



Amerigroup
RealSolutions[®]
in healthcare



Real



Solutions

Manual Para Miembros

Medicaid Advantage Plan

New York/Bronx County

1-866-805-4589 ■ TTY 1-800-855-2884

8:00 a.m. to 8:00 p.m. Monday through Friday

AMERIGROUP COMMUNITY CARE
MANUAL DEL MIEMBRO DE MEDICAID ADVANTAGE

21 Penn Plaza, 360 West 31st Street, Fifth Floor

New York, NY 10001

1-866-805-4589 (TTY 1-800-855-2884)

www.myamerigroup.com

Índice

BIENVENIDO AL PLAN MEDICAID ADVANTAGE DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE	1
Ayuda De Servicios Al Miembro	1
Su Manual Del Miembro de Amerigroup	1
Afiliación al Plan Medicaid Advantage	1
Deducibles y Copagos en los Servicios Cubiertos Por Medicare	2
Servicios Cubiertos Por Medicaid Advantage de Amerigroup	2
Autorización de Servicio y Acciones	4
Autorización Previa.....	4
Otras Decisiones Sobre Su Atención	7
Servicios De Medicaid No Cubiertos Por Nuestro Plan	7
Farmacia	7
Planificación Familiar.....	8
Servicios No Cubiertos Por Medicaid Advantage o Medicaid	8
Desafiliación Del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup.....	8
Podemos pedirle que abandone el plan.....	9
Qué Debe Hacer Si Tiene Un Reclamo Sobre Nuestro Plan o Desea Apelar Una Decisión Sobre Su Atención.....	9
REGLAS DE MEDICAID PARA APELACIONES Y RECLAMOS.....	10
Apelaciones de acción	10
Apelaciones externas.....	12
Reclamos	13
Apelaciones de reclamo	14
Audiencias imparciales	15
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	16
Sus derechos.....	16
Sus responsabilidades	16
Directivas Anticipadas	16
Cómo Informar Sobre El Uso Indebido Del Programa Medicaid Advantage.....	17
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	18

BIENVENIDO AL PLAN MEDICAID ADVANTAGE DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Bienvenido al Plan Medicaid Advantage de Amerigroup Community Care. Medicaid Advantage es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Este manual le informa sobre los beneficios de salud agregados que cubre Amerigroup Medicaid Advantage ya que usted también tiene Medicaid y ha ingresado al Plan Medicaid Advantage de Amerigroup.

Estos beneficios son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx de Amerigroup. Conserve este manual con su Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx. Necesita conocer qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Con el fin de estar en el Plan Medicaid Advantage de Amerigroup para los beneficios de Medicaid Advantage, también debe estar afiliado al Plan Amerivantage Classic + Rx para su cobertura de Medicare. La afiliación al programa Medicaid Advantage es voluntaria. La cobertura explicada en este manual se hace efectiva en la fecha de su afiliación al Plan Medicaid Advantage de Amerigroup.

Ya que ha decidido ingresar al Plan Medicaid Advantage de Amerigroup para sus beneficios de Medicaid Advantage, este plan cubrirá los deducibles y copagos que Medicare no cubre, excepto para artículos de farmacia. Si hay una prima mensual por beneficios (vea el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos ciertos servicios que no están cubiertos por Medicare pero que sí están cubiertos por Medicaid.

El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx explica las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o una necesidad urgente de atención.

Puede llamarnos en cualquier momento al siguiente número de Servicios al Miembro: Si vive en la Ciudad de New York, también puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678.

Ayuda De Servicios Al Miembro

Hay alguien para ayudarlo en Servicios al Miembro:
de lunes a viernes
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local
Llame al 1-866-805-4589 (TTY/TDD 1-800-855-2884)

Puede recibir ayuda en cualquier momento en que tenga una pregunta. Puede llamar y preguntar sobre beneficios y servicios, recibir ayuda con remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, preguntar sobre cualquier cambio que podría afectarlo a usted y a sus beneficios, o pedir ayuda con renovación de Medicaid. Si necesita ayuda fuera de este horario, puede dejar un mensaje en el correo de voz o hablar con nuestra Nurse HelpLine de 24 horas llamando al número de Servicios al Miembro antes listado.

Su Manual Del Miembro de Amerigroup

Este Manual lo ayudará a entender su plan de salud de Medicaid Advantage. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su Manual del Miembro, llame a Servicios al Miembro. Amerigroup también tiene el Manual del Miembro disponible a solicitud en una versión en letra grande, una versión en cinta de audio y una versión Braille. El otro lado de este manual está en inglés.

Afiliación al Plan Medicaid Advantage

Elegibilidad

Llame a Servicios al Miembro de Amerigroup al 1-866-805-4589 (TTY: 1-800-855-2880)

Usted es elegible para ingresar al Plan Medicaid Advantage si también está afiliado al Plan Amerivantage Classic + Rx para cobertura de Medicare y:

- Tiene 18 años de edad o más
- Reside en el área de servicio del plan – Condado de Bronx
- Tiene cobertura total de Medicaid
- Tiene cobertura de Medicare Parte A y Parte B o está afiliado a cobertura de Medicare Parte C

Re-afiliación

Si está desafiado del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup debido a que ya no es elegible pero vuelve a ser elegible antes de 3 meses, será nuevamente afiliado en el plan si permanece afiliado al Plan Amerivantage Classic + Rx de Amerigroup a menos que:

- El Plan Medicaid Advantage de Amerigroup ya no se ofrece donde usted vive
- Nos informa por escrito que desea afiliarse a otros planes de atención administrada de Medicaid y planes Medicare Advantage

Si está embarazada

Llame a Servicios al Miembro de Amerigroup cuando se entere que está embarazada y después que su bebé ha nacido. Necesitaremos obtener información sobre el nacimiento de su hijo. Notificaremos a la Administración de Recursos Humanos sobre el nacimiento de su hijo en un plazo de 5 días desde la fecha en que se puso en contacto con Amerigroup.

Deducibles y Copagos en los Servicios Cubiertos Por Medicare

Estos montos se muestran en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx bajo la columna Qué Debe Pagar Cuando Recibe Estos Servicios.

Debido a que ha ingresado al Plan Medicaid Advantage de Amerigroup y tiene Medicaid, el Plan Medicaid Advantage pagará estos montos. No necesita pagar estos deducibles y copagos excepto aquellos que aplican a los artículos de farmacia.

Servicios Cubiertos Por Medicaid Advantage de Amerigroup

La mayoría de sus servicios y beneficios de salud están cubiertos por Medicare y están descritos en la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx.

Debido a que tiene Medicaid, recibe algunos servicios adicionales de nuestro plan. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y en algunos casos, podrá necesitar una remisión de su proveedor de atención primaria. Debe recibir estos servicios de proveedores que están en la red de Medicaid Advantage de Amerigroup. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, podrá obtener una remisión a un proveedor de atención médica fuera de la red si Amerigroup no tiene un proveedor con el entrenamiento o experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades. En el evento de requerir un proveedor fuera de la red, póngase en contacto con Servicios al Miembro para ayudarlo a obtener una autorización.

Si no obtiene la autorización requerida antes de ver a un proveedor fuera de la red de Amerigroup, el proveedor no será pagado por los servicios. Si tiene alguna pregunta en relación con este proceso, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-866-805-4589.

- **Servicios privados de enfermería**

Los servicios privados de enfermería se pueden proporcionar a través de una agencia certificada de salud en el hogar, una agencia autorizada de atención en el hogar o un profesional médico privado. Estos servicios se podrán brindar en un centro bajo ciertas condiciones pero generalmente se brindan en el hogar del miembro.

Los servicios están cubiertos cuando el médico tratante decide que estos servicios son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería se podrán brindar en forma parcial o continua de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico, asistente médico registrado o profesional de enfermería certificado que los ordena.

Se requiere aprobación previa de Amerigroup. Llame a Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro lo ayudará con sus necesidades.

- **Transporte no de emergencia**

Estos servicios están cubiertos cuando son necesarios para recibir la atención y servicios médicos necesarios que están cubiertos en los beneficios del plan o en el pago por servicio de Medicaid. Los servicios incluyen transporte por ambulette, vehículo para inválidos, taxicab, transporte público de transferencia u otros medios apropiados a la condición médica de un afiliado. Estos servicios también incluyen transporte para un asistente que acompañe al afiliado, de ser necesario.

Para miembros con discapacidades, el método de transporte considerará las necesidades del miembro y tendrá en cuenta la naturaleza de la discapacidad.

Llame a Servicios al Miembro para programar un transporte no de emergencia.

- **Atención odontológica**

Amerigroup piensa que una buena atención odontológica es importante para su atención médica en general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con Healthplex, empresa enfocada en proveer servicios odontológicos de alta calidad. Si tiene preguntas sobre sus beneficios odontológicos, llame a la línea gratuita de Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY 1-800-662-1220).

Los servicios odontológicos cubiertos incluyen servicios de atención odontológica regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para chequear cualquier cambio o anomalía dental que pueda necesitar tratamiento y/o atención de seguimiento para usted. ¡No necesita una remisión de su PCP para ver a un odontólogo! Los servicios odontológicos quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios están cubiertos cuando no están cubiertos por Medicare.

Los procedimientos que requieren anestesia y los servicios odontológicos quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios deben ser primero aprobados por Healthplex. De ser aprobados, su proveedor también debe solicitar aprobación previa a Amerigroup llamando al 1-866-805-4589.

- **Cómo acceder a servicios odontológicos**

Una vez se afilie a Amerigroup, recibirá una carta de nuestro departamento de Servicios al Miembro informándole que es hora de elegir su Odontólogo de Atención Primaria (PCD). Para elegir un PCD, llame a la línea gratuita de Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-0778), de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Debe elegir un PCD en un plazo de 30 días desde la fecha de esta carta, o elegiremos uno por usted.

Le exhortamos a que llame a su PCD lo más pronto posible para un chequeo dental. Esto le permitirá a su odontólogo saber cuáles son sus necesidades dentales y le permitirá a usted conversar sobre cualquier duda odontológica que pueda tener. Cuando llame para programar su primera cita odontológica, diga al consultorio que usted es miembro de Amerigroup. Muestre su tarjeta de identificación de miembro. También puede auto remitirse a una clínica dental participante que sea operada por un centro odontológico académico. Para más información, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Si tiene una emergencia odontológica, llame al consultorio de su PCD. Si tiene problemas para comunicarse con este odontólogo, llame a Healthplex por ayuda para recibir atención odontológica de emergencia.

- **Servicios de atención médica en el hogar no cubiertos por Medicare**

Estos servicios incluyen servicios de auxiliar de salud a domicilio, que son adicionales a los servicios profesionales calificados para miembros médicamente inestables.

Estos servicios deben ser ordenados por su médico. Se requiere aprobación previa de Amerigroup. Póngase en contacto con Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro lo ayudará con sus necesidades.

- **Equipos médicos duraderos**

Estos servicios cubiertos por Medicaid incluyen cosas tales como taburetes para baño y barras para agarre.

Se requiere aprobación previa de Amerigroup. Llame a Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro le ayudará.

- **Servicios y productos para audición**

Estos incluyen los servicios cubiertos por Medicaid en exceso del límite de beneficio anual del Plan Amerivantage Classic + Rx. Estos servicios deben ser ordenados por su médico.

- **Servicios oftalmológicos**

Estos incluyen servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos incluyendo gafas, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en inventario o hechos a la medida), ayudas para la baja visión y servicios para la baja visión. La cobertura también incluye la reparación o reemplazo de piezas. La cobertura también incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista. Los exámenes para refracción están limitados a cada 2 años a menos que se justifique lo contrario según sea médicamente necesario. Las gafas no requieren ser cambiadas antes de cada 2 años a menos que sea médicamente necesario o a menos que las gafas se pierdan, dañen o destruyan.

- **Atención de salud mental a pacientes hospitalizados más allá del límite de 190 días de por vida de Medicare**

Autorización de Servicio y Acciones

Cuando Amerigroup determina que los servicios están cubiertos únicamente por Medicaid, tomaremos las decisiones sobre su atención siguiendo estas reglas.

Autorización Previa

Hay algunos tratamientos y servicios de Medicaid para los que necesita obtener aprobación previa antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibiendo los. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedir esto. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados para cobertura antes de obtenerlos.

Beneficio de Medicaid Advantage de Amerigroup	Orden médica requerida	Aprobación de Amerigroup requerida
Servicios privados de enfermería	✓	✓
Transporte no de emergencia		Llame a Servicios al Miembro para programar
Atención odontológica		✓
Servicios de atención médica domiciliaria	✓	✓
Equipos médicos duraderos	✓	✓
Servicios y productos para audición	✓	

La solicitud para la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, usted o su médico deben llamar a la línea gratuita de nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-866-805-4589. El representante de Servicios al Miembro le ayudará con sus necesidades. También podrá enviar su solicitud por escrito a:

**Medicaid Advantage
Amerigroup Community Care
21 Penn Plaza, 360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, New York 10001**

También necesitará obtener autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más de la atención. Esto incluye una solicitud para atención médica domiciliaria cubierta por Medicaid mientras esté en el hospital o después de haber salido del hospital. Esto se conoce como **revisión concurrente**.

¿Qué sucede después que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud tiene un equipo de revisión para estar seguros de que reciba los servicios que prometemos. Médicos y enfermeras están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurar que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y apropiado para usted. Esto lo hacen comparando su plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión para denegar la cobertura de una solicitud de autorización de servicio o para aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como una **acción**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un revisor clínico colega quien podrá ser un médico o profesional de atención médica que típicamente proporciona la atención que solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, conocidos como **criterios de revisión clínica**, usados para tomar la decisión de acciones relacionadas con necesidades médicas.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos de acuerdo con un proceso **estándar** o **acelerado**.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si:

- Se cree que una demora podría causar perjuicio grave a su salud
- Está recibiendo servicios continuos o extendidos bajo un plan de tratamiento prescrito por un proveedor de atención médica
- Está recibiendo servicios de atención médica a domicilio después de una admisión hospitalaria

Se tomará una decisión en un plazo de 1 día hábil después de recibir toda la información necesaria.

Si su solicitud para una revisión acelerada es denegada, le informaremos y su caso será manejado de acuerdo con el proceso de revisión estándar. Si usted está en el hospital o acaba de salir del mismo y recibimos una solicitud para atención médica domiciliaria cubierta por Medicaid, manejaremos la solicitud como una revisión acelerada. En todos los casos, revisaremos su solicitud lo más rápido que su condición médica lo requiera pero no después de lo mencionado a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor tanto por teléfono como por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le informaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para apelaciones o audiencias imparciales si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Períodos de tiempo para solicitudes de autorización previa:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles después de tener toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras en un plazo no mayor a 14 días después que recibimos su solicitud; antes del día 14 le informaremos si necesitamos más información
- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 3 días hábiles; al tercer día hábil le informaremos si necesitamos más información
- Si usted está en el hospital o acaba de salir del mismo y pide atención médica domiciliaria cubierta por Medicaid un viernes o antes de un día feriado y proporciona toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión a más tardar en 72 horas

Períodos de tiempo para solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 días hábil después de tener toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras en un plazo no mayor a 14 días después que recibimos su solicitud; antes del día 14 le informaremos si necesitamos más información
- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil después de tener toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras en un plazo no mayor a 3 días hábiles después que recibimos su solicitud; al tercer día hábil le informaremos si necesitamos más información

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

- Le escribiremos y diremos la información que se necesita; si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita
- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-866-805-4589 o escribiendo a:

**Medicaid Advantage
Amerigroup Community Care
21 Penn Plaza, 360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, New York 10001**

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Le notificaremos antes de la fecha que nuestro tiempo para revisión ha expirado. Pero si por alguna razón, no tiene noticias nuestras para esa fecha, es lo mismo que si le negáramos su solicitud de autorización de servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación de acción ante nosotros. Vea la sección Apelación de Acción más adelante en este manual.

Otras Decisiones Sobre Su Atención

Algunas veces, haremos una revisión concurrente sobre la atención que está recibiendo para ver si todavía necesita la atención. Podremos también revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se conoce como **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Períodos de tiempo para notificación de otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos una decisión para reducir, suspender o dar por terminada la cobertura de un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo ahora, le debemos informar por lo menos 10 antes de que cambiemos el servicio
- Si estamos revisando la atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago, en un plazo de 30 días después de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva; si negamos el pago por un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que el pago es denegado; no tendrá que pagar por ninguna atención recibida que estaba cubierta por el plan o por Medicaid aún si posteriormente denegamos el pago al proveedor

Servicios De Medicaid No Cubiertos Por Nuestro Plan

Hay algunos servicios cubiertos por Medicaid que Medicaid Advantage no proporciona. Puede recibir estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficio de Medicaid. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 si tiene una pregunta sobre si un beneficio está cubierto por Medicaid Advantage o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficio de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por el Plan Amerivantage Classic + Rx a través de Medicare según lo descrito en el Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx. Medicaid Regular cubrirá ciertos medicamentos no cubiertos por el Plan Amerivantage Classic + Rx o Medicare, tales como barbitúricos, benzodiazepinas, algunas vitaminas recetadas y algunos medicamentos sin receta. Medicaid también puede cubrir medicamentos a los que denegamos cobertura bajo Medicaid Advantage. Esto está limitado a ciertos tipos de medicamentos: anti-psicóticos atípicos, anti-depresivos, anti-retrovirales; y, bajo ciertas circunstancias, medicamentos anti-rechazo usados en transplantes. También puede recibir fórmulas enterales y algunos suministros médicos que no cubrimos de cualquier farmacia que acepte Medicaid. Pueden aplicar copagos de Medicaid Regular.

Ciertos servicios de salud mental, incluyendo:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Manejo de caso para enfermos mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención parcial de hospital no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación a personas en casas comunitarias o en tratamiento de base familiar
- Tratamiento continuo en el día
- Tratamiento comunitario asertivo
- Servicios personalizados orientados a recuperación

Ciertos servicios para retardo mental y discapacidades del desarrollo, incluyendo:

- Terapias prolongadas
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos bajo la Exención de Servicios de Base Domiciliaria y Comunitaria
- Servicios de Exención Médicos Modelo (atención en casa)

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento con metadona
- Servicios de atención personal
- Manejo de caso integral de Medicaid
- Terapia de observación directa para TB (Tuberculosis)
- Tratamiento diurno de adultos para personas con VIH/SIDA
- Manejo de caso HIV COBRA
- Cuidado de adultos durante el día
- Servicios de respuesta de emergencia personal
- Días en centros de enfermería especializados no cubiertos por Medicare
- Servicios de planificación familiar fuera de la red

Planificación Familiar

Los miembros de Medicaid Advantage pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que proporcione atención de planificación familiar. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria.

Servicios No Cubiertos por Medicaid Advantage o Medicaid

Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por el Plan Medicaid Advantage de Amerigroup o por Medicaid si su proveedor le informa anticipadamente que estos servicios no están cubiertos y usted acepta pagar por ellos.

Ejemplos de servicios no cubiertos por Medicaid Advantage o Medicaid son:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Atención podiátrica de rutina a menos que esté cubierta por la porción de Medicare del plan
- Artículos personales y de confort
- Servicios y tratamiento de fertilidad
- Servicios de un proveedor que no es parte del plan (a menos que Medicaid Advantage le envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589.

Desafiliación Del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup**Puede elegir desafiliarse**

Puede pedir salirse del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup en cualquier momento por cualquier motivo.

Para solicitar la desafiliación, llame a Servicios al Miembro o a New York Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678 para obtener ayuda para desafiliarse o transferirse. Podría tomar hasta 6 semanas para procesar, dependiendo de cuándo se recibe su solicitud. Puede pedir una desafiliación más rápida si piensa que una demora podría perjudicar su salud. También puede solicitar una acción más rápida si deja nuestro plan de Medicare o piensa que estaba afiliado a este programa sin su consentimiento. Solo llame a New York Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678.

Puede desafiliarse de Medicaid regular o ingresar a otro Plan Medicaid Advantage siempre y cuando también ingrese a ese plan para su cobertura de Medicare.

Tendrá que dejar el Plan Medicaid Advantage de Amerigroup si:

- Deja de estar en el Plan de Amerivantage Classic + Rx para su cobertura de Medicare
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup
- Ingresa a un programa de atención médica prolongada a domicilio o a un programa de atención administrada prolongada
- Se considera que usted tiene estado permanente en un asilo o cierta otras instituciones
- Lo encarcelan
- Tiene un cambio en su elegibilidad de Medicaid o es parte de un programa que lo hace no elegible para Medicaid Advantage

En algunos casos, el Plan Medicaid Advantage de Amerigroup le podrá garantizar la cobertura. Esto significa que no lo sacaremos como miembro de nuestro Plan Medicaid Advantage durante los primeros 6 meses de su afiliación, aun si ya no es elegible para Medicaid y su caso de Medicaid es cerrado. Su cobertura no estará garantizada si la razón por la que perdió su elegibilidad a Medicaid está relacionada con muerte, cambio de estado o encarcelamiento. Durante este tiempo, puede recibir los servicios que cubre nuestro Plan Medicaid Advantage. También puede recibir atención de planificación familiar y beneficios limitados de farmacia de Medicaid usando su tarjeta de Medicaid. No aplica cobertura garantizada si elige abandonar el Plan Medicaid Advantage de Amerigroup o si Amerigroup abandona el Programa Medicaid Advantage.

Podemos pedirle que abandone el plan

Le pediremos que abandone nuestro Plan Medicaid Advantage si se le ha pedido abandonar nuestro Plan Amerivantage de Medicare (vea el Capítulo 10 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Amerivantage Classic + Rx para conocer las razones por las que Amerivantage debe dar por terminada su membresía en el plan).

Qué Debe Hacer Si Tiene Un Reclamo Sobre Nuestro Plan o Desea Apelar Una Decisión Sobre Su Atención

Como miembro doblemente elegible de nuestro plan, puede presentar reclamos y apelaciones sobre nuestros servicios basado en si Amerigroup determina que los servicios están cubiertos por Medicare o por Medicaid.

- Para reclamos y apelaciones sobre un servicio que solo está cubierto por Medicare (por ejemplo, servicios quiroprácticos), seguirá las reglas definidas en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de Medicare del Plan Amerivantage Classic + Rx
- Para reclamos y apelaciones sobre un servicio que solo está cubierto por Medicaid (por ejemplo, servicios privados de enfermería, transporte no de emergencia, si están cubiertos por el plan, y servicios odontológicos, si están cubiertos por el plan), seguirá las reglas de Medicaid listadas a continuación
- Para reclamos y apelaciones sobre todos los otros servicios cubiertos por el Plan Amerivantage Classic + Rx, podrá escoger seguir las reglas de Medicare descritas en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de Amerivantage Classic + Rx o las reglas de Medicaid descritas a continuación

Si escoge seguir las reglas de Medicaid, no puede usar sus derechos de reclamo y apelación de Medicaid, incluyendo el derecho a una audiencia estatal imparcial en relación con el reclamo o la apelación. Pero si escoge seguir las reglas de Medicaid, tendrá hasta 60 días a partir del día de la notificación de denegación de cobertura por parte de Medicaid Advantage de Amerigroup para usar sus derechos de reclamo y apelación de Medicare.

Amerigroup explicará los procesos de reclamos y apelaciones disponibles, dependiendo del reclamo que presenta. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 para obtener mayor información sobre sus derechos y las opciones disponibles.

REGLAS DE MEDICAID PARA APELACIONES Y RECLAMOS

Apelaciones de acción

Si no está satisfecho con nuestras decisiones sobre su atención de Medicaid, hay pasos que puede tomar.

Su proveedor puede solicitar reconsideración:

Si tomamos una decisión sobre que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o investigativa, sin hablar con su médico, este podrá pedir hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de 1 día hábil.

Puede presentar una apelación de acción:

Si no está satisfecho con una acción que tomamos o lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días hábiles después de tener noticias nuestras para presentar una apelación de acción. Puede hacer esto por sí mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación de acción en su nombre. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 si necesita ayuda para presentar una apelación de acción.

No lo trataremos en forma diferente ni actuaremos de mala manera con usted por el hecho de que presente una apelación de acción.

La apelación se puede hacer por teléfono o por escrito. Si hace una apelación de acción por teléfono, debe ser seguida de una apelación por escrito.

Su apelación de acción será revisada de acuerdo con el proceso acelerado si:

- La denegación emitida se debió a que el servicio no era médicamente necesario o era con fines experimentales o de investigación, y usted o su médico solicitan que su apelación de acción sea revisada de acuerdo con el proceso acelerado; su médico tendría que explicar cómo un retraso causaría perjuicio a su salud; si su solicitud acelerada es denegada, le informaremos y su apelación de acción será revisada de acuerdo con el proceso estándar o
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo ahora o necesita extender un servicio que ha sido proporcionado o
- Su solicitud fue denegada cuando pidió atención médica domiciliaria cubierta por Medicaid después de que estuvo en el hospital

Las apelaciones de acción aceleradas se pueden hacer por teléfono y no tienen que ser seguidas por apelaciones escritas.

¿Qué sucede después que recibimos su apelación de acción?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación
- Las apelaciones de acción de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de atención médica calificados quienes no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno será un revisor clínico colega
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión
- Antes y durante la apelación, usted o su designado pueden ver su expediente del caso, incluyendo registros médicos y cualquier otro documento y registros que se están usando para tomar una decisión sobre su caso
- También puede proporcionar información que será usada para tomar la decisión en persona o por escrito
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica; si aún no está satisfecho, se le informará sobre cualquier derecho de apelación adicional que tenga, o usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125

Período de tiempo para apelaciones de acción:

- Apelaciones estándares: Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días después de recibir su apelación; se le enviará una notificación escrita sobre nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles después que tomamos la decisión
- Apelaciones aceleradas: Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos las decisiones de apelación acelerada en un plazo de 2 días hábiles después que recibimos la información necesaria; en un plazo de 3 días hábiles después de proporcionarnos su apelación, le informaremos si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente enviaremos una notificación escrita

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

- Le escribiremos e informaremos qué información se necesita; si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita
- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 o escribiendo a:

**Medicaid Advantage
Amerigroup Community Care
21 Penn Plaza, 360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, New York 10001**

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acción. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Si su denegación original se debió a que dijimos que el servicio no era médicamente necesario o era experimental o de investigación o el servicio fuera de la red no era diferente de un servicio que está disponible en nuestra red y no le informamos nuestra decisión sobre su apelación de acción a tiempo, se revertirá la denegación original en su contra. Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención:

En algunos casos, podrá continuar los servicios mientras espera que se decida su caso de apelación de acción. Podrá continuar los servicios que están programados para terminar o ser reducidos si apela y solicita una audiencia imparcial:

- En un plazo de 10 días hábiles después de haber sido informado que su solicitud se denegó o su atención va a cambiar
- Antes de la fecha en que el cambio en los servicios está programada para ocurrir

Si su apelación o audiencia imparcial resulta en otra denegación, podrá tener que pagar por el costo de cualquier beneficio continuo que recibió. La decisión que recibe del oficial de la audiencia imparcial será definitiva.

Si denegamos su apelación y no está satisfecho, puede apelar nuevamente usando el proceso de apelaciones o el proceso de audiencia imparcial descrito a continuación.

Apelaciones externas

Si el plan decide denegar la cobertura de un servicio médico y su médico lo solicitó porque no es médicamente necesario o es para fines experimentales o de investigación o el servicio fuera de la red no era diferente de un servicio que está disponible en nuestra red, puede solicitarle al Estado de New York una apelación externa independiente. Esto se conoce como una apelación externa porque es decidida por revisores que no trabajan para el plan de salud o el Estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de que apele al Estado, debe presentar una apelación de acción ante el plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan, o:

- Si tuvo una apelación de acción acelerada y no está satisfecho con la decisión del plan, puede escoger presentar una apelación de acción estándar ante el plan o ir directamente a una apelación externa
- Usted y el plan podrán acordar omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a una apelación externa

Puede solicitar una apelación externa si aplica uno de los siguientes:

- La denegación emitida se debió a que el servicio no era médicamente necesario y ha agotado el proceso de apelación de acción interno a través de Amerigroup; o usted y Amerigroup acuerdan rescindir del proceso de apelación de acción interno
- La denegación emitida se debió a que el servicio era con fines experimentales o de investigación y ha agotado el proceso de apelación de acción interno a través de Amerigroup; o usted y Amerigroup acuerdan rescindir del proceso de apelación de acción interno, en este caso, su médico debe confirmar que tiene una condición discapacitante o que amenaza su vida o una enfermedad rara en que:
 - El tratamiento médico estándar no es efectivo o médicamente correcto o no existe
 - Un médico certificado por una junta autorizada o un médico elegible por la junta recomienda: a) un tratamiento o medicina, sobre la base de dos documentos de evidencia médica y científica, que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier tratamiento de cobertura estándar, b) en el caso de una enfermedad rara, un tratamiento en el cual los beneficios sobrepasan los riesgos, o c) en el caso de una enfermedad rara, un ensayo clínico para el cual usted es elegible
- La denegación fue emitida debido a que el servicio está siendo proporcionado por un proveedor que no es parte de la red de Amerigroup y ha agotado el proceso de apelación de acción interno a través de Amerigroup; o usted y Amerigroup acuerdan rescindir del proceso de apelación de acción interno, en este caso, su médico debe confirmar que:
 - El servicio de un proveedor fuera de la red es muy diferente al servicio propuesto por un proveedor dentro de la red
 - Un médico certificado o elegible por la junta recomienda un tratamiento proporcionado por un proveedor fuera de la red, sobre la base de dos documentos de evidencia médica y científica, probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier tratamiento de cobertura estándar proporcionado por un proveedor dentro de la red, y los beneficios del tratamiento sobrepasan los riesgos

Tiene 45 días después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar una apelación externa en un plazo de 45 días después de que hizo ese acuerdo.

Las apelaciones adicionales a su plan de salud podrán estar disponibles si desea usarlas. Sin embargo, si desea una apelación externa, debe aun presentar la aplicación ante el Departamento Estatal de Seguro en un plazo de 45 días después de la fecha en que el plan le proporciona la notificación de la determinación adversa definitiva o cuando usted y el plan acordaron rescindir del proceso de apelación del plan.

Perderá su derecho a una apelación externa si no presenta una aplicación para una apelación externa a tiempo.

Para solicitar una apelación externa, llene una aplicación y envíela al Departamento Estatal de Seguro. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar la información sobre su problema médico. La aplicación para apelación externa lista la información que se necesitará.

Estas son algunas formas para obtener una aplicación:

- Llamar al Departamento Estatal de Seguro al 1-800-400-8882
- Visitar el sitio Web del Departamento Estatal de Seguro en www.ins.state.ny.us
- Ponerse en contacto con el plan de salud al 1-866-805-4589

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Podrá ser necesario más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de aplicación externa solicita más información. Usted y el plan serán informados sobre la decisión final en un plazo de 2 días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico dice que un retraso causará grave perjuicio a su salud. Esto se conoce como una **apelación externa acelerada**. El revisor de apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 3 días o menos. El revisor le informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta informándole la decisión.

También podrá solicitar una audiencia imparcial si el plan decidió denegar, reducir o dar por terminada la cobertura de un servicio médico. Podrá solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la audiencia imparcial será la que cuenta.

Reclamos

Esperamos que nuestro plan lo atienda bien. Si tiene un problema, llame a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 o escriba a Servicios al Miembro. Recuerde que los reclamos sobre servicios que solo son un beneficio bajo Medicare deben ser manejados a través del proceso de reclamos del Plan Amerivantage Classic + Rx de Medicare. Los reclamos sobre servicios cubiertos solamente por Medicaid se deben manejar a través del proceso de reclamos de Medicaid del Plan Medicaid Advantage de Amerigroup. Puede escoger usar el proceso de reclamos de Medicare o Medicaid para reclamos sobre los servicios que Amerigroup determina que son un beneficio tanto bajo Medicare como Medicaid. Si presenta un reclamo bajo el proceso de Medicare, no será elegible para presentar una apelación de reclamo bajo el proceso de Medicaid.

La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Los problemas que no se resuelven por teléfono y están relacionados con los beneficios bajo los servicios tanto de Medicare como de Medicaid serán manejados de acuerdo con los procedimientos descritos a continuación. Puede pedirle a alguien de su confianza (tal como un representante legal, un familiar o amigo) que presente el reclamo en su nombre. Si necesita nuestra ayuda debido a que es sordo o tiene dificultades auditivas o tiene baja visión, o si necesita servicios de traducción, lo podemos ayudar. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo.

Cómo presentar un reclamo ante el plan:

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios al Miembro al número 1-866-805-4589, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora local. Si nos llama fuera de horas hábiles, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos.

Puede enviar su reclamo por escrito a:

Member Complaints, Appeals and Grievances
Amerigroup Community Care
P.O. Box 61116
Virginia Beach, VA 23466

¿Qué pasa después?

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 día hábiles. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su reclamo
- Cómo ponerse en contacto con esta persona
- Si necesitamos más información

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después que revisamos su reclamo:

- Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 30 días después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo; es posible que necesitemos más información suya o de la persona que presentó el reclamo en su nombre; de ser así, extenderemos el proceso otros 14 días; si hacemos esto, le informaremos por escrito la razón de la demora; también puede solicitarnos que extendamos el proceso en caso de que cuente con más detalles que debemos revisar; le escribiremos e informaremos las razones de nuestra decisión
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en un plazo no mayor a 7 días después de la fecha en que recibimos su reclamo; lo llamaremos para informarle nuestra decisión o trataremos de comunicarnos con usted para informarle; recibirá una carta para dar seguimiento a nuestra comunicación en 3 días calendarios
- Se le informará cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho, e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo debido a que no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta informándole

Apelaciones de reclamo

Si está en desacuerdo con una decisión que hemos tomado sobre su reclamo, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación de reclamo** ante el plan. Las apelaciones de reclamo solo se ofrecen a través del proceso de reclamo y apelación de Medicaid.

Cómo presentar una apelación de reclamo:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene 60 días hábiles después de tener noticias nuestras para presentar una apelación
- Puede hacer esto por sí mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación en su nombre
- La apelación se debe hacer por escrito o por teléfono; si hace una apelación por teléfono, debe ser seguida de una apelación por escrito' después que llame, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica; si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario; puede hacer cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario de vuelta

¿Qué sucede después que recibimos su apelación de reclamo?

Después que recibamos su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días.

La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación de reclamo
- Cómo ponerse en contacto con esta persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de reclamo será revisada por una o más personas calificadas en un nivel más alto que el de aquellos que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación de reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de salud calificados que no estaban involucrados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo. Por lo menos una persona de las que revisa su caso será un revisor clínico colega.

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en 2 días hábiles después que tenemos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Audiencias imparciales

En algunos casos, podrá solicitar una audiencia imparcial al Estado de New York. Podrá solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 60 días después de recibir la notificación de una determinación adversa si:

- No está satisfecho con una decisión tomada por el Departamento Local de Servicios o el Departamento de Salud del Estado de New York sobre su permanencia o salida del Programa Medicaid Advantage
- No está satisfecho con una decisión tomada por Amerigroup sobre uno de los servicios que estaba recibiendo; siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o el plan no tomó la decisión en un período de tiempo razonable
- No está satisfecho con una decisión tomada por Amerigroup que denegó los servicios; siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que Amerigroup no tomó la decisión en un período de tiempo razonable
- No está satisfecho con una decisión que su médico no ordenaría uno de los servicios de Medicaid que usted deseaba, y siente que la decisión del médico suspende o limita sus beneficios de Medicaid; debe presentar un reclamo y una apelación ante Amerigroup, y si Amerigroup está de acuerdo con su médico, usted podrá solicitar una audiencia estatal imparcial

En algunos casos, podrá seguir recibiendo la atención de la misma forma mientras espera su audiencia imparcial.

Si presentó un reclamo o apelación de acuerdo con las reglas de Medicare, no podrá solicitar una audiencia estatal imparcial sobre el mismo reclamo o apelación.

Puede usar una de las siguientes formas para solicitar una audiencia imparcial:

- Por teléfono; llamando a la línea gratuita al 1-800-342-3334
- Por fax al 518-473-6735
- Por Internet en www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo:

**Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201**

Recuerde, puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-866-712-7197. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-805-4589 si tiene alguna pregunta.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de Medicaid Advantage de Amerigroup, tiene derecho a:

- Recibir información sobre Amerigroup y atención administrada
- Ser tratado con respeto y consideración para su dignidad y privacidad
- Obtener información sobre opciones de tratamiento y alternativas presentadas en una forma y lenguaje que entienda
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar un tratamiento
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usada como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza
- Obtener una copia de sus registros médicos y pedir que los registros sean enmendados y corregidos

Sus responsabilidades

Como miembro de Medicaid Advantage de Amerigroup, tiene la responsabilidad de:

- Recibir todos sus beneficios cubiertos a través de Medicaid Advantage y obtener la aprobación por los servicios según se requieran
- Proporcionar información médica y personal clara y completa sobre su persona a los proveedores y representantes de Medicaid Advantage de Amerigroup
- Ponerse en contacto con nosotros cuando necesite ayuda o tiene una pregunta
- Seguir su plan de atención que fue acordado y solicitar cambios según sea necesario
- Mantener la elegibilidad de Medicaid Advantage y Medicare
- Notificar a Medicaid Advantage de Amerigroup cuando está lejos o fuera de la ciudad

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Puede llegar el día en que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificar anticipadamente, puede coordinar ahora para que sus deseos se puedan realizar. Primero, permita que la familia, amigos y su médico conozcan qué clases de tratamiento desea o no desea. Segundo, puede nombrar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su Proveedor de Atención Primaria (PCP), su familia u otros cercanos a usted para que sepan lo que desea. Tercero, es mejor si coloca sus pensamientos por escrito. Los documentos listados a continuación pueden ayudar. No tiene que usar a un abogado, pero podrá desear hablar con uno sobre esto. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener estos documentos. Ellos no cambian su derecho a los beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

Apoderado de atención médica - Con este documento, nombra a otro adulto de su confianza (usualmente un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si no es capaz de hacerlo. Si hace esto, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

Resucitación cardiopulmonar y no resucitación - Usted tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reiniciar su corazón o pulmones si su respiración o circulación se detienen. Si no desea tratamiento especial, incluyendo Resucitación Cardiopulmonar (CPR), debe hacer que sus deseos se conozcan por escrito. Su PCP proporcionará una orden de No Resucitación (DNR) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario DNR para llevarlo consigo y/o usar un brazalete que permitirá que cualquier proveedor médico de emergencia sepa acerca de sus deseos.

Tarjeta de donante de órgano – Esta tarjeta tamaño cartera dirá que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para permitir que otros sepan si y cómo desea donar sus órganos.

Cómo Informar Sobre El Uso Indebido Del Programa Medicaid Advantage

El fraude y el abuso del sistema de atención médica crea pérdida de tiempo y de dinero que podría ser empleado por otros que realmente necesitan estos servicios. Si sabe de alguien que está haciendo uso indebido del programa de Medicaid Advantage, le alentamos a informarlo.

Para informar sobre médicos, clínicas, hospitales, hogares de ancianos o afiliados a Medicaid Advantage, escriba o llame a Amerigroup a:

**Corporate Investigation Department
Amerigroup Community Care
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23462
1-866-805-4589**

Las sospechas de fraude y abuso pueden ser enviadas por e-mail directamente al departamento Corporativo de Investigaciones de Amerigroup Community Care a corpinvest@amerigroupcorp.com. O vaya en línea a www.myamerigroup.com. Haga clic en el vínculo Report Waste, Fraud & Abuse (Informar sobre desperdicio, fraude y abuso) para informar los detalles sobre un posible problema. Esta información es enviada directamente a la dirección de e-mail citada anteriormente, la cual es revisada todos los días laborables.

También puede llamar a la Unidad de Fraude y Abuso de la Oficina del Inspector General del Estado de New York al 1-877-873-7283.

Amerigroup es una empresa culturalmente diversa. Recibimos a todas las personas elegibles en nuestros programas de atención médica, independientemente del estado de salud. Si tiene preguntas o dudas, llame al 1-866-805-4589 (TTY 1-800-855-2880) y pida la extensión 34925. O visite www.myamerigroup.com.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

ESTA NOTIFICACIÓN ESTÁ EN VIGENCIA DESDE EL 14 DE ABRIL DE 2003.

¿DE QUÉ SE TRATA ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación le informa:

- Cómo Amerigroup maneja su información médica protegida
- Cómo Amerigroup usa y divulga su información médica protegida
- Sus derechos sobre su información médica protegida
- Las responsabilidades de Amerigroup sobre la protección de su información médica protegida

Esta Notificación sigue las Normas de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Estas reglas han sido emitidas por el gobierno federal. El gobierno federal le exige a empresas como Amerigroup que siga los términos de estas reglas y esta Notificación. Esta Notificación también está disponible en el sitio Web de Amerigroup en www.myamerigroup.com.

NOTA: Es posible que también reciba una Notificación de Prácticas de Privacidad del Estado y de otras organizaciones.

¿QUÉ ES INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Información Médica Protegida (PHI): Las Normas de Privacidad de la HIPAA definen información médica protegida como:

- Información que lo identifica a usted o que puede ser usada para identificarlo
- Información que provenga de usted o que haya sido creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador u otro centro de documentación de atención médica
- Información sobre su salud o condición mental o física, la forma en que se le provee atención médica o cómo se paga la atención médica que le proveen

En esta Notificación, información médica protegida se escribirá como PHI.

¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DE AMERIGROUP HACIA USTED SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

La PHI de usted y de su familia es personal. Tenemos reglas sobre mantener la privacidad de esta información. Estas reglas están diseñadas para cumplir con los requisitos estatales y federales.

Amerigroup debe:

- Mantener la privacidad de la PHI que tenemos o mantenemos sobre usted
- Proporcionarle esta Notificación sobre cómo obtenemos y mantenemos su PHI
- Cumplir los términos de esta Notificación
- Cumplir con las leyes de privacidad estatales, que no pueden estar en conflicto ni ser más estrictas que las Normas de Privacidad de la HIPAA

No usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, excepto como se describe en esta Notificación.

¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Las secciones que siguen informan sobre las formas en que podemos usar y compartir su PHI sin su autorización por escrito.

PARA PAGO: Es posible que usemos su PHI para que se puedan pagar los servicios de tratamientos que reciba. Por ejemplo, es posible que se pague una factura que nos envíe su proveedor usando información que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos o análisis y los suministros que fueron usados.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Es posible que usemos su PHI para operaciones de atención médica. Podemos usar la información de su registro para revisar la atención y los resultados en su caso y otros casos similares. Luego esta información será usada para mejorar la calidad y el éxito de la atención médica que reciba. Otro ejemplo de esto es usar la información para ayudarlo a afiliarse a un plan de cobertura de atención médica.

Podemos usar su PHI para ayudarlo a obtener cobertura para tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtengamos de un proveedor (enfermero, médico u otro miembro de un equipo de atención médica) será registrada y usada para ayudar a decidir la cobertura para el tratamiento que necesita. También podemos usar o compartir su PHI para:

- Enviarle información sobre uno de nuestros programas de manejo de enfermedades o de casos
- Enviar tarjetas para recordarle que es hora de que haga una cita o reciba servicios como EPSDT o Child Health Checkup
- Responder una solicitud de servicio al cliente realizada por usted
- Tomar decisiones sobre solicitudes de reclamos y apelaciones para los servicios que recibió
- Evaluar cualquier caso de fraude o abuso y asegurar el cumplimiento de las reglas

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SOCIOS COMERCIALES: Podemos celebrar contratos con socios comerciales que proveerán servicios a Amerigroup usando su PHI. Los servicios que nuestros socios comerciales pueden proveer incluyen servicios dentales para miembros, un servicio de fotocopiado que haga copias de su registro y proveedores de software de computadoras. Usarán su PHI para realizar el trabajo que les hemos solicitado. El socio comercial debe firmar un contrato en que acepte mantener la privacidad de su PHI.

PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN: Es posible que compartamos su PHI con un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano u otro representante personal que usted escoja. Esto dependerá de la forma en que la persona esté involucrada en su atención o el pago relacionado con su atención. Podemos compartir su información con padres o tutores, si así lo permite la ley.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY: Podemos compartir su PHI si así lo solicitan autoridades de cumplimiento de la ley. Compartiremos su PHI en los casos que lo exija la ley o como respuesta a citaciones, pedidos de presentación de pruebas y otras órdenes legales o de la corte.

OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS: Podemos usar o compartir su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica relacionados con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con un proveedor de atención médica de modo que pueda tratarlo.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Podemos usar o compartir su PHI para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos utilizar o compartir información para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos compartir información con una autoridad

de salud pública autorizada para obtener informes de abuso de menores, abandono de menores o violencia doméstica.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN MÉDICA: Podemos compartir su PHI con una agencia de supervisión médica para realizar actividades aprobadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, actividades de concesión de licencias o disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales que se ocupan del sistema de atención médica, programas de beneficios incluyendo Medicaid y SCHIP y otros programas de regulación gubernamental.

INVESTIGACIÓN: Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en que una junta revisora institucional o una junta de privacidad hayan cumplido con los requisitos de información de la HIPAA.

MÉDICOS FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS: Podemos compartir su PHI para identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte o realizar otros deberes de los médicos forenses o examinadores médicos permitidos por la ley. También podemos compartir información con directores de funerarias, según lo permite la ley. Además, podemos compartir PHI con organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, córneas o tejidos.

PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O SEGURIDAD: Podemos compartir su PHI si estimamos que es necesario para prevenir o reducir una amenaza seria y probable a la salud o seguridad de una persona o del público.

PARA PREVENIR RETRASOS EN EL TRATAMIENTO: Podemos compartir su PHI para prevenir retrasos en el tratamiento. Por ejemplo, si cambia de plan de salud, podemos compartir su PHI con su nuevo plan de salud si estimamos que es necesario para evitar retrasos en su tratamiento.

ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL: En determinadas condiciones, podemos compartir su PHI si usted está o estuvo en las Fuerzas Armadas. Tal puede ser el caso de actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas.

DIVULGACIONES AL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS: Debemos compartir su PHI con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Esto sucede cuando el Secretario evalúa o decide si estamos cumpliendo las Normas de Privacidad de la HIPAA.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Deseamos que conozca cuáles son sus derechos sobre su PHI y de la PHI de los demás integrantes de su familia miembros de Amerigroup.

DERECHO A RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AMERIGROUP

Cada jefe de caso o cabeza de familia recibirá una copia impresa de esta Notificación en el paquete de Bienvenida al Nuevo Miembro.

Tenemos derecho a cambiar esta Notificación. Una vez que esto suceda, se aplicará a la PHI que tengamos al momento en que se haga el cambio y a la PHI que teníamos antes del cambio. Se le enviará una nueva Notificación que incluya los cambios y las fechas de vigencia de éstos a la dirección registrada a su nombre. Los cambios a nuestra Notificación también se incorporarán a nuestro sitio Web. Puede solicitar una copia impresa de la Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Si es sordo o si tiene problemas auditivos y desea hablar con Servicios al Miembro, llame a la línea gratuita del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2880.

DERECHO A SOLICITAR UN REPRESENTANTE PERSONAL

Usted tiene derecho a solicitar un representante personal para que actúe en su nombre y Amerigroup tratará a esa persona como si fuese usted.

A menos que usted imponga alguna restricción, su representante personal tendrá acceso ilimitado a todos sus registros de Amerigroup. Si desea designar un representante personal, Amerigroup le exigirá que presente su solicitud por escrito. Deberá completar un formulario de representante personal y enviarlo por correo a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Para solicitar un formulario de representante personal, comuníquese con Servicios al Miembro. Le enviaremos un formulario que debe completar. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

DERECHO DE ACCESO

Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de toda la información relativa a afiliación, reclamaciones, pagos y manejo de casos que esté en los archivos de Amerigroup. Este archivo de información se denomina conjunto de registros designados. Le suministraremos la primera copia gratis en cualquier periodo de 12 meses.

Si desea una copia de su PHI, debe solicitarla por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. La dirección está al final de esta Notificación. Responderemos a su solicitud por escrito en 30 días de calendario. Es posible que solicitemos 30 días calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le informaremos si necesitamos el tiempo adicional.

- No conservamos copias completas de sus registros médicos; si desea una copia de su registro médico, debe ponerse en contacto con su médico u otro proveedor; siga las instrucciones del médico o proveedor para obtener una copia; su médico u otro proveedor pueden cobrarle el costo de copiado y/o envío del registro
- Nos reservamos el derecho a no permitirle el acceso total o parcial a su PHI por determinadas razones, por ejemplo, si:
 - La divulgación de la información podría ocasionarle un daño a usted o a otras personas
 - La información fue recolectada o creada para una investigación o como parte de un procedimiento civil o penal

Le notificaremos la razón por escrito. También le daremos información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

DERECHO DE ENMIENDA

Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información en su registro médico si considera que ésta no es correcta.

Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar un formulario. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

- Indique la razón por la que solicita un cambio
- Si el cambio que solicita es en su registro médico, póngase en contacto con el médico que lo redactó; el médico le indicará qué debe hacer para modificar el registro médico; responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días después de recibirla; es posible que solicitemos 30 días adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le informaremos si necesitamos el tiempo adicional

Podemos denegar la solicitud de cambio. Le enviaremos por escrito la razón de tal denegación si:

- La información no fue creada o ingresada por Amerigroup
- La información no es guardada por Amerigroup
- Usted tiene prohibido por ley el acceso y copia de dicha información

- La información ya es correcta y completa

DERECHO A UN INFORME DE CIERTAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI. Este informe es una lista de las veces que compartimos su información para fines ajenos a las operaciones de pago y de atención médica.

La mayoría de las divulgaciones de su PHI por parte de nuestros socios comerciales o por nosotros mismos será para realizar operaciones de pagos o de atención médica.

Para solicitar una lista de divulgaciones, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. En su solicitud, debe indicar un período de tiempo del que desea información. El período de tiempo no puede superar los 6 años y no puede incluir las fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES

Usted tiene derecho a solicitar que no se utilice o comparta su PHI. No tiene derecho a solicitar límites cuando compartimos su PHI por exigencia de una autoridad de cumplimiento de la ley, oficiales de la corte o agencias Estatales y Federales en el cumplimiento de la ley. Nos reservamos el derecho de denegar una solicitud de restricción de su PHI.

Para solicitar un límite en el uso de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. La solicitud debe incluir:

- La información que desea limitar y el motivo por el que desea restringir el acceso
- Si desea limitar la utilización o la divulgación de la información, o ambas cosas
- La persona o las personas a las que deben aplicarse los límites

Analizaremos su solicitud y decidiremos si aceptamos o denegamos la solicitud en un plazo de 30 días. En caso de denegarla, le enviaremos una carta explicándole la razón.

DERECHO A CANCELAR UNA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Debemos tener su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su PHI por cualquier motivo ajeno a las operaciones de pagos y atención médica, u otros usos y divulgaciones descritos en Otros Usos de la Información Médica Protegida. Si necesitamos su autorización, le enviaremos un formulario de autorización que explique el uso de dicha información. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento, siguiendo las instrucciones que se presentan a continuación.

Envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. Esta cancelación sólo se aplicará a las solicitudes para usar y compartir la información solicitada después de recibida su Notificación.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de un modo determinado o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente a la de su hogar.

Las solicitudes para cambiar la forma en que nos comunicamos con usted se deben presentar por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. Su solicitud debe indicar el modo y el lugar en que desea que nos pongamos en contacto con usted.

¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE QUE PRESENTAR UN RECLAMO SOBRE EL MODO EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS COMERCIALES MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante Amerigroup o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante Amerigroup o apelar una decisión sobre su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup o comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

Para presentar un reclamo ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, envíe su solicitud por escrito a:

**Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
26 Federal Plaza, Suite 3312
New York, NY 10278**

No perderá su afiliación a Amerigroup ni los beneficios de atención médica si presenta una queja. Incluso si presenta una queja, seguirá recibiendo cobertura de atención médica de Amerigroup mientras sea miembro.

¿DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR LAS SOLICITUDES O PREGUNTAS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Puede llamarnos a nuestra línea gratuita al 1-800-600-4441.

O puede enviarnos sus preguntas o solicitudes, como los ejemplos listados en esta Notificación, a la siguiente dirección:

**Member Privacy Unit
Amerigroup Community Care
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462**



Amerigroup
RealSolutions[®]
in healthcare