideración.
2. Su número de identificación de Medicaid.

La reconsideración de su caso se hará dentro de un plazo de 20 días a partir de que la unidad de Análisis de Reclamos reciba su carta. Ellos le informarán acerca de su decisión por escrito.

Preguntas Frecuentes

1. ¿Por cuánto tiempo puedo recibir los servicios de Medicaid una vez que se determine que tengo derecho a ellos?

Usted tendrá derecho a recibir los beneficios mientras que cumpla con los requisitos. El trabajador social a cargo de su caso revisará su estatus cada 6 o 12 meses, dependiendo de qué tipo de Medicaid tenga usted.

Aunque un adulto pueda llegar a perder el derecho a recibir Medicaid, sus hijos menores de 19 años continuarán estando cubiertos hasta por 12 meses.

Las mujeres embarazadas que tienen derecho a MPW reciben una cobertura continua hasta el final del mes en que se cuente el sexagésimo (60) día posterior al parto.

2. ¿Dónde obtengo mi tarjeta de Medicaid y qué hago si la extravió?

Usted recibirá su tarjeta de Medicaid cada mes por correo. La mayoría de las personas recibe su tarjeta alrededor del quinto día de cada mes. La tarjeta es válida sólo durante el mes que está impreso en la parte inferior derecha de la tarjeta. Usted debe mostrar la tarjeta cada vez que reciba tratamiento médico o cada vez que vaya a la farmacia.

Si usted extravía su tarjeta Medicaid, llame al Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su localidad para solicitar una tarjeta de reemplazo. No obstante, la tarjeta de reemplazo no tendrá el talón de la farmacia adjunto. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cómo puede hacer que sea cubierto el costo de los medicamentos que le recete el médico.

3. ¿Qué pasa si no llega mi tarjeta de Medicaid?

Si usted no recibe su tarjeta, llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado. Si la tarjeta llegó pero no puede ser ubicada, el condado le entregará otra tarjeta. La tarjeta de reemplazo no viene con el talón de la farmacia adjunto. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cómo puede hacer que sea cubierto el costo de los medicamentos que le recete el médico.

4. Si yo pierdo el derecho al programa *Work First*, ¿podemos mis hijos y yo continuar recibiendo Medicaid?

Ya que sus hijos tienen derecho al programa *Work First*, ellos siguen estando cubiertos por Medicaid hasta por 12 meses, sin importar los cambios que pudieran haber en sus ingresos o en sus ahorros. Las únicas excepciones son si su hijo tiene 19 años de edad o más, se muda fuera del estado, es encarcelado o muere. Como uno de los padres o personas que le brindan cuidados, sus derechos a recibir beneficios tendrán que ser reevaluados.

5. Si mis ingresos son demasiado altos para recibir Medicaid, ¿hay algún otro programa de cuidados de la salud al cual tenga derecho?

Sus hijos pueden tener derecho al programa *North Carolina Health Choice for Children* si son Menores de 19 años y no tienen otro tipo de seguro de salud. Llame al 1-800-367-2229 (llamada gratuita) para obtener más información acerca de este programa y para averiguar si usted tiene derecho al mismo.

Si sus ingresos están por encima del límite, usted aún podría tener derecho a Medicaid si paga una cantidad deducible. Consulte la página 10.

6. ¿Cómo ubico al Departamento de Servicios Sociales de mi localidad?

Para encontrar el número de teléfono, busque en la sección del gobierno del condado en la guía telefónica. Por lo general esas páginas son de color azul. Usted también puede llamar al servicio de asistencia del directorio telefónico o llamar a la línea del Servicio de Información y Referencia a Servicios de CARE-LINE al 1-800-662-7030 (llamada gratuita). En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill, llamar al 919-733-4261. Las personas con problemas de audición pueden llamar a cualquiera de los números telefónicos anteriores o a la línea telefónica especial de TTY: 919-733-4851. La línea CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. excepto en los días festivos estatales. Hay un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a las personas que hablan español.

7. ¿Tengo que inscribirme en un Plan de Atención Médica Administrada?

Usted debe inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada (ya sea Carolina ACCESS o una organización HMO en el condado de Mecklenburg) si usted recibe ayuda de Medicaid bajo cualquiera de los siguientes programas:

Programa de Asistencia Familiar Work First (WFFA)
Medicaid para Familias e Hijos Menores de Edad (MAF)
Medicaid para Infantes y Niños (MIC)

Usted puede elegir entre inscribirse o no en un Plan de Atención Médica Administrada si usted recibe Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW) o si usted tiene derecho tanto a Medicaid como a Medicare.

Si usted recibe ayuda como refugiado o como extranjero (no ciudadano), usted no puede inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada.

8. Si uno de mis padres es una persona de edad avanzada, ¿cómo puedo encontrar información para él o ella?

Por favor busque en los manuales titulados "Una Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud de Medicaid para Adultos en Carolina del Norte", o " Guía del Usuario de los Programas de Ahorro de Medicare dentro del Programa Medicaid en Carolina del Norte". Usted puede obtenerlos en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad o llamando a la línea CARE-LINE (ver la pregunta 6) o bien en la Internet en el sitio: www.dhhs.state.nc.us/dma.

9. Si mis ingresos contables están por encima de los niveles mencionados en este folleto, ¿dónde puedo encontrar información acerca de otros programas a los cuales puedan tener derecho mis hijos?

Usted puede llamar al Departamento de Servicios Sociales o al Departamento de Salud de su localidad para pedir el folleto y el formulario de solicitud del programa de seguro de salud para niños "*North Carolina Health Choice for Children*", o llamar a la Línea Telefónica de Recursos para las Familias al teléfono 1-800-FOR-BABY (1-800-367-2229, llamada gratuita) o bien en la Internet en el sitio: www.dhhs.state.nc.us/dma

Medicaid de Carolina del Norte

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y LA MANERA DE OBTENER ACCESO A TAL INFORMACIÓN. LEÁLO CUIDADOSAMENTE.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD, NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Medicaid recopila y mantiene información sobre su salud y, por ley, debe proteger la privacidad de tal información y darle este *Aviso de normas de privacidad*. Este *Aviso* describe la manera en que Medicaid puede usar y comunicar la información sobre su salud y explica sus derechos de privacidad. Medicaid usará o revelará información sobre su salud solamente de la manera descrita en este *Aviso*. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y los términos de este *Aviso* y de poner en vigencia nuevas disposiciones que se aplican a toda la información que tenemos sobre su salud. Los avisos modificados le serán enviados a usted por correo y estarán a su disposición a través del contacto de Medicaid. (Vea la información de contacto al reverso). No cambiaremos nuestras normas de privacidad antes de enviarle a usted un *Aviso* modificado, a menos que el cambio lo exija la ley.

Cuando su caso fue aprobado por Medicaid, el Departamento de Servicios Sociales del Condado envió la información sobre su salud a la División de Atención Médica para que Medicaid pudiera pagar por su atención médica. Esta información contiene su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de seguro social, número de Medicare (si corresponde) y los datos sobre su póliza de seguro de salud. También puede contener datos sobre su estado de salud. Cuando sus proveedores de atención médica envían reclamaciones de pago a Medicaid, tales reclamaciones contienen información sobre sus diagnósticos y sobre el tratamiento médico y los suministros que usted ha recibido. En el caso de ciertos tratamientos médicos, su proveedor de atención médica debe enviar datos médicos adicionales, tales como declaraciones del médico, resultados de exámenes de laboratorios médicos o radiografías.

Si en algún momento usted tiene preguntas o inquietudes sobre la información contenida en este *Aviso* o sobre las normas, procedimientos o normas de privacidad de nuestra agencia; usted puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Medicaid. (Vea la información de contacto al reverso).

USO Y REVELACIÓN SIN AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Medicaid presta ciertos servicios a través de contratos con otras agencias, tales como el Departamento de Servicios Sociales del Condado, y a través de contratistas privados que procesan las reclamaciones de pago de seguro de su proveedor de atención médica. Cuando se contratan servicios, Medicaid debe comunicar a los contratistas suficiente información sobre usted para que puedan llevar a cabo el trabajo solicitado.

Para proteger aun más la información sobre su salud, Medicaid revela la información sólo después de asegurarse por escrito que los contratistas protegerán la información de la misma manera que lo hace Medicaid.

Esta agencia puede usar o revelar información sobre su salud a fin de prestarle a usted servicios de Medicaid para lo siguiente:

Pago: Medicaid puede usar o revelar información sobre su salud a los contratistas que prestan servicios de pagos a Medicaid. (EJEMPLO: Para que la reclamación de pago emitida por el proveedor de atención médica se pueda pagar, el contratista que la procesa tiene que tener suficiente información sobre su salud para poder verificar y pagar por los servicios prestados).

Tratamiento: Para determinar si su tratamiento es necesario desde el punto de vista médico, y si está cubierto por Medicaid, podemos usar o revelar información sobre su salud a otros profesionales de atención médica. Estos profesionales tienen conocimientos médicos específicos que les permiten dar una opinión sobre la necesidad de su tratamiento desde el punto de vista médico.

Gestiones de atención médica: Medicaid puede usar o revelar información de salud protegida para llevar a cabo una variedad de actividades comerciales llamadas "gestiones de atención médica". Estas gestiones aseguran que usted reciba atención de calidad, que los cargos correspondan a los servicios prestados y que sus proveedores de atención médica reciban el pago rápidamente. (EJEMPLO: Podemos contratar a una compañía privada para que revise la atención y los servicios que nuestros clientes han recibido a fin de

asegurar que se ha dado atención de calidad). Otras de las "gestiones" que pueden requerir que se comunique su información de salud protegida son:

- Revisar y evaluar las destrezas, calificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que lo están atendiendo.
- Ofrecer programas de capacitación para estudiantes, aprendices, personal profesional y no profesional a fin de permitirles poner en práctica, bajo supervisión, lo que han aprendido.
- Ofrecer información a las agencias que conceden licencias y emiten certificados para que el personal pueda satisfacer requisitos profesionales.
- Planear las futuras gestiones de nuestra agencia.
- Mejorar las investigaciones llevadas a cabo por la administración cuando un miembro del personal de nuestra agencia presente una queja o una protesta sobre algún asunto en particular.
- Dar información a otros planes de seguro médico y agencias federales para determinar si usted es miembro de tales entidades o si está cubierto por ellas.

Otras circunstancias:

- Colaborar con otras agencias de gobierno y organizaciones externas que llevan a cabo actividades de supervisión de salud para los propósitos permitidos bajo la ley federal.
- Cumplir con órdenes legales, citaciones, mandatos administrativos y demandas legales relacionadas con la administración de Medicaid.

Contacto con usted:

- Comunicarse personalmente con usted para mantenerlo informado; recordarle las citas, mencionarle otras oportunidades de tratamiento cuando sea necesario o cuando haya disponibilidad bajo los programas de beneficios de ciertas agencias públicas, etc.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN

Medicaid no usa, comunica o revela información de salud protegida sin su autorización excepto en la medida en que lo permiten las circunstancias mencionadas arriba. Para todo otro uso o revelación, le pediremos que firme una autorización escrita que nos permita comunicar o solicitar su información de salud protegida. Usted puede cancelar tal autorización notificando al Funcionario de Privacidad de nuestra agencia.

SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

Los clientes de Medicaid tienen ciertos derechos sobre su información de salud protegida.

USTED TIENE DERECHO A:

- **Recibir una copia de este Aviso.** Usted tiene derecho a tener una copia impresa de este *Aviso*. También puede obtener una copia de este *Aviso* en el sitio Web de Medicaid <http://www.dhhs.state.nc.us/dma>. Pulse en la palabra "Consumer".
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que Medicaid se comunique con usted de una cierta manera o en un cierto lugar, tal como llamarlo al trabajo en lugar de llamarlo a su casa.
- **Inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a solicitar por escrito ver su expediente y obtener una copia en un lapso de 30 días a un costo razonable. Hay ciertas excepciones a este derecho, tales como las negaciones causadas por acciones legales pendientes. Si se le niega este derecho, se le notificará por escrito la razón de la negación y usted tiene derecho a solicitar que la negación se revise.
- **Solicitar enmienda.** Usted tiene derecho a solicitar por escrito que ciertas partes de su expediente de Medicaid sean corregidas cuando usted considera que la información es incorrecta o incompleta. Podemos negar su solicitud si la información no fue creada por esta agencia o si consideramos que la información es exacta. Usted puede entonces presentar una declaración de desacuerdo que se adjuntará a toda revelación futura si usted lo solicita.
- **Lista de revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar por escrito y a recibir una lista escrita de ciertas revelaciones de su información de salud protegida hechas después del 14 de abril de 2003. Las excepciones a esta lista son las revelaciones sobre tratamiento, pago o gestiones de atención médica permitidas por ciertas leyes, o las revelaciones autorizadas por usted.
- **Solicitar restricciones en los usos y revelaciones de su información de salud protegida.** Usted tiene derecho a solicitar que se restrinja la información que Medicaid usa o revela acerca de usted. Medicaid no está obligado a aceptar su solicitud de restricción pero considerará la solicitud y la posibilidad de satisfacerla.
- **Quejarse.** Si usted considera que hemos infringido sus derechos de privacidad, usted puede comunicarse con cualquiera de las dos agencias mencionadas abajo. Si usted presenta una queja, no

tomaremos ninguna medida contra usted y no cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted.

DIRECCIONES PARA PRESENTAR QUEJAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC **(NC Department of Health and Human Services)**

Mantiene un servicio de información y referencia a servicios, ubicado en la Oficina de Servicios al Cuidando y conocido como **CARE-LINE**, que recibe y documenta quejas e inquietudes sobre normas, políticas y procedimientos de privacidad relacionadas con la protección de información de salud individualmente identificable. La información de contacto es la siguiente:

CARE-LINE Email: care-line@ncmail.net

2012 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-2012

Teléfono: 1-800-662-7030 (Línea directa)

(919) 733-4261 (Área del Triangle)

FAX: (919) 715-8174

TTY (919) 733-4851

Secretario, Departamento de Salud y Servicios **Humanos de EE.UU. (Secretary, US Department of** **Health & Human Services)**

Usted también puede enviar una queja escrita al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. La información de contacto es la siguiente:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services

Atlanta Federal Center, Suite 3B70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: (404) 562-7886

FAX (404) 562-7881

TDD (404) 331-2867

CONTACTO PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Medicaid Privacy Official

c/o DHHS CARE-LINE

Email: care-line@ncmail.net

2012 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-2012

Teléfono: 1-800-662-7030 (Área de Raleigh,
Durham o Chapel Hill en Carolina del Norte)

(919) 733-4261 (Área del Triangle)

FAX: (919) 715-8174

TTY (919) 733-4851

