



COMMONWEALTH OF VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA (DMAS)



Sentara Community Plan
Manual para miembros

En vigencia a partir del 1 de enero de 2024

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Índice

1. Empecemos.....	6
Bienvenido a Cardinal Care	6
Otros idiomas y formatos	6
Aviso de no discriminación	10
Información de contacto importante	11
Mantenerse conectado.....	12
2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care.....	13
Inscripción en el plan de salud.....	13
Paquete de bienvenida	14
Otro seguro	16
3. Proveedores y cómo recibir la atención	17
Red de proveedores de Sentara Health Plans	17
Proveedores de atención primaria (PCP).....	17
Especialistas	18
Proveedores fuera del estado.....	19
Cuando un proveedor abandona la red.....	19
Recibir atención fuera de la red de Sentara Health Plans	19
Opciones para los miembros del centro de enfermería	20
Cómo programar citas con los proveedores.....	20
Estándares para las citas.....	20
Telesalud	21
Recibir atención en el lugar adecuado cuando se necesita y con rapidez	21
Recibir atención fuera del horario de atención	23
Transporte para recibir la atención	23
4. Coordinación y gestión de atención	24
Coordinación de atención	24
¿Qué es la gestión de atención?	24
Cómo obtener un gestor de atención.....	24

Evaluación de riesgos de salud	25
Su plan de atención.....	26
Su equipo de atención	26
Coordinación con Medicare u otros planes de salud	26
Servicios de gestión de atención adicionales	26
5. Sus beneficios.....	27
Descripción general de los beneficios cubiertos	27
Beneficios para todos los miembros.....	27
Beneficios para los inscritos en la Exención para Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) ..	33
Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años	34
Beneficios para la planificación familiar y para las personas embarazadas y en periodo posparto.....	35
Cobertura para el recién nacido	36
Beneficios adicionales para los miembros de Sentara Health Plans	36
6. Sus medicamentos con receta	38
Comprender la cobertura de medicamentos con receta	38
Medicamentos con receta para los miembros del FAMIS.....	38
Cómo obtener sus medicamentos de una farmacia de la red.....	39
Cómo recibir los medicamentos mediante el envío por correo postal	40
Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes	40
7. Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos	41
Segundas opiniones	41
Autorización de servicio.....	41
Determinaciones adversas de beneficios	43
8. Apelaciones y quejas.....	44
Apelaciones	44
Quejas	47
9. Costo compartido.....	49
Copagos.....	49
Pago como paciente.....	49
Primas	49

10. Sus derechos	50
Derechos generales.....	50
Instrucciones anticipadas.....	60
Comité Asesor para Miembros	60
11. Sus responsabilidades	61
Responsabilidades generales.....	61
Informar sobre fraude, desperdicio y abuso	62
12. Palabras clave y definiciones de este manual	64

1. Empecemos

Bienvenido a Cardinal Care

Medicaid y el plan de Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico (FAMIS) son programas de seguro médico financiados por el estado y el gobierno federal. Están administrados por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS o «el Departamento»). Para obtener más información, visite dmas.virginia.gov y dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care. Los límites de ingresos mensuales para la elegibilidad varían según el programa. Para obtener más información sobre la elegibilidad, visite coverva.dmas.virginia.gov. Ambos programas ofrecen todos los beneficios que se describen a continuación.

Este Manual para miembros explica los beneficios y cómo acceder a los servicios de Cardinal Care, el programa Medicaid/FAMIS de Virginia. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., llame al gestor de atención o visite el sitio web en sentarahealthplans.com.

Otros idiomas y formatos

Si necesita este manual en letras grandes, en otros formatos o idiomas, leído en voz alta, o si necesita una copia impresa, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711). Puede obtener lo que necesita de manera gratuita. Los miembros con necesidades alternativas de comunicación auditiva o del habla pueden marcar 711 para comunicarse con un operario del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) que puede ayudarlo. Se ofrecen herramientas y servicios auxiliares sin costo si se solicitan. Visítenos en línea en cualquier momento en sentarahealthplans.com o dmas.virginia.gov.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sentara Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sentara Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-6260 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Sentara Health Plans은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sentara Health Plans tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-687-6260 (TTY: 711)

Sentara Health Plans 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Arabic

برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-855-687-6260 رقم ه الصم والبكم : (711)

Sentara Health Plans بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو يلتزم الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sumusunod ang Sentara Health Plans sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Farsi

با (TTY: 711) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما. بگیرید تماس 1-855-687-6260 باشد می فر

Sentara Health Plans از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-687-6260 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

Sentara Health Plans የፌዴራል ሲቪል ሙብቶችን ሙብቶች የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልግልም።

Urdu

رقم هاتف الصم - 855-687-6260 ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-711 (والبكم: 1)

Sentara Health Plans قاب ل اطلاق وفاقى شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور یہ کہ نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-687-6260 (ATS: 711).

Sentara Health Plans respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-687-6260 (телетайп: 711).

Sentara Health Plans соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Hindi

ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके ि लए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-855-687-6260 (TTY: 711) पर कॉल कर।

Sentara Health Plans लागूहोने योग्य संघीय नागरक अधिकार कानून का पालन करता ह और जात, रंग, राय मूल, आयु, वकलांगता, या लग के आधार पर भेदभाव नह करता ह।

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sentara Health Plans erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যিহ আধিন বাংলা, কথা বললত িাল রন, তালেল য নঃখরচায় ভাষা সোয়তা যিলরষবা উিল আআছ।
আ ফান করন ১-৮৫৫-৬৮৭-৬২৬০ (TTY: ১-৭১১।

Sentara Health Plans যাজষ্ ফডারল নাগিরক অধিকার আইন মেন চেল এবং জাত, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অমতা, বা লের ভিত্তেত বষমষ্ কের না।

Bassa

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀ ɔ̀ -wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bé in m̀ gbo kpáa. Đá 1-855-687-6260 (TTY: 711).

Sentara Health Plans Nyo bɛ̀ɛ kpɔ̀ nyɔ̃n-dyù gbo-gm̀ -gm̀à bɛ̀ɛ dyi ké wa ní ge nyɔ̃n-dyù mú dyiin dé bódó-dù nyɔ̀ s̀ kɔ̀ ɛ́ mú, m̀w kà nyɔ̀ dyɔ̀ -kù nyu nìè kɛ́ mú, m̀w bódó bé nyɔ̀ s̀ kɔ̀ ɛ́ mú, m̀w z̃j̃ kà nyɔ̀ d̃ nyue mú, m̀w nyɔ̀ mɛ́ kó dyíe mú, m̀w nyɔ̀ mɛ́ m̀ g̀aa, m̀w nyɔ̀ mɛ́ m̀ màa kɛɛ́ mú.

Aviso de no discriminación

Sentara Health Plans cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Sentara Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sentara Health Plans:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

Servicios al Miembro de Sentara Health Plans
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
757-552-7401 o la línea gratuita 1-877-552-7401
Retransmisión TTY: 1-800-828-1140 o 711

Si considera que Sentara Health Plans no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Sentara Health Plans
1557 Coordinator/Compliance
PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466
757-552-7485

Puede presentar una queja en persona o por correo postal. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con el coordinador 1557 usando la información mencionada anteriormente.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si tiene una discapacidad visual y necesita letras grandes impresa u otra ayuda para ver este documento, llame al 1-800-881-2166 (TTY: 711).

Información de contacto importante

A continuación, se muestra una lista de los números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no está seguro sobre a quién debe llamar, póngase en contacto con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para obtener ayuda. Esta llamada es gratuita. Se ofrecen servicios gratuitos de intérpretes en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicios al Miembro de Sentara Health Plans	<p>1-800-881-2166 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Las opciones grabadas para funciones de autogestión están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. sentarahealthplans.com Descargue la aplicación móvil buscando Sentara Health Plans en App Store o Google Play.</p> <p>Puede comunicarse con su gestor de atención llamando al 1-866-546-7924 (TTY: 711) o llame al gestor de atención a través de su número de teléfono directo. Debería recibir una carta del gestor de atención en la que se le explique cómo comunicarse con él directamente.</p>
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana de Sentara Health Plans	<p>1-833-933-0487 TTY: 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>
Línea de crisis de salud conductual/ARTS	<p>1-833-686-1595 TTY: 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>
Línea de crisis de Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS):	<p>1-800-881-2166 TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.</p>
Departamento de Salud Conductual y Servicios para el Desarrollo (DBHDS) para los servicios de exención por retraso en el desarrollo (DD)	<p>Línea de ayuda de My Life My Community 1-844-603-9248 TTY: 804-371-8977 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 4.30 p. m. mylifemycommunityvirginia.org</p>

Nombre de la entidad	Información de contacto
Administrador de beneficios odontológicos de Cardinal Care	1-888-912-3456 TTY: 1-800-466-7566 dentaquest.com/state-plans/regions/virginia De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
Servicios oftalmológicos de Sentara Health Plans	1-844-453-3378 TTY: 711 vsp.com/choice
Servicios de transporte de Sentara Health Plans	1-877-892-3986 TTY: 711 De lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m.
Transporte de Cardinal Care para los servicios de exención por discapacidad del desarrollo	1-866-386-8331 TTY: 1-866-288-3133 Marque 711 para comunicarse con un operario de TRS. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de ayuda para la atención administrada de Cardinal Care	1-800-643-2273 TTY: 1-800-817-6608 De lunes a viernes, de 8.30 a. m. a 6 p. m.
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697 hhs.gov/ocr
Oficina del Defensor del Pueblo Estatal de Atención a Largo Plazo	1-800-552-5019 TTY: 1-800-464-9950 elderrightsva.org

Mantenerse conectado

¿Se ha mudado, ha cambiado de número de teléfono o tiene una nueva dirección de correo electrónico? Es importante que nos informe para que continúe disfrutando de un seguro médico de alta calidad. El Departamento y Sentara Health Plans necesitan su domicilio postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico actuales para que no se pierda ninguna actualización importante y pueda recibir información sobre los cambios en su seguro médico.

MAKE SURE TO GET THE LATEST NEWS ABOUT YOUR MEDICAID HEALTH INSURANCE.

Update your contact info today.



Puede actualizar su información de contacto hoy mismo:

- ✓ llamando a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA
- ✓ en línea en commonhelp.virginia.gov
- ✓ llamando a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans
- ✓ llamando al [Departamento de Servicios Sociales \(DSS\) local](#)

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care

Inscripción en el plan de salud

Se inscribió con éxito en Sentara Health Plans. Sentara Health Plans, un plan de atención administrada por Medicaid/FAMIS de Cardinal Care (un «plan de salud»), cubre su atención médica y ofrece gestión de atención. Un plan de salud es una organización que contrata a médicos, hospitales y otros proveedores para que trabajen juntos y le brinden la atención médica que usted (el miembro) necesita. En Virginia, existen seis planes de salud de Cardinal Care que operan en todo el estado.

Si se muda fuera del estado, ya no será elegible para Cardinal Care en Virginia, pero puede ser elegible para el programa Medicaid en el estado donde vive. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Cardinal Care, comuníquese con el [DSS local](#) o llame a [Cover Virginia](#) al 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590). Esta llamada es gratuita.

Después de la inscripción, es importante que los miembros elijan un proveedor de atención primaria (PCP), programen una visita de bienestar anual y completen una evaluación de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes, Servicios al Miembro de Sentara Health Plans está a su disposición para ayudarlo. Llame al 1-800-881-2166 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visítenos en sentarahealthplans.com.

Usted puede cambiar su plan de salud:

- Por cualquier motivo durante los primeros 90 días calendario desde la inscripción.
- Por cualquier motivo una vez al año durante el periodo de inscripción abierta.
- Por «causas justificadas» determinadas por el Departamento. Los ejemplos incluyen la calidad deficiente de la atención y la falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada. Esto incluye la atención de un OB. Si está embarazada y su OB no participa en Sentara Health Plans, y sí participa en el pago por servicio (FFS) de Medicaid, puede solicitar recibir la cobertura a través del FFS de Medicaid hasta después del nacimiento de su bebé.

Llame a la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608), de lunes a viernes, de 8.30 a.m. a 6 p.m., para obtener información sobre el periodo de inscripción abierta, las «causas justificadas», o para obtener ayuda para elegir o cambiar su plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda para atención administrada de Cardinal Care son gratuitos. Los miembros de FAMIS pueden llamar a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA para cambiar de plan de salud.

Paquete de bienvenida

Debe haber recibido una guía para miembros que incluye su tarjeta de ID de miembro y la información sobre el Directorio de proveedores y farmacias, y la Lista de medicamentos preferidos de Sentara Health Plans. Si no recibió el paquete de bienvenida, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans. También puede acceder a la información y los recursos importantes del plan de salud a través de la aplicación móvil de Sentara Health Plans o el portal para miembros seguro en sentarahealthplans.com.

Tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans

Debe mostrar su tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans para obtener los servicios o medicamentos con receta cubiertos por Sentara Health Plans (consulte el ejemplo de la tarjeta de ID de miembro a continuación) cuando acuda al proveedor o la farmacia. Si no recibió su tarjeta, o si esta se daña, se pierde o se la hurtan, llame de inmediato a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para obtener una nueva.

Tarjeta de ID de miembro de Sentara Community Plan

Número de grupo: OCC

Fuera de FAMIS

FAMIS

SENTARA COMMUNITY PLAN

Member Name: JOHN DOE
 Member Number: 9999999 RxBIN: 003858
 Group Number: SCP RxPCN: MA
 Medicaid/Rx ID: 999999999999 RxGRP: SHPMDCD
 PCP Name: JANE DOE
 PCP Phone: 123-456-7899
 Member Effective Date: 01/01/24

*Detailed plan information at sentarahealthplans.com

SENTARA COMMUNITY PLAN

Member Name: JOHN DOE
 Member Number: 9999999 RxBIN: 003858
 Group Number: SCP RxPCN: MA
 Medicaid/Rx ID: 999999999999 RxGRP: SHPMDCD
 PCP Name: JANE DOE
 PCP Phone: 123-456-7899
 Member Effective Date: 01/01/24

*Detailed plan information at sentarahealthplans.com **FAMIS**

Pre-Authorization may be required for: hospitalization, outpatient surgery, therapies, advanced imaging, DME, home health, skilled nursing, acute rehab, or prosthetics.

IN CASE OF AN EMERGENCY: Call 911 or go to the nearest emergency room. Always call your Primary Care Physician for non-emergent care.

Member Services: (Hearing Impaired/Virginia Relay: 711) 1-800-881-2166
 Behavioral Health/ARTS Crisis Line: 1-833-686-1595
 Transportation: 1-877-892-3986
 24/7 Nurse Advice Line: 1-833-933-0487
 Pharmacist Help Desk: 1-844-604-9165
 Dental: 1-888-912-3456

Medical Claims PO Box 8203 Kingston, NY 12402	Behavioral Health Claims PO Box 8204 Kingston, NY 12402	Sentara Health Plans PO Box 66189 Virginia Beach, VA 23466
--	--	---

Pre-Authorization may be required for: hospitalization, outpatient surgery, therapies, advanced imaging, DME, home health, skilled nursing, acute rehab, or prosthetics.

IN CASE OF AN EMERGENCY: Call 911 or go to the nearest emergency room. Always call your Primary Care Physician for non-emergent care.

Member Services: (Hearing Impaired/Virginia Relay: 711) 1-800-881-2166
 Behavioral Health/ARTS Crisis Line: 1-833-686-1595
 24/7 Nurse Advice Line: 1-833-933-0487
 Pharmacist Help Desk: 1-844-604-9165
 Dental: 1-888-912-3456

Medical Claims PO Box 8203 Kingston, NY 12402	Behavioral Health Claims PO Box 8204 Kingston, NY 12402	Sentara Health Plans PO Box 66189 Virginia Beach, VA 23466
--	--	---

Es posible que tenga más de una tarjeta de seguro médico. Además de su tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans, también debe tener su tarjeta de ID de Commonwealth of Virginia Medicaid/FAMIS. Guarde esta tarjeta para acceder a los servicios cubiertos por el Departamento conforme a Medicaid. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de Medicare y su tarjeta de ID del miembro de Sentara Health Plans cuando reciba los servicios. Si tiene cobertura con una compañía de seguros privada (que no sea Medicaid), muestre su tarjeta de ID del seguro privado y su tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans cuando reciba los servicios.

Directorio de proveedores de Sentara Health Plans

El Directorio de proveedores enumera los proveedores y las farmacias que participan en la red de proveedores contratados de Sentara Health Plans. También incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor ofrece a los miembros con discapacidades o que no hablan inglés.

Puede llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para solicitar una copia impresa del directorio. También puede consultar o descargar el Directorio de proveedores en sentarahealthplans.com/members/medicaid/documents-and-forms.

El directorio incluirá la siguiente información para todos los proveedores de la red, siempre que los datos estén disponibles: *

- nombre, domicilio y número de teléfono
- horario de oficina y centros de proveedores que funcionan fuera del horario de atención
- información sobre licencias: Número o identificador nacional del proveedor
- cualquier adaptación para las personas con discapacidades físicas
- si el proveedor acepta pacientes nuevos
- URL del sitio web
- si el proveedor se encuentra en una ruta de transporte público
- cualquier capacidad cultural o lingüística, incluido el acceso a idiomas o servicios de intérpretes en el consultorio del proveedor
- proveedores de salud conductual: Capacitación y experiencia en el tratamiento de traumas y áreas de especialidad, incluido el abuso de sustancias
- restricciones a la libertad del miembro para elegir entre los proveedores de la red
- nombre, domicilio y número de teléfono de las farmacias actuales de la red, así como instrucciones para el miembro sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro para buscar una farmacia
- si el profesional de atención médica o el proveedor de la red que no pertenece al centro realizó la capacitación de competencia cultural

** La información disponible en el directorio se basa en datos facilitados por el proveedor.*

Lista de medicamentos preferidos

Esta lista le indica qué medicamentos con receta están cubiertos por Sentara Health Plans y el Departamento. También le informa si existen reglas o restricciones sobre los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener (consulte la *sección 6: Sus medicamentos con receta*). Llame a

Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para averiguar si sus medicamentos están en la lista o consulte en línea en sentarahealthplans.com/members/medicaid/prescription-drug-lists. Si lo solicita, Sentara Health Plans también puede enviarle una copia impresa por correo postal.

Otro seguro

Si tiene más de un plan de seguro médico, Medicaid paga los servicios después de que sus otros planes de seguro le hayan pagado al proveedor. Esto significa que si tiene otro seguro, sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, entonces su otro seguro o la compensación para trabajadores deben pagar primero por los servicios. Informe a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans si tiene otro seguro, para que Sentara Health Plans pueda coordinar sus beneficios. El [Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia](#) (VICAP) también puede ayudarlo. Llame al 1-800-552-3402 (TTY: 711) para obtener asesoramiento sobre los seguros de salud disponibles para las personas con Medicare. Esta llamada es gratuita.

3. Proveedores y cómo recibir la atención

Red de proveedores de Sentara Health Plans

Es importante que los proveedores que elija acepten miembros de Cardinal Care y participen en la red de Sentara Health Plans. La red de planes incluye acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sentara Health Plans le ofrece una selección de proveedores que se encuentran cerca de usted. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si vive en un área rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir los servicios. Para buscar proveedores, como los proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales, usted puede:

- Buscar proveedores en el Directorio de proveedores (consulte la *sección 2: Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care*).
- Llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711) o visitarnos en sentarahealthplans.com/findadoc.

Usted no necesita una remisión o autorización de servicio para obtener lo siguiente:

- Atención por parte de su proveedor de atención primaria (PCP)
- suministros y servicios de planificación familiar
- servicios de atención médica de rutina para la mujer, como exámenes de seno, mamografías de detección, exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red
- servicios de urgencia o de emergencia
- servicios odontológicos de rutina
- servicios de proveedores de salud indígenas, si usted es elegible
- otros servicios para los miembros con necesidades de atención médica especiales según lo determine Sentara Health Plans

Consulte la sección a continuación para obtener más información sobre cuándo un proveedor abandona la red y cuándo puede obtener atención por parte de los proveedores fuera de la red.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Su PCP es un médico o enfermero profesional que lo ayuda a estar y mantenerse saludable. Su PCP brindará y coordinará los servicios de atención médica. Debe acudir a su PCP para lo siguiente:

- exámenes físicos y controles de rutina
- servicios de atención preventiva
- cuando tiene preguntas o inquietudes sobre su salud
- cuando no se siente bien y necesita ayuda médica

Para que su PCP lo conozca a usted y a sus antecedentes médicos, debe solicitar que envíen sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. Los Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o su gestor de atención pueden ayudarlo.

Cómo elegir su PCP

Usted tiene derecho a elegir un PCP que esté en la red de Sentara Health Plans. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para buscar un PCP en su comunidad que pueda satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. También puede llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o al gestor de atención para obtener ayuda. Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior al inicio de su cobertura de salud, Sentara Health Plans le asignará un PCP. Sentara Health Plans le notificará por escrito sobre su PCP asignado.

Puede elegir entre muchos tipos de proveedores de la red para su PCP. Algunos tipos de PCP incluyen los siguientes:

- Médico de familia (también llamado médico general): Atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (GYN): Atiende a mujeres
- Médico de medicina interna (también llamado médico internista): Atiende a adultos
- Enfermero profesional (NP): Atiende a niños y adultos
- Médico obstetra (OB): Atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra: Atiende a niños

Si ya tiene un PCP que no está en la red de Sentara Health Plans, puede seguir acudiendo a él hasta 30 días después de inscribirse en Sentara Health Plans. Para las personas embarazadas o con necesidades de salud o sociales sustanciales, pueden continuar acudiendo a su PCP hasta 60 días después de inscribirse. Si no elige un PCP de la red de Plans después del periodo de 30 o 60 días, Sentara Health Plans le asignará un PCP. Si tiene un PCP asignado por Medicare, no tiene que elegir un PCP que se encuentre en la red de Plans. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o a su gestor de atención para obtener ayuda con la selección del PCP y la coordinación de su atención.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para elegir otro PCP en la red de Sentara Health Plans. También puede cambiar de PCP iniciando sesión en el portal seguro para miembros en sentarahealthplans.com/signin.

El cambio de PCP entra en vigencia de inmediato. Recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro dentro de los 7 y 10 días hábiles.

Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, Sentara Health Plans o su PCP puede remitirlo a un especialista. Un especialista es un proveedor que tiene capacitación adicional sobre los servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que recibe por parte de un especialista se llama atención especializada.

Proveedores fuera del estado

La atención que puede recibir de los proveedores fuera del estado se limita a lo siguiente:

- servicios necesarios de emergencia, crisis o posteriores a la estabilización
- casos especiales en los que es una práctica habitual que los residentes en su localidad utilicen recursos médicos de otro estado
- servicios médicamente necesarios y requeridos que no están disponibles dentro de la red y en el estado de Virginia
- periodos de transición (hasta que pueda obtener los servicios oportunos de un proveedor de la red en el estado)
- ambulancias fuera del estado para traslados de un centro a otro

Es posible que Sentara Health Plans deba otorgarle una autorización para que pueda consultar a un proveedor fuera del estado. Sentara Health Plans no cubre ningún servicio de atención médica fuera de los EE. UU.

Cuando un proveedor abandona la red

Si su PCP abandona la red de Sentara Health Plans, Sentara Health Plans se lo informará y le ayudará a buscar un nuevo PCP. Si uno de sus otros proveedores abandona la red de Plans, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o con su gestor de atención para obtener ayuda para buscar un nuevo proveedor y gestionar su atención. Usted tiene derecho a:

- Solicitar que el tratamiento médicamente necesario que reciba no se interrumpa y Sentara Health Plans trabajará con usted para garantizar que continúe.
- Obtener ayuda para seleccionar un nuevo proveedor calificado.
- Presentar una queja (consulte la *sección 8: Apelaciones y quejas*) o solicitar un nuevo proveedor si considera que Sentara Health Plans no ha reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención no es gestionada de manera adecuada.

Recibir atención fuera de la red de Sentara Health Plans

Puede obtener la atención que necesita por parte de un proveedor fuera de la red de Sentara Health Plans en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si Sentara Health Plans no cuenta con un proveedor de la red para brindarle la atención que necesita.
- Si el especialista que necesita no se encuentra lo suficientemente cerca de usted (a una distancia máxima de 30 millas en zonas urbanas o de 60 millas en zonas rurales).
- Si un proveedor no brinda la atención que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Si Sentara Health Plans aprueba un proveedor fuera de la red.
- Si se encuentra en un centro de enfermería cuando se inscribe en Sentara Health Plans y el centro está fuera de la red.
- Si recibe atención de emergencia o servicios de planificación familiar por parte de un proveedor o centro que está fuera de la red. Usted puede recibir tratamiento de emergencia y servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si el proveedor no está en la red de Sentara Health Plans. Esta atención es gratuita.

- Si el Departamento determina que las circunstancias justifican recibir el tratamiento fuera de la red de Sentara Health Plans.

También tiene derecho a acudir a sus antiguos proveedores y a acceder a los medicamentos con receta u otros insumos médicos necesarios durante un máximo de 30 días (o 60 días si está embarazada o tiene necesidades de salud o sociales sustanciales), si estaba previamente inscrito en el programa Medicaid de Virginia pero es nuevo en Sentara Health Plans. Después de los 30 días (o 60 días), deberá acudir a los proveedores de la red de Sentara Health Plans a menos que Sentara Health Plans extienda este plazo para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o a su gestor de atención, si lo tiene, para que le ayude a buscar un proveedor de la red (para obtener más información sobre su gestor de atención, consulte la sección 4: *Coordinación y gestión de atención*).

Opciones para los miembros del centro de enfermería

Si se encuentra en un centro de enfermería en el momento de inscribirse en Sentara Health Plans, puede optar por una de las siguientes opciones:

- permanecer en el centro siempre y cuando sea elegible para recibir la atención en un centro de enfermería
- trasladarse a un centro de enfermería diferente
- recibir los servicios en su hogar u otros entornos comunitarios

Cómo programar citas con los proveedores

Llame al consultorio de su proveedor para programar una cita. Para obtener ayuda para programar una cita, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje que explique cómo pueden comunicarse con usted. Su PCP u otro proveedor lo llamarán lo antes posible. Si tiene dificultades para obtener una cita con un proveedor, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans. Recuerde informar a Sentara Health Plans cuando planea estar fuera de la ciudad para que Sentara Health Plans pueda ayudarle a organizar los servicios. Si necesita un traslado a su cita, llame al 1-877-892-3986 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m.

Estándares para las citas

Usted debería poder obtener una cita con su PCP dentro del mismo periodo que cualquier otro paciente que el PCP atienda. Espere los siguientes plazos para consultar a un proveedor:

- para una emergencia: inmediatamente
- para consultas de atención de urgencia y visitas al consultorio con síntomas: dentro de las 24 horas de la solicitud
- Para visitas de atención primaria de rutina: Dentro de 30 días calendario. El estándar no se aplica a las citas para exámenes físicos de rutina, para visitas programadas con regularidad para controlar una afección médica crónica si el cronograma prevé visitas con una frecuencia inferior a una vez cada treinta (30) días, o para servicios especializados de rutina como dermatología, atención de alergias, etc.

- Para servicios de salud conductual: Cuando su afección lo requiera y en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que comprobemos que cumple con los criterios para recibir la cobertura de estos servicios.
- Para servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Cuando su afección lo requiera y en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que comprobemos que cumple con los criterios para recibir la cobertura de estos servicios.

Si está embarazada, debe poder hacer una cita para ver a un OB/GYN de la siguiente manera:

- Primer trimestre (primeros 3 meses): Dentro de siete (7) días calendario de la solicitud.
- Segundo trimestre (de 3 a 6 meses): Dentro de siete (7) días calendario de la solicitud.
- Tercer trimestre (de 6 a 9 meses): Dentro de tres (3) días hábiles después de la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: Dentro de tres (3) días hábiles o inmediatamente si existe una emergencia.

Telesalud

La telesalud le permite recibir atención por parte de su proveedor sin necesidad de una visita al consultorio presencial. La telesalud se realiza, por lo general, en línea con acceso a Internet en su computadora, tableta o teléfono inteligente. En ocasiones, se puede realizar por teléfono. Aunque la telesalud no es adecuada para todas las afecciones o situaciones, con frecuencia se puede utilizar para lo siguiente:

- hablar con su proveedor por teléfono o a través de videollamadas
- enviar y recibir mensajes electrónicos con su proveedor
- participar en el monitoreo a distancia para que su proveedor pueda realizar un seguimiento de su situación en el hogar
- recibir la atención médica y de salud conductual médicamente necesarias

Para programar una cita de telesalud, comuníquese con su proveedor para conocer qué servicios ofrece a través de la telesalud.

Recibir atención en el lugar adecuado cuando se necesita y con rapidez

Es importante elegir el lugar adecuado para recibir la atención en función de sus necesidades de salud, sobre todo cuando la necesita de manera rápida o inesperada. A continuación encontrará una guía que le ayudará a decidir si su equipo de atención habitual, como su PCP, puede ayudarlo o si debe acudir a un centro de atención de urgencia o a una sala de emergencias. Si no está seguro sobre qué tipo de atención necesita, llame a su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería de Sentara Health Plans al 1-833-933-0487 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Tipo de atención	Cómo obtener atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Necesita una remisión?
Los PCP pueden brindarle atención cuando se enferma o se lesiona, y ofrecerle atención preventiva para que pueda mantenerse saludable.	Comuníquese con el consultorio del PCP o con Sentara Health Plans para programar una cita.	<ul style="list-style-type: none"> • enfermedad/lesión menor • gripe/fiebre • vómitos/diarrea • dolor de garganta, de oído o infección ocular • esguinces/distensiones • posibles fracturas • exámenes de bienestar anuales 	No.
La atención de urgencia es la que se recibe por una enfermedad o lesión que requiere atención médica rápida y puede convertirse en una emergencia.	Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para buscar una clínica de atención de urgencia en sentarahealthplans.com .	La atención de urgencia puede gestionar situaciones similares a las de su PCP, pero está disponible cuando otros consultorios no lo están.	No, pero asegúrese de acudir a una clínica de atención de urgencia que se encuentre en la red de Sentara Health Plans si puede o si su afección médica lo permite.
La atención de emergencia (o atención para una afección médica de emergencia) es la atención que se recibe cuando una enfermedad o lesión es tan grave que su salud (o, según el caso, la del bebé), sus funciones corporales, órganos o partes del cuerpo pueden estar en peligro si no recibe atención médica de inmediato.	Llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. Usted tiene derecho a recibir atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana en cualquier hospital u otro entorno, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. Sentara Health Plans brindará atención de seguimiento después de la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • pérdida de consciencia • dificultad para respirar • lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda • dolor/presión en el pecho • hemorragia grave • quemaduras graves • convulsiones • fracturas • miedo a que pueda lastimarse a sí mismo o a otra persona («emergencia de salud conductual») • agresión sexual 	No. Puede obtener atención de emergencia por parte de proveedores dentro o fuera de la red. No necesita una remisión o autorización de servicio.

Recibir atención fuera del horario de atención

Si necesita atención que no es de emergencia fuera del horario de atención normal, llame a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana de Sentara Health Plans.

Un enfermero o un profesional de salud conductual pueden realizar lo siguiente:

- responder preguntas médicas y brindarle consejos sin costo
- ayudarlo a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato
- ayudarlo con afecciones médicas

Transporte para recibir la atención

Transporte médico en casos que no son de emergencia

Si necesita transporte para recibir los beneficios cubiertos, como los servicios médicos, de salud conductual, odontológicos, oftalmológicos y de farmacias, llame a servicios de transporte de Sentara Health Plans . Sentara Health Plans cubre el transporte en casos que no son de emergencia para los servicios cubiertos. Si tiene problemas para conseguir una cita, llame al transporte de Sentara Health Plans ¿Dónde está mi transporte?, a Servicios al Miembro o al gestor de atención. Los niños de FAMIS no son elegibles para el transporte médico en casos que no son de emergencia.

Si necesita transporte para los servicios de exención de developmental disability, comuníquese con el contratista de transporte para estos servicios de exención de Cardinal Care al 1-866-386-8331 (TTY: 1-866-288-3133) o visite transportation.dmas.virginia.gov. Si tiene problemas para conseguir el transporte para los servicios de exención de discapacidad del desarrollo, llame a Where's My Ride al 1-866-246-9979 o a su gestor de casos de exención de discapacidad del desarrollo.

Transporte médico en casos de emergencia

Si experimenta una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al 911 para obtener una ambulancia. Sentara Health Plans cubrirá una ambulancia si la necesita.

4. Coordinación y gestión de atención

Coordinación de atención

Todos los miembros pueden obtener ayuda para buscar la atención médica o los recursos comunitarios adecuados llamando a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans. También puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conversar con un enfermero de guardia u otro profesional de la salud con licencia al 1-833-933-0487 (TTY: 711).

¿Qué es la gestión de atención?

Si tiene necesidades de atención médica sustanciales, recibirá gestión de atención. La gestión de atención ayuda a mejorar la coordinación entre sus diferentes proveedores y los servicios que recibe. Si recibe gestión de atención, Sentara Health Plans le asignará un gestor de atención. Su gestor de atención es una persona de Sentara Health Plans con experticia especializada en atención médica que trabaja estrechamente con usted, su PCP y los proveedores que lo atienden, los familiares y otras personas en su vida para comprender y apoyar sus necesidades y metas. Debería recibir una carta del gestor de atención en la que se le explique cómo comunicarse con él directamente.

Cómo obtener un gestor de atención

Durante los tres primeros meses después de la inscripción, Sentara Health Plans se pondrá en contacto con usted o con alguien de confianza (su «representante autorizado») para realizar una evaluación de salud. Durante la evaluación de salud, se le pedirá que responda a algunas preguntas sobre sus necesidades de salud (como la atención médica) y sociales (como la vivienda, los alimentos y el transporte). La evaluación de salud incluye preguntas sobre sus afecciones de salud, su capacidad para realizar actividades cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas ayudarán a Sentara Health Plans a comprender sus necesidades y decidir si le debe asignar un gestor de atención. Si no se le asigna un gestor de atención, puede solicitar a Sentara Health Plans que considere brindarle uno si necesita ayuda para recibir atención ahora o en el futuro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con la evaluación de salud, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.

Cómo puede ayudarle su gestor de atención

El gestor de atención es una persona de Sentara Health Plans con experticia especializada en atención médica que puede ayudarlo a gestionar sus necesidades sociales y de salud. Su gestor de atención puede realizar lo siguiente:

- Evaluar sus necesidades de salud y sociales.
- Responder preguntas sobre sus beneficios, como los servicios de salud física, de salud conductual, y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) (consulte la *sección 5: Sus beneficios*).
- Ayudarle a conectar con recursos comunitarios (por ejemplo, programas que pueden satisfacer sus necesidades de vivienda y alimentos).
- Ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su atención y lo que usted prefiere.

- Ayudarle a programar citas cuando sea necesario y a buscar proveedores disponibles en la red de Sentara Health Plans, y realizar remisiones a otros proveedores según sea necesario.
- Ayudarle a obtener transporte para sus citas (consulte la *sección 3: Proveedores y cómo recibir la atención*).
- Asegurarse de que usted recibe los medicamentos con receta y ayudarle si siente efectos secundarios.
- Compartir los resultados de las pruebas y otra información de atención médica con sus proveedores para que su equipo de atención conozca su estado de salud.
- Ayudar con los traslados entre los entornos de atención médica (por ejemplo, de un hospital o centro de enfermería al hogar u otro centro).
- Asegurarse de que se satisfagan sus necesidades una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería, y de manera continua.

Cómo comunicarse con su gestor de atención

Recibirá una carta del gestor de atención en la que se le explica cómo comunicarse con él directamente. Se ofrecen servicios de intérpretes gratuitos en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

Método de contacto	Información de contacto
Llame	1-866-546-7924 (TTY: 711) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Fax	Consulte la carta del gestor de atención para obtener el número de fax.
Escriba a	PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466
Correo electrónico	Consulte la carta del gestor de atención para obtener el correo electrónico.
Sitio web	sentarahealthplans.com

Su gestor de atención se pondrá en contacto con usted con regularidad y podrá ayudarle con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. Tiene derecho a solicitar, en cualquier momento, a su gestor de atención que se ponga en contacto con usted con más o menos frecuencia. Usted decide cómo desea que el gestor de atención se comunique con usted (por teléfono, videoconferencia o por visita presencial). Si se reúne con el gestor de atención de manera presencial, puede sugerir la hora y la ubicación. Se le recomienda trabajar con el gestor de atención y tener una comunicación abierta con él.

Evaluación de riesgos de salud

Después que Sentara Health Plans le asigne un gestor de atención y realice la evaluación de salud, Sentara Health Plans se pondrá en contacto con usted para realizar una evaluación de riesgos de salud más exhaustiva. Durante la evaluación de riesgos de salud, el gestor de atención u otro profesional de atención médica le harán más preguntas sobre su salud física, su salud conductual, sus necesidades

sociales, y sus metas y preferencias. La evaluación de riesgos de salud ayuda al gestor de atención a comprender sus necesidades y brindarle la atención adecuada. Puede optar por realizar la evaluación de riesgos de salud de manera presencial, por teléfono o por videoconferencia. Con el tiempo, el gestor de atención se pondrá en contacto con usted para repetir las preguntas de la evaluación de riesgos de salud y averiguar si sus necesidades han cambiado.

Su plan de atención

Según la evaluación de riesgos de salud, el gestor de atención trabajará con usted para desarrollar su plan de atención personalizado. Su plan de atención incluirá la atención médica, los servicios sociales y otros apoyos que obtendrá, y explicará cómo usted los obtendrá, con qué frecuencia y a través de qué proveedor. El gestor de atención actualizará su plan de atención una vez al año. El gestor de atención puede realizar cambios con más frecuencia que una vez al año si sus necesidades cambian. Es importante mantener actualizado su plan de atención.

Su equipo de atención

El equipo de atención incluye los proveedores, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud. Usted y sus familiares o cuidadores son miembros importantes del equipo de atención. El gestor de atención puede organizar una reunión con su equipo de atención según sus necesidades, o puede solicitar reunirse con su equipo de atención. Usted tiene la opción de participar en las reuniones del equipo de atención. La comunicación entre los miembros del equipo de atención ayuda a garantizar que se satisfagan sus necesidades.

Coordinación con Medicare u otros planes de salud

Si tiene Medicaid y Medicare, Sentara Health Plans es responsable de coordinar los beneficios de Cardinal Care con su plan de salud de Medicare y cualquier otro plan de salud que tenga. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o al gestor de atención si tiene preguntas sobre cómo trabajan juntos sus diferentes planes de salud y asegurarse de que sus servicios se paguen correctamente.

Servicios de gestión de atención adicionales

Es posible que pueda obtener servicios de gestión de atención adicionales si usted:

- Está o estuvo en situación de acogida temporal.
- Está embarazada y tiene un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante y después del embarazo.
- Recibe servicios en su hogar o en la comunidad, como los servicios de atención domiciliaria, cuidado personal o de relevo.
- Tiene un trastorno por uso de sustancias.
- Utiliza un respirador.
- Es una persona sin hogar.

Si necesita un gestor de atención, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para obtener ayuda.

5. Sus beneficios

Descripción general de los beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos son los servicios brindados por Sentara Health Plans, el Departamento o su contratista. Para obtener los beneficios cubiertos, el servicio debe ser médicamente necesario. Un servicio médicamente necesario es un servicio que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas.

También puede acceder a la lista completa de los beneficios cubiertos en:

sentarahealthplans.com/medicaid-benefits. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711), o al gestor de atención, si tiene uno, para obtener más información sobre sus servicios y cómo obtenerlos.

Por lo general, debe obtener los servicios por parte de un proveedor que participe en la red de Sentara Health Plans. En algunos casos, es posible que deba obtener la aprobación (una «autorización de servicio») de Sentara Health Plans o su PCP antes de recibir un servicio. Los servicios marcados en esta sección con un asterisco (*) requieren una autorización de servicio. Consulte la (*sección 3: Proveedores y cómo recibir la atención*) para obtener más información sobre qué hacer si necesita recibir los servicios por parte de un proveedor fuera de la red. Consulte la (*sección 7: Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos*) para obtener más información si un servicio que necesita requiere aprobación.

Para los servicios que no están cubiertos por sus beneficios, comuníquese con Servicios al Miembro o con el gestor de atención para que le ayuden a buscar los recursos que puedan satisfacer sus necesidades actuales y su bienestar continuo.

Beneficios para todos los miembros

Servicios de salud física

Sentara Health Plans y el Departamento cubren los servicios de salud física (incluidos los servicios odontológicos y oftalmológicos) para los miembros de Cardinal Care :

- Atención médica
- diurna para adultos
- Gestión de casos de los servicios de lesiones cerebrales (BIS) para personas con traumatismo craneoencefálico grave (TBI) mayores de 18 años
- Exámenes y servicios de detección de cáncer (examen de detección de cáncer colorrectal, mamografías, Papanicolaou, exámenes de antígeno prostático
- específico y rectal digital, cirugía reconstructiva de seno)
- Servicios de gestión y coordinación de atención (consulte la sección 4: Coordinación y gestión de atención).
- Servicios clínicos
- Ensayos clínicos (costos rutinarios del paciente relacionados con la participación en un ensayo calificador)

- Servicios ordenados por un tribunal, órdenes de custodia de emergencia (ECO) y órdenes de detención temporal (TDO)
- Servicios odontológicos (más información a continuación)
- Equipo médico durable (DME) (los equipos e insumos respiratorios, de oxígeno y respiradores; las sillas de ruedas y los accesorios; las camas de hospital; los equipos y los insumos para diabéticos; los productos para la incontinencia; la tecnología de asistencia; los dispositivos de comunicación; los equipos y dispositivos de rehabilitación)
- Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) (más información a continuación)
- Servicios de intervención temprana (EI) (más información a continuación)
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización
- Servicios de tratamiento de disforia de género
- Tiras reactivas para glucemia
- Servicios de audición
- Servicios de exención domiciliarios y comunitarios (más información a continuación)
- Atención domiciliaria
- Centro de cuidados paliativos
- Atención hospitalaria (pacientes hospitalizados y ambulatorios)
- Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (pruebas y asesoramiento para el tratamiento)
- Vacunas (para adultos y niños)
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia
- Investigaciones de plomo
- Servicios orales (hospitalizaciones, cirugías, servicios facturados por un proveedor médico)
- Trasplantes de órganos (para todos los niños y adultos que se encuentran en rehabilitación intensiva)
- Aparatos ortopédicos (niños menores de 21 años)
- Asesoramiento nutricional para enfermedades crónicas
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios prenatales y maternos (atención durante el embarazo/posparto) (más información a continuación)
- Medicamentos con receta (consulte la sección 6: Sus medicamentos con receta)
- Atención preventiva (controles periódicos, evaluaciones, visitas de bebés/niños sanos)
- Prótesis (brazos/piernas y accesorios de apoyo, prótesis de senos y oculares)
- Atención médica periódica (visitas al consultorio del PCP remisiones a especialistas, exámenes)
- Servicios de radiología
- Servicios de rehabilitación (servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen la terapia física/ocupacional y los servicios de patología del habla/audiología)
- Servicios para la enfermedad renal (diálisis, servicios para la enfermedad renal en fase terminal)
- Servicios de salud escolar (más información a continuación)
- Servicios de cirugía
- Servicios de telesalud (más información a continuación)
- Servicios para dejar de consumir tabaco

- Servicios de transporte (consulte la sección 3: Proveedores y cómo recibir la atención)
- Servicios de proveedores clínicos tribales
- Servicios oftalmológicos (exámenes oculares/tratamiento/gafas para reemplazar las gafas que se dañaron, perdieron o fueron hurtadas para niños menores de 21 años de edad [conforme a la EPSDT])
- Visitas de rutina, incluidas las visitas anuales al PCP y las evaluaciones de salud. Recuerde: es posible que algunos servicios requieran una autorización de servicio. Una autorización de servicio es cuando Sentara Health Plans revisa su afección médica mediante la observación de las notas de su médico cuando se solicita un servicio. Estas notas se utilizan para determinar la necesidad médica del servicio o el monto del servicio solicitado.

Si usted y su médico deciden planificar un procedimiento para un día específico, eso se denomina solicitud previa al servicio. Sentara Health Plans revisará la solicitud antes de la fecha del procedimiento y brindará una determinación. Si el procedimiento es una emergencia, su médico puede notificar a Sentara Health Plans y la revisión se completará con mayor rapidez. Si usted se enferma de manera inesperada y necesita acudir a la sala de emergencias o su médico decide que usted necesita ir directamente al hospital, no es necesario notificar a Sentara Health Plans antes de que usted acuda a estos lugares. Si a usted lo internan en el hospital desde el consultorio médico o la sala de emergencias, el hospital trabajará con Sentara Health Plans para obtener una autorización de servicio. Mientras esté en el hospital, Sentara Health Plans continuará verificando su estado durante la estadía y trabajará con el gestor de casos en el hospital para asegurarse de que pueda obtener lo que necesita cuando reciba el alta.

El Departamento contrata a un administrador de beneficios odontológicos, DentaQuest, para que brinde los servicios odontológicos a todos los miembros de Medicaid/FAMIS. Consulte la siguiente tabla para conocer los servicios odontológicos disponibles. Usted no es responsable del costo de los servicios odontológicos que recibe por parte de un proveedor odontológico participante. Algunos servicios odontológicos requerirán aprobación previa. Sentara Health Plans trabajará con el administrador de beneficios odontológicos del Departamento para autorizar algunos servicios, incluida la anestesia cuando sea médicamente necesaria. Si tiene preguntas sobre los beneficios odontológicos o sobre cómo buscar un dentista participante cerca de usted, llame a Servicios al Miembro de DentaQuest al 1-888-912-3456 (TTY: 1-800-466-7566) o visite dmas.virginia.gov/dental.

Servicio odontológico	Niños/jóvenes menores de 21 años de edad	Personas embarazadas/posparto	Adultos mayores de 21 años de edad
Frenillos	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Limpiezas	Cubierto (incluido el fluoruro)	Cubierto	Cubierto
Coronas	Cubierto	Cubierto	Cobertura limitada

Servicio odontológico	Niños/jóvenes menores de 21 años de edad	Personas embarazadas/posparto	Adultos mayores de 21 años de edad
Dentaduras	Cubierto (incluidas las dentaduras parciales)	Cubierto (incluidas las dentaduras parciales)	Cubierto
Exámenes	Cubierto (incluidos los controles periódicos)	Cubierto	Cubierto
Extracciones y cirugías bucales	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Empastes	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Tratamiento de encías	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Tratamientos de conducto	Cubierto (incluido el tratamiento)	Cubierto	Cubierto
Selladores	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Mantenedores de espacio	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Radiografías	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicios de salud conductual

Sentara Health Plans, el Departamento o el contratista cubren los servicios de tratamiento de salud conductual que figuran en la tabla a continuación para los miembros de Sentara Health Plans. La salud conductual se refiere a los servicios de salud mental y adicción. En Virginia, el tratamiento para la adicción se llama «Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación» (ARTS). Los Servicios al Miembro de Sentara Health Plans, su PCP y su gestor de atención pueden ayudarlo a obtener los servicios de salud conductual que necesita.

Servicios de salud mental

- observación de 23 horas ⁺⁺
- análisis de comportamiento aplicado
- tratamiento comunitario asertivo
- estabilización comunitaria
- terapia de familia funcional
- atención domiciliaria intensiva
- gestión de casos de salud mental ⁺⁺
- salud mental para pacientes ambulatorios intensivos
- programa de hospitalización parcial de salud mental
- servicios de apoyo de salud mental entre pares para la recuperación ⁺⁺
- servicios de desarrollo de habilidades de salud mental
- crisis móvil ⁺⁺
- terapia multisistémica
- centro residencial de tratamiento psiquiátrico ⁺
- rehabilitación psicosocial
- estabilización residencial en caso de crisis ⁺⁺
- tratamiento diurno terapéutico
- hogar de grupo terapéutico ⁺⁺
- servicios de atención psiquiátrica hospitalaria
- servicios de atención psiquiátrica ambulatoria

⁺ Servicios gestionados por el contratista del administrador de salud conductual del Departamento El gestor de atención trabajará con el contratista del administrador de salud conductual del Departamento para ayudarlo a obtener estos servicios si los necesita.

⁺⁺ Estos servicios solo requieren registro.

Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS)

- evaluación, intervención breve y remisión para el tratamiento
- servicios de gestión de casos por uso de sustancias⁺⁺
- servicios ambulatorios
- servicios para pacientes ambulatorios intensivos
- hospitalización parcial
- tratamiento residencial para el abuso de sustancias
 - criterios ASAM 3.1
 - criterios ASAM 3.3
 - criterios ASAM 3.5
 - criterios ASAM 4.0
- tratamiento asistido por medicación
- servicios de apoyo entre pares para la recuperación ⁺⁺
- servicios de tratamiento de opioides
- tratamiento de la adicción en el consultorio

Ciertos servicios de salud mental y ARTS pueden requerir que su proveedor presente una solicitud de autorización o registro antes de que usted comience a recibir los servicios. Su proveedor debe trabajar con Sentara Health Plans para garantizar que se cumplan los requisitos de autorización/registro antes de iniciar los servicios. Trabajamos con los proveedores para garantizar que usted reciba la atención adecuada para sus necesidades. Sentara Health Plans ofrece el mismo nivel de beneficios para los servicios de tratamiento por uso de sustancias y salud conductual que para la atención médica y quirúrgica, de acuerdo con la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en la Adicción (MHPAEA).

Si tiene preguntas sobre los servicios de adicción y recuperación, llame a Servicios al Miembro al 1-800-881-2166 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. y pida comunicarse con el coordinador de atención de ARTS.

Si está considerando autolesionarse o hacer daño a otra persona, llame a la línea de crisis de salud conductual al 1-833-686-1595 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Recuerde que si necesita ayuda de inmediato, llame al 911.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Sentara Health Plans y el Departamento cubren los LTSS como los servicios de enfermería privada, de cuidado personal y los servicios de atención médica diurna para adultos para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades diarias y mantener su independencia mientras viven en la comunidad o en un centro. Antes de recibir los LTSS, un equipo de la comunidad o el hospital realizará una evaluación para ver si usted cumple con los requisitos de «nivel de atención», es decir, si cumple con los requisitos para recibir los LTSS y si los necesita. Comuníquese con el gestor de atención para obtener información sobre el proceso de evaluación para recibir los LTSS.

Puede obtener los LTSS en el entorno adecuado para usted: su hogar, la comunidad o un centro de enfermería. Los miembros que estén interesados en trasladarse del centro de enfermería a su hogar o a la comunidad deben comunicarse con el gestor de atención. Sin embargo, es importante saber que recibir ciertos tipos de atención finalizará su inscripción en la atención administrada y en Sentara Health Plans, pero seguirá teniendo Medicaid. Estos tipos de atención incluyen los siguientes:

- centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- atención en uno de los siguientes centros de enfermería:
 - Bedford County Nursing Home
 - Birmingham Green
 - Dogwood Village of Orange County Health
 - Lake Taylor Transitional Care Hospital
 - Lucy Corr Nursing Home
 - The Virginia Home Nursing Facility
 - Virginia Veterans Care Center
 - Sitter and Barfoot Veterans Care Center
 - Braintree Manor Nursing Facility and Rehabilitation Center

- Atención en los centros de atención a largo plazo gestionados por el estado de Piedmont, Hiram Davis o Hancock
- Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE)

Si recibe los LTSS, es posible que deba pagar una parte de la atención (consulte la *sección 9: Costo compartido*). Si tiene Medicare, Sentara Health Plans cubrirá la atención en un centro de enfermería.

Beneficios para los inscritos en la Exención para Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS)

Es posible que algunos miembros cumplan con los requisitos para recibir los servicios de exención HCBS (consulte la tabla a continuación). Para obtener más información o para averiguar si es elegible, comuníquese con Sentara Health Plans o su gestor de atención. Los servicios de exención de developmental disability se gestionan a través del Departamento de Salud Conductual y Servicios para el Desarrollo (DBHDS). También puede buscar más información sobre los servicios de exención de developmental disability en el sitio web del DBHDS en mylifemycommunityvirginia.org o llame al 1-844-603-9248.

Exención	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
Exención de Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus	Brinda atención en su hogar y comunidad en lugar de hacerlo en un centro de enfermería. Puede optar por recibir servicios dirigidos a la agencia o dirigidos al consumidor, o ambos.	<ul style="list-style-type: none"> • atención médica diurna para adultos • tecnología de asistencia • modificaciones del ambiente • cuidado personal • sistema de respuesta de emergencia personal • enfermería privada • cuidado de relevo • servicios de transición
Exenciones de developmental disability: Ayuda para vivir de manera independiente (BI) Vida en comunidad (CL) Apoyos para familiares e individuos (FIS)	Brinda apoyos y servicios a miembros con discapacidades del desarrollo para ayudarles con el éxito de la vida, el aprendizaje, la salud física y conductual, el empleo, la recreación y la inclusión en la comunidad. Es posible que las exenciones tengan una lista de espera. Si lo necesita, inscríbese en la lista de espera para que, cuando se libere el espacio, pueda empezar a recibir estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • tecnología de asistencia • servicios de planificación de beneficios • servicios electrónicos en el hogar • empleo y apoyos diurnos • modificaciones del ambiente • sistema de respuesta de emergencia personal • apoyos para crisis • opciones residenciales

Los servicios LTSS pueden estar dirigidos al consumidor (permite al miembro o a su representante autorizado actuar como empleador de los servicios de cuidado personal o de relevo) o dirigidos a una agencia. Para los servicios dirigidos al consumidor o dirigidos a la agencia, un miembro debe tener un plan de respaldo responsable en caso de que el enfermero o asistente no pueda trabajar. Sentara Health Plans no podrá aprobar los servicios sin un plan de respaldo.

Muchos servicios LTSS requerirán una autorización de servicio antes de que puedan brindarse. El proveedor deberá enviar las notas clínicas y los formularios requeridos del DMAS que demuestren que usted cumple con el nivel de atención para el servicio solicitado. El personal que revise su solicitud de autorización colaborará estrechamente con el gestor de atención para garantizar que reciba el servicio adecuado. Algunos servicios LTSS tienen límites, lo que significa que solo puede recibir un cierto monto de ese servicio durante un periodo establecido.

Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años

Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

Los beneficios no son los mismos para todos los miembros Cardinal Care. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años de edad tienen derecho a recibir los servicios de EPSDT, un beneficio exigido por el gobierno federal. Los EPSDT brindan servicios integrales para identificar la afección de un niño, tratarla y mejorarla, o para evitar que empeore. Los servicios cubiertos incluyen cualquier atención médica médicamente necesaria, incluso si el servicio, por lo general, no está disponible para adultos u otros miembros de Medicaid. Los servicios de EPSDT están disponibles sin costo. Los ejemplos de servicios de EPSDT incluyen, entre otros, los siguientes:

- evaluaciones/visitas de niño sano y vacunas
- servicios de evaluación periódica (oftalmológica, de audición y odontológica)
- visitas de asesoramiento sobre la COVID-19
- servicios de desarrollo
- anteojos (incluida la sustitución de gafas perdidas, rotas o robadas) y otros servicios oftalmológicos
- aparatos ortopédicos (frenillos, férulas dentales, soportes)
- servicios de cuidado personal o asistencia personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse)
- enfermería privada
- gestión de casos de acogida temporal por tratamiento

Los ensayos clínicos pueden considerarse caso por caso.

No se denegará ningún servicio de EPSDT como un servicio «sin cobertura». Todas las determinaciones se realizan en función de la necesidad médica. Todas las decisiones las realiza un médico con experiencia y experticia en la atención de las necesidades médicas, de salud conductual o de servicios y apoyos a largo plazo del niño.

Para obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de EPSDT, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o con su gestor de atención.

Servicios de intervención temprana (EI)

Si tiene un bebé menor de tres años que tiene dificultades para aprender o desarrollarse como los demás bebés, es posible que su hijo cumpla con los requisitos para recibir los servicios de EI. Los servicios de EI incluyen, por ejemplo:

- terapia del habla
- terapia física
- terapia ocupacional
- coordinación de servicios
- servicios de desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo del niño

Los servicios de EI no requieren una autorización de servicio de Sentara Health Plans. Los servicios de EI no tienen costo. Comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para obtener una lista de proveedores, especialistas y gestores de casos de EI. El gestor de atención puede conectarlo con su programa local de Infant and Toddler Connection para ayudarlo a acceder a estos servicios. También puede llamar al programa Infant and Toddler Connection directamente al 1-800-234-1448 (TTY: 711) o visitar itcva.online.

Servicios de salud escolar

El Departamento cubre el costo de algunos servicios de atención médica o relacionados con la salud que se ofrecen a los niños inscritos en Cardinal Care en la escuela. Los servicios de salud escolar pueden incluir determinados servicios médicos, de salud conductual, de audición, de cuidado personal o de terapia de rehabilitación, como la terapia ocupacional, del habla y física, y se basan en el Plan de Educación Individualizado (IEP), de su hijo, según lo determine la escuela. La escuela de su hijo gestionará estos servicios y podrá obtenerlos sin costo alguno. Los niños también pueden recibir los servicios cubiertos de EPSDT mientras están en la escuela (consulte la *sección 5: Sus beneficios*). Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.

Beneficios para la planificación familiar y para las personas embarazadas y en periodo posparto

Puede obtener servicios de atención médica gratuitos que le ayudarán a tener un embarazo y un bebé sanos. Esto incluye servicios de atención médica por hasta 12 meses después del nacimiento. Sentara Health Plans y el Departamento cubren los siguientes servicios:

- servicios de trabajo de parto
- servicios de parteras
- planificación familiar (servicios, dispositivos, medicamentos, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, y los suministros para el retraso o la prevención del embarazo)
- consulta sobre la lactancia y extractores de leche
- servicios de enfermeras parteras/proveedores

- servicios relacionados con el embarazo
- programa de incentivos Welcoming BabySM
- servicios y programas prenatales/infantiles
 - fiestas de nacimiento
 - remisiones a programas como el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y Urban Baby Beginnings
 - talleres de educación para la salud materna
 - The HEAL Program[®] (educación para la salud y alfabetización)
 - incentivo de atención prenatal para los miembros
 - tarjeta de alimentos nutritivos para las miembros embarazadas
- servicios posparto (incluida la evaluación de detección de depresión posparto)
- servicios para tratar cualquier afección médica que pueda complicar el embarazo
- servicios para dejar de fumar
- servicios de tratamiento por abuso de sustancias
- servicios de aborto (solo si un médico certifica por escrito que existe un peligro sustancial para la vida de la madre)

Recuerde: no necesita una autorización de servicio o una remisión para recibir los servicios de planificación familiar. Puede obtener los servicios de planificación familiar por parte de cualquier proveedor, incluso si no están en la red de Sentara Health Plans.

Cobertura para el recién nacido

Si tiene un bebé, comunique el nacimiento al Departamento lo antes posible para que su hijo pueda obtener un seguro médico. Para hacerlo, llame a [Cover Virginia](#) al 1-833-5CALLVA o póngase en contacto con el [DSS local](#).

Beneficios adicionales para los miembros de Sentara Health Plans

Sentara Health Plans ofrece algunos beneficios adicionales para los miembros.* Estos incluyen los siguientes:

- Productos para la incontinencia para adultos: Adquiera hasta \$30 en productos cada tres meses
- Exámenes oftalmológicos para adultos para los miembros a partir de 21 años y \$100 para marcos cada año
- Fiestas de nacimiento para las miembros embarazadas
- Asistencia de hasta \$75 para solicitar la admisión a la universidad (con restricciones)
- Programa para la prevención de la diabetes
- Pañales: Hasta 400 pañales por nacimiento para los miembros calificados
- Productos de higiene femenina: Solicite hasta \$20 de productos cada tres meses
- Programa de bienestar financiero
- Asesoramiento y pruebas para el GED: Puede recibir hasta \$275 para el cupón de pruebas y el programa de preparación en línea
- The HEAL Program[®] (educación para la salud y alfabetización)
- Incentivos saludables para miembros: Hasta \$50 en tarjetas de regalo por año

- Programa Healthy Savings: Descuentos en alimentos saludables, artículos para bebés, suministros de limpieza y más
- Comidas a domicilio después del alta hospitalaria, incluida la entrega a domicilio: Hasta 56 comidas
- Cubierta de colchón y funda de almohada para los miembros calificadoros con asma (se aplican restricciones)
- Dispositivos y alarmas de memoria
- Aplicación móvil para un acceso rápido a la información del plan y los beneficios, tarjetas de ID de miembro, formularios y más
- Portal para miembros en línea para acceder a su cuenta, tarjeta de ID de miembro, detalles del plan, citas virtuales y más
- Guía de recursos en línea para buscar alimentos, viviendas, empleos y más
- Podómetro
- Las miembros embarazadas reciben \$75 por trimestre para comprar alimentos saludables
- Teléfono inteligente con 350 minutos al mes, mensajes de texto ilimitados gratuitos y llamadas gratuitas a Sentara Health Plans
- Exámenes físicos deportivos
- Transporte (no médico): Los miembros pueden viajar a lugares como eventos comunitarios, tiendas de comestibles y más (24 traslados de ida y vuelta por año)
- Servicio inalámbrico ilimitado, mensajes de texto, minutos y punto de acceso (uno por hogar)
- El programa de incentivos Welcoming BabySM brinda apoyo a los miembros durante el embarazo y después del nacimiento

* Es posible que algunos beneficios estén sujetos a restricciones y limitaciones.

Llame a Asistencia para Miembros de Sentara Health Plans al 1-833-261-2367, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. para obtener más información sobre los beneficios adicionales o visite sentarahealthplans.com/medicaid-benefits para obtener más detalles. Para obtener más información sobre los incentivos saludables para miembros, visite sentarahealthplans.com/members/medicaid/earning-your-medicaid-member-incentives.

6. Sus medicamentos con receta

Comprender la cobertura de medicamentos con receta

Los medicamentos con receta son los medicamentos que su proveedor le receta. Por lo general, Sentara Health Plans cubrirá («pagará») sus medicamentos si su PCP u otro proveedor le emite una receta y el medicamento con receta se encuentra en la Lista de medicamentos preferidos. Si es nuevo en Sentara Health Plans, puede continuar recibiendo los medicamentos que ya está tomando durante un mínimo de 30 días. Si un medicamento con receta que necesita no está en la Lista de medicamentos preferidos, aún puede obtenerlo si es médicamente necesario.

Para conocer qué medicamentos con receta están cubiertos por Sentara Health Plans y el Departamento, consulte la Lista de medicamentos preferidos en sentarahealthplans.com/members/medicaid/prescription-drug-lists. También puede buscar nuestra lista de medicamentos en línea visitando sentarahealthplans.com/findadoc y seleccionando Búsqueda de medicamentos y farmacias. La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar durante el año, pero Sentara Health Plans siempre tendrá la información más actualizada.

Los cambios en la Lista de medicamentos preferidos se publican en el sitio web. Si un medicamento que usted está tomando ya no se ofrece en la Lista de medicamentos preferidos, Sentara Health Plans se lo notificará mediante una carta al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos preferidos de Sentara Community Plan siempre que usted siga las reglas que se explican en esta sección. También puede obtener medicamentos que no están en la lista cuando sea médicamente necesario. Es posible que su médico deba obtener una autorización de servicio de nuestra parte para que usted pueda recibir ciertos medicamentos.

La ley prohíbe la cobertura de algunos medicamentos. Los medicamentos que no pueden cubrirse son los experimentales (salvo en el caso de niños y jóvenes cubiertos por el programa de EPSDT), los medicamentos para la pérdida o el aumento de peso, los que se utilizan para favorecer la fertilidad o para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, y los que se utilizan con fines cosméticos (los medicamentos utilizados en el tratamiento de los servicios cubiertos de disforia de género no se consideran principalmente cosméticos).

Medicamentos con receta para los miembros del FAMIS

Por lo general, se cubren los medicamentos con receta genéricos para pacientes ambulatorios. Si elige un medicamento de marca, usted es responsable del 100 % de la diferencia entre el precio permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

Medicamentos que requieren que usted o su proveedor tomen medidas adicionales

Algunos medicamentos están sujetos a reglas o restricciones que limitan cómo y cuándo se pueden obtener. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad, lo que significa que solo puede obtener una cierta cantidad del medicamento cada vez que surta la receta. Para los

medicamentos con reglas especiales, es posible que necesite una autorización de servicio de Sentara Health Plans antes de que pueda surtir su receta (consulte la *sección 7: Cómo obtener autorización para los servicios, tratamientos y medicamentos*). Si no obtiene la aprobación, es posible que Sentara Health Plans no cubra el medicamento. Para averiguar si el medicamento que necesita está sujeto a una regla especial, consulte la Lista de medicamentos preferidos. Si Sentara Health Plans deniega o limita la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación (consulte la *sección 8: Apelaciones y quejas*).

En algunos casos, Sentara Health Plans puede requerir la «terapia escalonada». Esto es cuando usted prueba un medicamento (por lo general uno que es menos costoso) antes de que Sentara Health Plans cubra otro medicamento (por lo general uno que es más costoso) para su afección médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo.

Suministro de emergencia de medicamentos

Si alguna vez necesita un medicamento y no puede obtener una autorización de servicio con suficiente rapidez (por ejemplo, durante el fin de semana o un día festivo), puede obtener un suministro a corto plazo del medicamento con la aprobación de Sentara Health Plans. Puede obtener la aprobación de Sentara Health Plans si un farmacéutico considera que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento. Cuando esto ocurra, Sentara Health Plans puede autorizar un suministro de emergencia de 72 horas. Para solicitar un suministro de emergencia, un proveedor o miembro puede llamar a Servicios de farmacias al 1-800-881-2166 (TTY: 711) para ponerse en contacto con un farmacéutico que está de guardia las 24 horas del día para resolver los problemas o las inquietudes relacionados con la farmacia. Este proceso le ofrece un suministro a corto plazo de las medicaciones que necesita y da tiempo para que su médico presente una solicitud de autorización para la medicación con receta.

Suministro de medicamentos a largo plazo

Los miembros de Sentara Health Plans pueden recibir hasta un suministro para 34 días de un medicamento con receta en una farmacia minorista o de medicamentos especializados. Los miembros pueden recibir un suministro para 90 días por receta de determinados medicamentos de mantenimiento identificados en la Lista de medicación de mantenimiento para 90 días del DMAS después de recibir dos renovaciones con una duración de 34 días o menos. Puede consultar la lista de los medicamentos cubiertos en la Lista de gestión de la medicación de mantenimiento para 90 días del DMAS en sentarahealthplans.com/members/medicaid/prescription-drug-lists. Sentara Health Plans cubrirá hasta un suministro para 12 meses de anticonceptivos, incluidos todos los comprimidos orales, parches, anillos vaginales e inyecciones que se utilicen de manera rutinaria cuando se entreguen en una farmacia.

Cómo obtener sus medicamentos de una farmacia de la red

Una vez que el proveedor le haya recetado un medicamento con receta, deberá obtenerlo en una farmacia de la red (excepto en caso de emergencia). Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir medicamentos para los miembros de Sentara Health Plans. Para buscar una farmacia de la red, utilice el Directorio de proveedores disponible en sentarahealthplans.com/findadoc. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de la red de Sentara Health Plans.

Si necesita cambiar de farmacia, puede solicitar a su farmacia que transfiera la receta a otra farmacia de la red. Si su farmacia abandona la red de Sentara Health Plans, puede buscar una nueva farmacia en el Directorio de proveedores, o llamando a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711).

Cuando acuda a la farmacia de la red para dejar una receta o recoger sus medicamentos, muestre su tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans. Si tiene Medicare, muestre su tarjeta de Medicare y la tarjeta de ID de miembro de Sentara Health Plans. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o a su gestor de atención si tiene preguntas, necesita ayuda para obtener un medicamento con receta o para buscar una farmacia de la red.

Cómo recibir los medicamentos mediante el envío por correo postal

En ocasiones, es posible que necesite un medicamento que no esté disponible en una farmacia cercana, como un medicamento que se utiliza para tratar una afección compleja o que requiere una manipulación y un cuidado especiales. Si esto sucede, una farmacia de medicamentos especializados enviará estos medicamentos a su hogar o al consultorio de su proveedor.

Los beneficios de envíos por correo están disponibles para los miembros de FAMIS. Si tiene problemas para llegar a la farmacia o tiene preguntas sobre las opciones de envío por correo, comuníquese con Servicios al Miembro.

Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes

Algunos miembros que necesitan apoyo adicional con la gestión de su medicación pueden inscribirse en el Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes. El programa ayuda a coordinar los medicamentos y servicios para que trabajen juntos de manera que no perjudique su salud. Los miembros del Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes pueden estar restringidos (o bloqueados) a utilizar solo una farmacia para obtener sus medicamentos.

Sentara Health Plans le enviará una carta con más información si está en el Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes. Si se le inscribe en el programa pero considera que no debería estarlo, puede presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la carta (consulte la *sección 8: Apelaciones y quejas*).

7. Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor sobre los servicios que necesita, usted tiene derecho a obtener una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión gratuita por parte de un proveedor de la red sin una remisión. Cuando los proveedores de la red no son accesibles o cuando no pueden satisfacer sus necesidades, Sentara Health Plans puede remitirlo a un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión sin costo alguno.

Autorización de servicio

Existen algunos servicios, tratamientos y medicamentos que requieren una autorización de servicio antes de que usted los reciba o para continuar recibéndolos. Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios son médicamente necesarios y si Sentara Health Plans puede cubrirlos por usted. Después de evaluar sus necesidades y realizar una recomendación de atención, su proveedor debe presentar una solicitud de autorización de servicio a Sentara Health Plans con información que explique por qué usted necesita el servicio. Esto ayuda a garantizar que se puedan pagar los servicios que le brindan. Sentara Health Plans tiene un comité que revisa toda la nueva tecnología y la bibliografía para asegurarse de que utilizamos los criterios más actualizados en la toma de decisiones sobre su atención médica. Una vez que el comité aprueba la bibliografía, Sentara Health Plans la utilizará para tomar decisiones sobre la necesidad médica cuando su médico solicite nuevos servicios, tratamientos o medicamentos.

Si es nuevo en Sentara Health Plans, Sentara Health Plans respetará cualquier autorización de servicio realizada por el Departamento u otro plan de salud durante un máximo de 30 días (o hasta que finalice la autorización, si esto ocurre antes) o de hasta 60 días si usted está embarazada o tiene necesidades de salud o sociales sustanciales.

Las decisiones se basan en lo que es correcto para cada miembro y en el tipo de atención y servicios que se necesitan. Cumplimos los estándares de atención basados en:

- políticas médicas
- pautas clínicas nacionales
- pautas de Medicaid y beneficios de salud

Sentara Health Plans no recompensa a empleados, consultores u otros proveedores por:

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

Puede solicitar los planes de incentivos de su médico. Consulte (*sección 5: Sus beneficios*) para conocer los servicios específicos que requieren una autorización de servicio.

Nunca se requiere una autorización de servicio para los servicios de atención primaria, atención de emergencia, servicios preventivos, servicios de EI, servicios de planificación familiar, atención prenatal básica o servicios cubiertos por Medicare.

Cómo obtener una autorización de servicio

Por lo general, las autorizaciones de servicios las solicita su médico o el centro que le brinda la atención. El centro o el médico pueden realizar la solicitud por teléfono, fax o a través del portal de Sentara Health Plans, y la solicitud se enviará al equipo correspondiente. Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o su gestor de atención pueden responder sus preguntas y compartir más información sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su gestor de atención puede ayudarle a buscar el proveedor adecuado que pueda ayudarle a determinar si necesita este servicio.

Plazo para la revisión de la autorización de servicio

Después de recibir su solicitud de autorización de servicio, Sentara Health Plans tomará la decisión de aprobar o denegar esta solicitud. Normalmente, Sentara Health Plans enviará un aviso por escrito tan pronto como sea necesario y en un plazo de 14 días calendario (para los servicios de salud conductual y física). Si esperar tanto tiempo puede perjudicar gravemente su salud o su capacidad funcional, Sentara Health Plans decidirá con mayor rapidez. En su lugar, Sentara Health Plans le enviará el aviso por escrito en un plazo de tres días calendario. Las solicitudes de autorización posterior al servicio se revisan en un plazo de 30 días calendario con una posible extensión de 14 días calendario.

Sentara Health Plans tomará cualquier decisión sobre los servicios de farmacias dentro de las 24 horas. Los fines de semana o días festivos, Sentara Health Plans puede autorizar un suministro de emergencia de 72 horas de los medicamentos con receta. Esto permite que su proveedor tenga tiempo de presentar una solicitud de autorización de servicio y que usted reciba, posiblemente, un suministro adicional del medicamento con receta una vez que finalice el suministro de emergencia de 72 horas.

Sentara Health Plans se comunicará con su proveedor si Sentara Health Plans necesita obtener más información o tiempo para tomar una decisión sobre su autorización de servicio. Se le informará sobre la comunicación a su proveedor solicitante. Si no está de acuerdo con que Sentara Health Plans dedique más tiempo a revisar su solicitud o si no está satisfecho con la forma en que Sentara Health Plans gestionó su solicitud, consulte la *sección 8: Apelaciones y quejas* sobre cómo presentar una queja. Puede conversar con el gestor de atención sobre sus inquietudes o puede llamar a la línea de ayuda para la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608). Si desea compartir más información con Sentara Health Plans para ayudarle a decidir su caso, entonces usted o su proveedor pueden solicitar a Sentara Health Plans que dedique más tiempo a tomar una decisión con el fin de incluir la información adicional.

Determinaciones adversas de beneficios

Si Sentara Health Plans deniega una solicitud de autorización de servicio, esto se denomina determinación adversa de beneficios. Una determinación adversa de beneficios también puede ocurrir cuando Sentara Health Plans aprueba solo una parte de la solicitud de atención o una cantidad de servicio que es menor de lo que su proveedor solicitó. Entre los ejemplos de determinaciones adversas de beneficios se incluyen los casos en los que Sentara Health Plans:

- Deniega o limita una solicitud de atención médica o servicios que su proveedor o usted considera que debería poder obtener, incluidos los servicios fuera de la red del proveedor.
- Reduce, suspende o interrumpe la atención médica o los servicios que usted ya recibía.
- No brinda los servicios de manera oportuna.
- No actúa de manera oportuna para abordar quejas y apelaciones.
- Deniega su solicitud de reconsiderar una responsabilidad financiera.
- No paga la totalidad o parte de su atención médica o servicios.

Si Sentara Health Plans realiza una determinación adversa de beneficios, por lo general Sentara Health Plans notificará a su proveedor y a usted por escrito al menos 10 días antes de realizar cambios en su servicio. Sin embargo, si no tiene noticias de Sentara Health Plans, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o con el proveedor que le brindaría el servicio para realizar un seguimiento. Cuando Sentara Health Plans le notifique sobre la decisión por escrito, Sentara Health Plans le informará cuál fue la decisión, por qué se tomó esta decisión y cómo presentar una apelación si no está de acuerdo. Debe compartir una copia de la decisión con su proveedor. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones, consulte la (*sección 8: Apelaciones y quejas*).

8. Apelaciones y quejas

Apelaciones

Cuándo presentar una apelación con Sentara Health Plans

Usted tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios (consulte la *sección 7: Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos*) que Sentara Health Plans realice sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. Debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario después de conocer la decisión de Sentara Health Plans sobre su solicitud de autorización de servicio. Puede permitir que un representante autorizado (proveedor, familiar, etc.) o su abogado actúen en su nombre. Si decide permitir que alguien presente la apelación en su nombre, debe llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711) para informar a Sentara Health Plans. Para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio y las determinaciones adversas de beneficios, consulte la *sección 7: Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos*. Si necesita asistencia para presentar la apelación, puede ponerse en contacto con su gestor de atención.

No perderá la cobertura si presenta una apelación. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios que se denegaron mientras espera una decisión sobre su apelación. Póngase en contacto con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans si su apelación está relacionada con un servicio que está previsto que finalice o se reduzca. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Cómo presentar su apelación ante Sentara Health Plans

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Puede presentar una solicitud de apelación estándar (regular) o acelerada (rápida). Puede decidir presentar una apelación acelerada si usted o su proveedor consideran que su afección de salud o la necesidad de los servicios requieren una revisión urgente.

Solicitudes por teléfono	1-844-434-2916 TTY: 711
Solicitudes por escrito	Correo postal: Sentara Health Plans Attn: Appeals Department PO Box 62876 Virginia Beach, VA 23466 Fax: 1-866-472-3920

Plazo para presentar la apelación ante Sentara Health Plans

Cuando presente una apelación, asegúrese de comunicar a Sentara Health Plans sobre cualquier información nueva o adicional que usted desee que se utilice para tomar la decisión sobre la apelación. La información puede enviarse por correo postal, por fax o por teléfono. También puede llamar a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans si necesita ayuda. En un plazo de cinco (5) días a partir de las apelaciones estándares, Sentara Health Plans le enviará una carta para informarle que Sentara Health Plans recibió su apelación.

Si Sentara Health Plans necesita más información para tomar una decisión sobre la apelación, Sentara Health Plans le enviará un aviso por escrito en un plazo de cinco (5) días calendario posteriores a la recepción de su apelación para informarle qué información se necesita. En el caso de las apelaciones aceleradas (es decir, apelaciones que deben ocurrir en un plazo más rápido de lo normal), Sentara Health Plans también lo llamará de inmediato. Si Sentara Health Plans necesita más información, la decisión sobre su apelación estándar o acelerada podría retrasarse hasta 14 días a partir de los plazos correspondientes.

Si Sentara Health Plans tiene toda la información necesaria:

- Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación acelerada, Sentara Health Plans le enviará un aviso por escrito e intentará informarle de manera verbal sobre la decisión.
- Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación *estándar*, Sentara Health Plans le enviará un aviso por escrito para informarle sobre la decisión.

Si no está satisfecho con la decisión de Sentara Health Plans sobre la apelación

Puede presentar una apelación ante el Departamento a través de lo que se denomina proceso de audiencia imparcial estatal después de presentar una apelación ante Sentara Health Plans si:

- No está de acuerdo con la decisión final sobre la apelación que recibe por parte de Sentara Health Plans.
○
- Sentara Health Plans no responde a su apelación de manera oportuna.

Al igual que en el proceso de apelación de Sentara Health Plans, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios que se le denegaron mientras espera una decisión de la audiencia imparcial estatal sobre su apelación (pero es posible que al final deba pagar por estos servicios si se deniega la apelación que presentó en la audiencia imparcial estatal).

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal para presentar la apelación

Usted (o su representante autorizado) debe presentar la apelación ante el estado en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en que Sentara Health Plans emita su decisión final de apelación. Puede presentar la apelación por teléfono, por escrito o por vía electrónica. Si presenta la apelación por escrito, puede escribir su propia carta o utilizar el [formulario de solicitud de apelación](#) del Departamento. Asegúrese de incluir una copia completa del aviso final por escrito que indique la decisión de Sentara Health Plans sobre la apelación y cualquier documento que desee que el Departamento revise. Si eligió un representante autorizado, debe presentar los documentos que demuestren que la persona puede actuar en su nombre.

Si desea que la audiencia imparcial estatal se gestione con prontitud, debe indicar explícitamente «SOLICITUD ACELERADA» en la solicitud de audiencia imparcial estatal. También debe solicitar a su proveedor que envíe una carta al Departamento en la cual explique por qué necesita solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada.

Solicitudes por teléfono	1-804-371-8488 TTY: 1-800-828-1120
Solicitudes por escrito	Correo postal: Appeals Division, DMAS 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219 Fax: 804-452-5454
Solicitudes electrónicas	Sitio web: dmas.virginia.gov/appeals Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov

Plazo para solicitar una audiencia imparcial estatal para presentar la apelación

Después de que solicita una audiencia imparcial estatal para presentar su apelación, el Departamento le informará la fecha, hora y ubicación de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden realizar por teléfono. También puede solicitar una audiencia presencial.

Si cumple con los requisitos para solicitar una audiencia imparcial estatal para presentar una apelación *acelerada*, por lo general, la audiencia se celebrará en el plazo de uno o dos días a partir de la fecha en que el Departamento reciba la carta de solicitud acelerada de su proveedor. El Departamento emitirá una decisión por escrito sobre la apelación en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibió la carta de solicitud acelerada por parte de su proveedor.

Para una audiencia imparcial estatal para una apelación *estándar*, por lo general, el Departamento emitirá una decisión por escrito sobre la apelación en un plazo de 90 días posteriores a la presentación de su apelación ante Sentara Health Plans. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre la decisión de Sentara Health Plans sobre su apelación y la fecha en que envió su solicitud de audiencia imparcial estatal al Departamento. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia y presentar su posición.

Resultado de la audiencia imparcial estatal

Si la audiencia imparcial estatal revierte la decisión de Sentara Health Plans sobre la apelación, Sentara Health Plans debe autorizar o brindar los servicios con la rapidez que requiera su afección y a más tardar 72 horas después de la fecha en que el Departamento notifique a Sentara Health Plans. Si continuó recibiendo los servicios mientras esperaba una decisión con respecto a la apelación que presentó en la audiencia imparcial estatal, Sentara Health Plans debe pagar por esos servicios. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación. La decisión de la audiencia imparcial estatal es la decisión final del Departamento. Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación ante el tribunal de circuito local.

Cómo los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa

Como parte del proceso de apelación de la audiencia estatal imparcial, los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa en lugar de una audiencia imparcial estatal. No es necesario que solicite una revisión médica externa para presentar una solicitud de apelación de audiencia imparcial estatal ante el DMAS. Usted o su representante autorizado deben presentar una solicitud de revisión externa por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la decisión final de Sentara Health Plans sobre la apelación. Envíe las solicitudes de revisión externa a:

Acentra/KEPRO External Review
6802 Paragon Place, Suite 440
Richmond, VA 23230
O envíelas en línea en dmas.kepro.com

Incluya su nombre, el nombre y número de ID de su hijo, su número de teléfono con el código de área y las copias de cualquier aviso o información relevante.

Quejas

Cuándo presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento. No perderá la cobertura si presenta una queja.

Puede presentar una queja acerca de cualquier asunto, excepto una decisión sobre su cobertura de salud o los servicios cubiertos. (Para esos tipos de problemas, deberá presentar una apelación; consulte la sección anterior). Si no está satisfecho, puede presentar una queja ante Sentara Health Plans o una organización externa. Puede presentar quejas sobre lo siguiente:

- **Accesibilidad:** Por ejemplo, si no puede acceder físicamente al consultorio del proveedor/los centros o necesita asistencia lingüística y no la obtuvo.
- **Calidad:** Por ejemplo, si no está satisfecho con la calidad de la atención que recibió en el hospital.
- **Servicio al Cliente:** Por ejemplo, si su proveedor o el personal de atención médica fueron groseros con usted
- **Tiempos de espera:** Por ejemplo, si tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar mucho tiempo para consultar a su proveedor.
- **Privacidad:** Por ejemplo, si alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial.

Cómo presentar una queja ante Sentara Health Plans

Para presentar una queja ante Sentara Health Plans, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711) o presente una queja por escrito y envíela por correo postal a Sentara Health Plans Appeals Department, PO Box 62876, Virginia Beach, VA 23466, o por fax al 1-866-472-3920. Asegúrese de incluir detalles sobre el motivo de la queja para que Sentara Health Plans pueda ayudarlo.

Sentara Health Plans le informará nuestra decisión en un plazo de 90 días calendario después de recibir su queja. Si su queja está relacionada con su solicitud de apelación acelerada (consulte la sección anterior), Sentara Health Plans le responderá dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja.

Cómo presentar una queja ante una organización externa

Para presentar una queja ante una organización externa que no está afiliada a Sentara Health Plans, puede:

- Llamar a la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608).
- Comunicarse con la [Oficina de Derechos Civiles](#) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU:
 - solicitudes por teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)
 - solicitudes por escrito: Office of Civil Rights – Region III, Department of Health and Human Services, 150 S Independence Mall West Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106; o por fax al 215-861-4431.
- comunicarse con el [defensor del pueblo de atención a largo plazo de Virginia](#) (para quejas, inquietudes o asistencia con la atención en un centro de enfermería o los servicios y apoyos a largo plazo en la comunidad:
 - solicitudes por teléfono: 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950)
 - Solicitudes por escrito: Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229.
- Comunicarse con la [Oficina de Emisión de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia](#) (para quejas sobre centros de enfermería específicos, hospitales para pacientes hospitalizados y ambulatorios, centros de aborto, organizaciones de atención domiciliaria, programas de cuidados paliativos, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud):
 - solicitudes por teléfono: 1-800-955-1819 (TTY: 711).
 - Solicitudes por escrito: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Maryland Drive, Suite 401, Richmond, Virginia 23233-1463; o por correo electrónico: mchip@vdh.virginia.gov.

9. Costo compartido

Copagos

Los copagos son cuando usted paga un monto fijo por ciertos servicios que están cubiertos por Sentara Health Plans o el Departamento. La mayoría de los miembros de Sentara Health Plans no deberán copagos por los servicios cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones (consúltelas a continuación). Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans para obtener ayuda al 1-800-881-2166 (TTY: 711). Recuerde que si recibe servicios que no están cubiertos por Sentara Health Plans o el Departamento, usted debe pagar el costo completo.

Si tiene Medicare, es posible que tenga que abonar copagos por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare Part D.

Pago como paciente

Si recibe los LTSS, es posible que deba pagar una parte de su atención. A esto se lo denomina monto de pago como paciente. Si tiene Medicare, es posible que también tenga una responsabilidad de pago como paciente por la atención en un centro de enfermería especializada. El [DSS local](#) le comunicará si tiene una responsabilidad de pago como paciente y podrá responder a sus preguntas sobre el monto de este pago.

Primas

No es necesario que pague una prima por su cobertura. Sin embargo, el Departamento le paga a Sentara Health Plans una prima mensual por su cobertura. Si está inscrito en Sentara Health Plans pero en realidad no califica para la cobertura porque la información que brindó al Departamento o a Sentara Health Plans era falsa o porque no comunicó un cambio (como un aumento de sus ingresos, que puede incidir en si cumple con los requisitos para Medicaid/FAMIS), es posible que tenga que devolver al Departamento el costo de las primas mensuales. Deberá pagar al Departamento incluso si no obtuvo servicios durante esos meses.

10. Sus derechos

Derechos generales

Como miembro de Cardinal Care, usted tiene derecho a:

- No ser discriminado por motivos de raza, color de piel, origen étnico o nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, convicciones políticas, estado civil, embarazo o parto, estado de salud o discapacidad.
- Ser tratado con respeto y que se respete su privacidad y dignidad.
- Obtener información (incluso a través de este manual) sobre su plan de salud, proveedor, cobertura y beneficios.
- Obtener información de una manera que pueda entender con facilidad. Recuerde: La interpretación, la traducción escrita y las herramientas auxiliares están disponibles de manera gratuita.
- Acceder a la atención médica y los servicios de manera oportuna, coordinada y culturalmente competente.
- Obtener información por parte de su proveedor y plan de salud sobre las opciones de tratamientos.
- Participar en todas las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a decir «no» a cualquier tratamiento ofrecido.
- Solicitar ayuda a su plan de salud si su proveedor no ofrece un servicio debido a motivos morales o religiosos.
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se enmienden o corrijan de acuerdo con la ley estatal y federal.
- Solicitar que sus registros médicos y tratamientos sean confidenciales y privados. Sentara Health Plans solo divulgará su información si lo permite la ley federal o estatal, o si es necesario para controlar la calidad de la atención o proteger contra el fraude, desperdicio y abuso.
- Vivir de forma segura en el entorno de su elección. Si usted o alguien que conoce es víctima de abuso, negligencia o abuso económico, llame al DSS local o al DSS de Virginia al 1-888-832-3858. Esta llamada es gratuita.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y a ejercer sus derechos sin que los proveedores, Sentara Health Plans o el Departamento le traten mal.
- No ser sometido a ninguna restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar apelaciones y quejas, y solicitar una audiencia imparcial estatal (consulte la sección 8: Apelaciones y quejas).
- Ejercer cualquier otro derecho garantizado por las leyes estatales o federales (como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, por ejemplo).

Su derecho a estar seguro

Todos tienen derecho a vivir una vida segura en el hogar o en el entorno que elijan. Cada año, muchos adultos mayores y jóvenes con discapacidad son víctimas de abusos por parte de familiares, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar. Si usted, o alguien que conoce, es víctima de abuso,

maltrato físico, negligencia o abuso económico por parte de un familiar u otra persona, debe llamar al departamento de servicios sociales local o a la línea de atención telefónica gratuita las 24 horas del Departamento de Servicios Sociales de Virginia al 1-888 832-3858. Puede hacer esta llamada de forma anónima; no tiene que dar su nombre. La llamada es gratuita.

También se le puede proporcionar un trabajador local capacitado que puede asistirlo y ayudarlo a obtener los tipos de servicios que necesita para garantizar su seguridad.

Su derecho a la confidencialidad

Sentara Health Plans solo divulgará información si la ley estatal y federal lo permite específicamente, o si es necesario para el uso de programas que revisan registros médicos para supervisar la calidad de la atención o para combatir el fraude o el abuso.

El personal de Sentara Health Plans hará preguntas para confirmar su identidad antes de que analicemos o divulguemos su información médica.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 le exige a Sentara Health Plans proteger la confidencialidad de su información médica. No utilizaremos ni divulgaremos más su información médica, excepto cuando sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones del plan de salud, según lo permita o exija la ley, o en la medida en que usted lo autorice.

Sentara Health Plans está obligado por ley a mantener la confidencialidad y seguridad de su información médica. Solo usaremos o compartiremos su información médica según sea necesario para proporcionarle la atención que necesita o según lo permita la ley, a menos que nos dé permiso por escrito para compartirla con otros.

Si recibe atención por, o tiene un diagnóstico de, un trastorno por uso de sustancias, o recibe servicios de tratamiento para la adicción y de recuperación, debe darnos un permiso por escrito para compartir su información, a menos que la información se comparta con una empresa que trabaje para Sentara Health Plans en un esfuerzo por brindarle atención y beneficios de seguro.

Puede encontrar una descripción completa de sus derechos de conformidad con la HIPAA en el Aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare. Una copia del aviso se incluye en este manual.

Su derecho a la privacidad

Usted tiene el derecho legal a ver y recibir una copia de su información médica, incluidos sus registros de reclamos. Usted tiene derecho a corregir su información médica, solicitar comunicaciones confidenciales, pedirnos que limitemos la información que compartimos y obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare. También tiene derecho a solicitar una lista de las personas a quienes hemos divulgado su información en determinadas circunstancias. Esto se denomina registro de divulgaciones y puede llamar a Servicios al Miembro para obtenerlo.

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sentara Health Plans o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja ante Sentara Health Plans.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD («AVISO») DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Las referencias a «Sentara», «nosotros», y «nuestro» se refieren a los miembros de Sentara Health ACE, que es una entidad cubierta afiliada. Una entidad cubierta afiliada es un grupo de organizaciones que comparten la propiedad o el control, y que se designan a sí mismas como una única entidad cubierta afiliada con el fin de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico («HIPAA»). Tanto Sentara Health ACE como sus empleados y miembros de la fuerza laboral que participan en la provisión y coordinación de su atención médica están obligados a cumplir con los términos de este aviso. Los miembros de Sentara Healthcare ACE compartirán entre sí información médica protegida a nivel federal (es decir, su información médica) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica según lo permitan la HIPAA y este aviso. Al final de este aviso, se brinda una lista completa de los miembros de Sentara Health ACE.

Nuestro compromiso con respecto a su información médica protegida

Sentara se compromete a proteger su información médica protegida. Elaboramos un registro de determinada información médica relacionada con su plan de beneficios de salud administrado por ciertas entidades de Sentara. Necesitamos esta información para brindarle servicios de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales.

Este aviso se aplica a todos los registros de información médica relacionados con su plan de beneficios de salud administrados por ciertos Sentara Health Plans.

Estamos obligados por ley a lo siguiente:

- mantener la privacidad de su información médica
- brindar este aviso que describe nuestras tareas legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica
- informarle en caso de violación de su información médica no protegida
- seguir los términos de este aviso

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización (permiso)

En las siguientes secciones se describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización (permiso). Para cada categoría de usos o divulgaciones, las describiremos y ofreceremos algunos ejemplos. Cierta información médica, como determinada información genética, cierta información sobre drogas y alcohol, información sobre el VIH e información sobre salud mental, puede estar sujeta a restricciones especiales conforme a las leyes estatales y federales. Cumplimos con todas las leyes estatales y federales aplicables relacionadas con la protección de la información médica. No se describirán todos los usos o las divulgaciones, pero todas

las formas en que se nos permite usar y divulgar la información médica protegida sobre usted se incluirán en una de las siguientes categorías.

Tratamiento: podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para ofrecerle un tratamiento médico o coordinar con los proveedores de atención médica un tratamiento para usted.

Pago: podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar determinaciones de cobertura, coordinar los beneficios y ayudar a abonar las facturas médicas que nos envíe para el pago. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica de una cirugía que recibió en un hospital para poder pagarle a este hospital.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted para nuestras operaciones de atención médica y para ciertas operaciones de atención médica por parte de otros proveedores que le brindan atención. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar nuestros planes de salud y para garantizar que todos nuestros miembros reciban servicios de calidad. Podemos usar y divulgar información médica protegida para brindar servicios de atención al cliente. Por ejemplo, podemos utilizar información médica protegida sobre usted para revisar nuestros servicios, evaluar el desempeño de nuestro personal y solicitar que realice una encuesta sobre su satisfacción con nuestros servicios. Podemos revisar o agregar información sobre los miembros para decidir qué servicios o beneficios adicionales deben ofrecer nuestros planes de salud, qué servicios no son necesarios y si ciertos servicios nuevos son eficaces o no. Podemos combinar la información médica protegida que tenemos sobre usted con la información médica protegida de otros miembros para comparar nuestro desempeño y determinar en qué aspectos podemos mejorar los servicios que ofrecemos.

Asociados comerciales: podemos compartir su información médica protegida con determinados terceros denominados «asociados comerciales». Los asociados comerciales brindan diversos servicios a Sentara o para Sentara. Los ejemplos incluyen servicios de facturación, servicios de transcripción y servicios legales. Requerimos que nuestros asociados comerciales firmen un acuerdo que les exija proteger su información médica protegida, y que utilicen y divulguen su información médica protegida solo para los fines para los cuales hemos contratado sus servicios.

Personas que participan en su atención o en el pago de esta: a menos que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar información médica protegida sobre usted a las personas implicadas en su atención médica, como un amigo, un familiar o cualquier persona que usted identifique. También podemos brindarle su información médica protegida a alguien que le ayude a pagarla. Además, podemos divulgar su información médica protegida a su representante legal, lo que significa, por lo general, que es una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted. Por lo general, Sentara tratará a su representante legal de la misma manera en que lo trataríamos a usted con respecto a su información médica.

Comunicaciones con usted: nosotros, o nuestros asociados comerciales, podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto sobre las actividades relacionadas con el tratamiento, la atención o el pago. Por ejemplo, podemos recordarle que tiene una cita para recibir atención médica y brindarle información sobre el tratamiento. Nosotros o nuestro asociado comercial también podemos utilizar su información médica protegida para comunicarnos con usted acerca de los beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle, como las vacunas disponibles.

Si nos facilita su dirección de correo electrónico o número de teléfono, acepta que nosotros, o nuestros asociados comerciales, podamos intercambiar información médica protegida con usted por correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica. Estos mensajes se pueden enviar mediante marcación automática o mensajes pregrabados. Usted acepta que podamos comunicarnos con usted a través de estos métodos mediante llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto u otros medios en función de la información de contacto que figure en nuestros archivos. También comprende y acepta que la comunicación por correo electrónico y texto es intrínsecamente insegura y que no hay garantía de confidencialidad de la información que se comunica de esta manera. Usted acepta que es el usuario o suscriptor de la dirección de correo electrónico o el número de teléfono que se nos ha facilitado, y acepta toda la responsabilidad de los correos electrónicos, las llamadas telefónicas o los mensajes de texto que se realicen o envíen a esta dirección de correo electrónico o número de teléfono, o desde ellos. Si prefiere no intercambiar información médica protegida por correo electrónico, mensaje de texto o por teléfono, puede optar por no comunicarse con nosotros a través de esos medios notificando al responsable de privacidad (consulte la información de contacto al final de este aviso).

Según lo exija o permita la ley: divulgaremos la información médica sobre usted cuando lo exija la ley federal o estatal. Esto incluye el intercambio de información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Procedimientos legales, demandas civiles y otras acciones legales: podemos divulgar información médica protegida sobre usted a tribunales, abogados, empleados de tribunales y otros cuando recibamos una orden judicial, citación, solicitud de presentación de pruebas, mandato judicial u otras instrucciones legales. También podemos divulgar su información médica protegida a quienes trabajan en nombre de Sentara en una demanda civil o acción relacionada con Sentara. También podemos divulgar información con fines de aplicación de la ley si así lo exige la ley o en respuesta a una citación, orden judicial o proceso similar válidos.

Divulgaciones accidentales: existen determinadas divulgaciones de información médica protegida que pueden ocurrir mientras le ofrecemos un servicio o realizamos nuestras actividades comerciales. Nos esforzaremos en la medida de lo razonable por limitar estas divulgaciones accidentales.

Usos y divulgaciones de información médica protegida adicionales sin su autorización (permiso)

Es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida en las siguientes situaciones especiales:

Esfuerzos de ayuda en caso de catástrofe: Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a una organización que brinde ayuda en caso de catástrofe para que se pueda informar a su familia sobre su afección, estado y ubicación. Si no desea que divulguemos su información médica protegida para este fin, debe comunicárselo a sus cuidadores para que no divulguemos esta información a menos que debamos hacerlo para responder ante un caso de emergencia.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad: Podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted para ayudar a prevenir una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otras personas.

Situación militar: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, nacionales (Estados Unidos) o extranjeras, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades militares según lo permita o exija la ley.

Indemnización para trabajadores: Podemos divulgar información médica protegida sobre usted para la indemnización para trabajadores y los programas similares según lo permita o exija la ley.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a un médico forense, examinador médico o director de funeraria según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, según lo permita o exija la ley.

Servicios de protección para el presidente de los Estados Unidos y otros: Podremos divulgar información médica protegida sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan efectuar investigaciones especiales o brindar protección al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, según lo permita o exija la ley.

Reclusos: Si usted es un recluso en un centro penitenciario o está bajo la custodia de encargados de aplicar la ley, podemos divulgar información médica protegida sobre usted al centro penitenciario o a los encargados de aplicar la ley según lo permita o exija la ley.

Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida tras recibir su autorización por escrito (permiso)

Marketing: debemos obtener su permiso por escrito para utilizar o divulgar su información médica protegida con fines de marketing, excepto en determinadas circunstancias. Por ejemplo, no se requiere un permiso por escrito para los encuentros presenciales que impliquen el marketing, o cuando le entreguemos un regalo de valor nominal (por ejemplo, una taza de café), o para una comunicación sobre nuestros propios servicios o productos (por ejemplo, podemos enviarle una postal para anunciarle la llegada de un nuevo cirujano o aparato de radiografías).

Venta de información médica protegida: debemos obtener su permiso por escrito para divulgar su información médica protegida a cambio de una remuneración (pago).

Otro usos y divulgaciones de información médica protegida sin su autorización (permiso): los demás usos y divulgaciones de su información médica protegida que no están contemplados en las categorías incluidas en este aviso o en las leyes, reglas o regulaciones correspondientes se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos facilita dicho permiso por escrito, podrá revocarlo en cualquier momento. No podemos retractar ningún uso o divulgación que ya hayamos realizado en función de su permiso por escrito.

Sus derechos en relación con la información médica protegida sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y obtener una copia: con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica protegida que utilizamos para tomar las decisiones sobre sus beneficios. Las excepciones a esto son las notas de psicoterapia, la información recopilada para ciertos procedimientos legales y cualquier información médica protegida restringida por la ley.

Para inspeccionar o recibir una copia de su información médica, requerimos que presente su solicitud por escrito a Servicios al Miembro del plan de salud. Si no está seguro dónde presentar la solicitud, comuníquese con el responsable de privacidad de Sentara Health Plans (información de contacto a continuación). Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de la copia, el envío por correo u otros suministros relacionados con la solicitud. Su solicitud se realizará de manera oportuna sin exceder los 30 días.

En ciertas circunstancias, podemos denegar su solicitud para inspeccionar o copiar la información médica protegida, por ejemplo, si creemos que puede ponerle en peligro a usted u otra persona. Si se le deniega el acceso a la información médica protegida, puede solicitar que otro profesional de atención médica con licencia revise la denegación. Cumpliremos el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que utilicemos un método determinado para comunicarnos con usted sobre asuntos de Sentara Health Plan o que le enviemos información de Sentara Health Plan a una ubicación determinada si la comunicación pudiera

ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos su información por un medio específico, como por el correo postal de los EE. UU. únicamente, o a un domicilio específico. Si desea que nos comuniquemos con usted en determinada manera, deberá brindarnos detalles específicos sobre cómo desea que nos comuniquemos con usted, incluido un domicilio alternativo válido. No le preguntaremos sobre el motivo de la solicitud y satisfaremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted mediante los medios o las ubicaciones que solicitó, podemos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos. Le pedimos que envíe su solicitud por escrito a Servicios al Miembro del plan de salud. Si no está seguro dónde presentar la solicitud, comuníquese con el responsable de privacidad de Sentara Health Plan (información de contacto a continuación).

Derecho a solicitar una modificación: si considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Para solicitar una modificación, requerimos que presente su solicitud por escrito y que facilite el motivo de la solicitud. Debe enviar su solicitud a Servicios al Miembro del plan de salud. Si no está seguro dónde presentar la solicitud, comuníquese con el responsable de privacidad de Sentara Health Plans (información de contacto a continuación). Si aceptamos su solicitud, modificaremos sus registros y se lo notificaremos. En ciertas circunstancias, no podemos eliminar lo que está en los registros, pero podemos agregar información complementaria para aclarar. Si denegamos su solicitud de modificación, le brindaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos y le explicaremos sus derechos.

Derecho a obtener un registro de divulgaciones: usted tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para recibir una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica protegida en los seis años anteriores a su solicitud. El registro de divulgaciones que reciba no incluirá las divulgaciones que se realizaron para el tratamiento, el pago o las actividades de operaciones de atención médica de Sentara Health Plans. Además, no incluirá las divulgaciones que se le hayan realizado a usted. Para solicitar un registro de divulgaciones, requerimos que presente su solicitud por escrito al responsable de privacidad de Sentara Health Plans (información de contacto a continuación). Deberá indicar el periodo de tiempo para el que desea recibir el registro, que no podrá ser superior a seis años ni remontarse a más de seis años a partir de la fecha de su solicitud. Debe indicar si desea recibir la lista de divulgaciones de manera electrónica o en papel.

El primer registro de divulgaciones que reciba en un periodo de 12 meses será gratuito. Podemos cobrarle por responder a solicitudes adicionales durante ese mismo periodo. Le informaremos sobre los costos involucrados antes de contraer los costos. Puede optar por cancelar o modificar su solicitud en ese momento.

Derecho a solicitar restricciones: usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica protegida que utilicemos o divulguemos sobre usted para los tratamientos, los pagos u las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la solicitud. Si aceptamos

su solicitud, la cumpliremos a menos que la información médica protegida sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia o que la ley nos exija no divulgarla.

Para solicitar una restricción, debe presentar su solicitud por escrito al responsable de privacidad de Sentara Health Plans (información de contacto a continuación) e indicarnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Podemos cancelar la restricción avisándole con antelación. Si cancelamos la restricción, solo afectará la información médica que se creó o recibió después de que le notifiquemos.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso: usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si previamente ha aceptado recibirlo de manera electrónica. Para obtener las copias de este aviso, comuníquese con el responsable de privacidad de Sentara Health Plans (información de contacto a continuación). Este aviso está publicado en nuestro sitio web y puede descargarse en: www.sentarahealthplans.com.

Derecho a recibir notificación sobre una violación: usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito sobre cualquier violación de su información médica protegida no segura.

Cambios en este aviso: nos reservamos el derecho a modificar este aviso ocasionalmente. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la versión revisada o modificada de este aviso para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información médica que recibamos sobre usted en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en el sitio web de Sentara Health Plans en www.sentarahealthplan.com y enviaremos el aviso modificado, o la información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso modificado, en nuestra próxima carta anual a los miembros que reciban la cobertura del plan. Revise el aviso periódicamente para garantizar de que está familiarizado con nuestras prácticas de privacidad de la HIPAA.

Preguntas, solicitudes o quejas: Si tiene preguntas o considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sentara Health Plans o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante Sentara Health Plans, comuníquese con el responsable de privacidad de Sentara Health Plans. ***No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.***

Sentara Health Plans
Attn: Privacy Officer
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
757-552-7485

The U.S. Department of Health and Human
Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Este aviso entra en vigencia el 01/01/2024 y reemplaza todas las versiones anteriores.

APÉNDICE A

AFILIADOS

Este aviso de prácticas de privacidad cubre una entidad cubierta afiliada o «ACE». Cuando este aviso se refiere a Sentara Health ACE, se está refiriendo a Sentara Health y a cada una de las siguientes subsidiarias y afiliados:

Sentara Health Administration, Inc.

Sentara Health Insurance Company

Sentara Health Plans

Sentara Behavioral Health Services, Inc.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas que reciben las personas que le atienden y que les indican qué hacer si usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Su instrucción anticipada enumera el tipo de atención que desea o no recibir si se enferma o lesiona hasta el punto de no poder hablar por sí mismo. Es su derecho y decisión si desea completar una instrucción anticipada. Sentara Health Plans es responsable de brindarle información por escrito sobre las instrucciones anticipadas y su derecho a crear una instrucción anticipada según la ley de Virginia. Sentara Health Plans también debe ayudarle a comprender por qué es posible que Sentara Health Plans no pueda seguir su instrucción anticipada.

Si desea una instrucción anticipada, puede completar un formulario de instrucciones anticipadas. Puede obtener un formulario de instrucción anticipada por los siguientes medios:

- virginiaadvancedirectives.org
- su gestor de atención, si tiene uno
- su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales, un trabajador social, el hospital
- sentarahealthplans.com

Puede cancelar o modificar la instrucción anticipada o el poder notarial si las elecciones o preferencias sobre sus decisiones de atención médica o su representante autorizado cambian. Si su proveedor no sigue la instrucción anticipada, las quejas pueden presentarse en la [División de Cumplimiento en el Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia](#):

- 1-800-533-1560 (TTY: 711)
- Correo electrónico: enfcomplaints@dhp.virginia.gov
- Escriba a: Virginia Department of Health Professions, Enforcement Division, 9960 Maryland Drive, Suite 300, Henrico, Virginia 23233-146

Si considera que Sentara Health Plans no le brindó la información que necesita sobre las instrucciones anticipadas, o le preocupa que Sentara Health Plans no siga su instrucción anticipada, puede ponerse en contacto con el Departamento para presentar una queja:

- 1-800-643-2273 (TTY: 711)
- Correo electrónico: DMAS-Info@dmas.virginia.gov, o
- Escriba a: Department at Department of Medical Assistance Services, 600 East Broad Street, Richmond, Virginia 23219.

Comité Asesor para Miembros

Usted tiene derecho a informarnos cómo el Departamento y Sentara Health Plans pueden prestarle mejores servicios. Sentara Health Plans lo invita a adherirse al Comité Asesor para Miembros. Como miembro del comité, puede participar en reuniones educativas que ocurren una vez cada tres meses. Puede asistir a las reuniones de manera presencial o virtual. Asistir a las reuniones del comité le brindará a usted y a su cuidador o familiar la oportunidad de realizar aportes sobre Cardinal Care y conocer a otros miembros. Si desea obtener más información o le gustaría asistir, comuníquese con Asistencia para Miembros de Sentara Health Plans al 1-833-261-2367, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m.

11. Sus responsabilidades

Responsabilidades generales

Como miembro de Cardinal Care, usted tiene algunas responsabilidades. Esto incluye las siguientes responsabilidades:

- Seguir este manual, comprender sus derechos y formular preguntas cuando no comprenda o desee obtener más información.
- Tratar a los proveedores, al personal de Sentara Health Plans y a otros miembros con respeto y dignidad.
- Elegir su PCP y, si es necesario, cambiar su PCP (consulte la sección 3: Proveedores y cómo recibir la atención).
- Llegar a tiempo a las citas y llamar al consultorio de su proveedor lo antes posible si necesita cancelar o si va a llegar tarde.
- Mostrar su tarjeta de ID de miembro cada vez que reciba atención y servicios (consulte la sección 2: Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care).
- Brindar (lo mejor que pueda) información completa y precisa sobre sus antecedentes médicos y síntomas.
- Comprender sus problemas de salud y conversar con sus proveedores sobre los objetivos de tratamiento, cuando sea posible.
- Trabajar con el gestor de atención y el equipo de atención para crear y seguir un plan de atención que sea el mejor para usted (consulte la sección 4: Coordinación y gestión de atención).
- Invitar a formar parte del equipo de atención a las personas le apoyen y ayuden en su tratamiento.
- Informar a Sentara Health Plans cuándo debe cambiar su plan de atención.
- Obtener los servicios cubiertos de la red de Sentara Health Plans cuando sea posible (consulte la sección 3: Proveedores y cómo recibir la atención).
- Obtener la aprobación de Sentara Health Plans para recibir los servicios que requieren una autorización de servicio (consulte la sección 7: Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos).
- Acudir a la sala de emergencias solo en los casos de emergencia.
- Pagar los servicios que reciba que no estén cubiertos por Sentara Health Plans o el Departamento.
- Informar sobre las sospechas de fraude, desperdicio y abuso (más información a continuación).

Llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711) para informarles si:

- Su nombre, domicilio, número de teléfono o correo electrónico han cambiado (consulte la sección 1: Empecemos).
- Su seguro de salud cambia de alguna manera (por ejemplo, del empleador o de la compensación para trabajadores) o tiene reclamos de responsabilidad, como en el caso de un accidente automovilístico.

- Su tarjeta de ID de miembro se daña, pierde o alguien la hurta.
- Tiene problemas con los proveedores de atención médica o el personal.
- Se lo ingresa en un centro de enfermería o en el hospital.
- Su cuidador o cualquier persona responsable de usted cambia.
- Se une a un estudio de investigación o ensayo clínico.

Informar sobre fraude, desperdicio y abuso

Como miembro de Cardinal Care, usted es responsable de informar las sospechas de fraude, desperdicio y abuso, y de asegurarse de no participar en ellos ni crearlos. El fraude es un engaño o una tergiversación intencionales por parte de una persona que sabe que la acción podría resultar en un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. El desperdicio es el uso excesivo, insuficiente o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de ocasionar costos innecesarios para el programa Medicaid, el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con determinados estándares de atención médica.

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los *miembros* incluyen los siguientes:

- informar falsamente los ingresos o activos para cumplir con los requisitos de Medicaid
- vivir de manera permanente en un estado que no sea Virginia mientras recibe los beneficios de Cardinal Care
- utilizar la tarjeta de ID de miembro de otra persona para obtener los servicios

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los *proveedores* incluyen los siguientes:

- brindar servicios que no son médicamente necesarios
- facturar servicios que no se brindaron
- cambiar los registros médicos para cubrir actividades ilegales

La información sobre cómo informar las sospechas de fraude, desperdicio o abuso se incluye en la siguiente tabla:

Línea de atención telefónica de fraude y abuso del Departamento

Teléfono	804-786-1066 Llamada gratuita: 1-866-486-1971 TTY: 711
Correo electrónico	RecipientFraud@DMAS.virginia.gov
Correo postal	Department of Medical Assistance Services, Recipient Audit Unit 600 East Broad St Suite 1300 Richmond, VA 23219

Unidad de Control de Fraude de Medicaid de Virginia (Oficina del Fiscal General)

Teléfono	804-371-0779 Llamada gratuita: 1-800-371-0824 TTY: 711
Fax	804-786-3509
Correo electrónico	MFCU_mail@oag.state.va.us
Correo postal	Office of the Attorney General, Medicaid Fraud Control Unit 202 North Ninth Street Richmond, VA 23219

Línea de atención telefónica de fraude, desperdicio y abuso de la Oficina del Inspector General del estado de Virginia

Teléfono	1-800-723-1615 TTY: 711
Correo electrónico	covhotline@osig.virginia.gov
Correo postal	State Fraud, Waste, and Abuse Hotline 101 N. 14 th Street The James Monroe Building 7th Floor Richmond, VA 23219

12. Palabras clave y definiciones de este manual

- **Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS):** Beneficio de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias para los miembros con adicción. Los miembros pueden acceder a una gama completa de servicios de tratamiento de las adicciones, como los servicios para pacientes hospitalizados, los servicios de tratamiento residencial, la hospitalización parcial, el tratamiento para pacientes ambulatorios intensivos, el tratamiento asistido por medicamentos (MAT), los servicios de uso de sustancias y opioides, y los servicios de apoyo entre pares para la recuperación.
- **Determinación adversa de beneficios:** Cualquier decisión del plan de salud de denegar un servicio o una solicitud de autorización de servicio para un miembro. Esto incluye una aprobación para un monto de servicio menor que el solicitado.
- **Apelación:** Una solicitud de una persona (o de alguien de confianza que actúe en su nombre) para que el plan de salud revise de nuevo una solicitud de servicio y considere la posibilidad de cambiar una determinación adversa de beneficios realizada por el plan de salud sobre la cobertura médica o los servicios cubiertos.
- **Representante autorizado:** Una persona que puede tomar decisiones y actuar en nombre de un miembro. Los miembros pueden seleccionar un familiar, tutor o amigo de confianza para que sea su representante autorizado.
- **Medicamento de marca:** Medicación fabricada y vendida por una sola empresa. Las versiones genéricas de estos medicamentos, en ocasiones, están disponibles con los mismos ingredientes, pero las fabrica una empresa diferente.
- **Línea de ayuda para la atención administrada de Cardinal Care:** Asistencia que ofrece una organización que celebra un contrato con el Departamento para ayudar a las personas a realizar las actividades de inscripción y a elegir un plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda de atención administrada de Cardinal Care son gratuitos y pueden brindarse por teléfono o en línea.
- **Cardinal Care:** El programa Medicaid/FAMIS de Virginia, que incluye los dos programas anteriores de atención administrada de Medicaid, Medallion 4.0 y Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), los miembros de pago por servicio (FFS) de Medicaid, FAMIS para niños, FAMIS MOMS y FAMIS cobertura prenatal.
- **Coordinación de atención:** Ayuda que el plan de salud brinda a los miembros para que puedan comprender qué servicios están disponibles y cómo obtener la atención médica o los servicios sociales que necesitan. La coordinación de atención está disponible para todos los miembros, incluidos aquellos a quienes no se les asigna un gestor de atención y no necesitan ni desean la gestión de atención.

- **Gestión de atención:** Apoyo continuo que el gestor de atención de un plan de salud ofrece a los miembros con importantes necesidades de salud, sociales y de otro tipo. Los servicios de gestión de atención incluyen una revisión minuciosa de las necesidades del miembro, el desarrollo de un plan de atención, la comunicación periódica con un gestor de atención y el equipo de atención del miembro, y la ayuda para obtener servicios sociales y de atención médica en las transiciones entre distintos entornos de atención médica.
- **Gestor de atención:** Un profesional de salud que trabaja para el plan de salud con experticia especial en atención médica y que se asigna a determinados miembros con necesidades más importantes para trabajar en estrecha colaboración con ellos. El gestor de atención trabaja con el miembro, sus proveedores y sus familiares/cuidadores para comprender qué servicios de atención médica y sociales necesita el miembro, ayudarlo a obtener los servicios que necesita y ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención.
- **Plan de atención:** Un plan elaborado y actualizado periódicamente por el miembro y su gestor de atención en el cual se describen las necesidades de atención médica y sociales del miembro, los servicios que recibirá para satisfacerlas, cómo los recibirá, quién se los brindará y, en algunos casos, con qué frecuencia.
- **Equipo de atención:** Un grupo de proveedores de atención médica, que incluye los médicos, enfermeros y asesores de un miembro, según lo seleccionado por este, que le ayudan a obtener la atención que necesita. El miembro y sus cuidadores forman parte del equipo de atención.
- **Exención de CCC Plus:** Un programa de servicios de Exención para Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) en Virginia que brinda atención en el hogar y la comunidad en lugar de un centro de enfermería a los miembros que cumplen con los requisitos.
- **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de los programas Medicaid y Medicare.
- **Copago:** Un monto fijo en dólares que un miembro puede estar obligado a pagar por ciertos servicios. La mayoría de los miembros de Cardinal Care no tendrán que pagar copagos por los servicios cubiertos.
- **Cover Virginia:** Centro de apoyo estatal de Virginia. Las personas pueden realizar una llamada gratuita al 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590) o visitar coverva.dmas.virginia.gov para obtener información y solicitar un seguro de salud, renovar la cobertura, actualizar la información y formular preguntas.
- **Beneficios cubiertos:** Servicios de atención médica y medicamentos con receta cubiertos por el plan de salud o el Departamento, incluidos los servicios de salud física médicamente necesarios, los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
- **Parteras:** Una persona capacitada en la comunidad que ofrece apoyo a las miembros y sus familias a lo largo del embarazo, durante el trabajo de parto y hasta un año después del nacimiento.

- **Miembro con doble elegibilidad:** Una persona que tiene Medicare y recibe la cobertura completa de Medicaid.
- **Equipo médico durable (DME):** Equipos y aparatos médicos, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital, que los miembros pueden obtener y utilizar en el hogar cuando sean médicamente necesarios.
- **Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT):** Beneficio exigido por el gobierno federal que los miembros de Medicaid menores de 21 años de edad tienen derecho a recibir. Los [EPSDT](#) brindan servicios integrales para identificar la afección de un niño, tratarla y mejorarla, o para evitar que empeore. Los EPSDT se aseguran de que los niños y jóvenes reciban los servicios preventivos, odontológicos, de salud mental, de desarrollo y especializados necesarios.
- **Intervención temprana (EI):** Servicios para los bebés menores de tres años que tienen dificultades para aprender o desarrollarse como otros bebés. Los servicios pueden incluir la terapia del habla, la terapia física, la terapia ocupacional, la coordinación de servicios y los servicios de desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo.
- **Elegible:** Cumplir con las condiciones o los requisitos de un programa.
- **Atención de emergencia (o servicios de emergencia):** El tratamiento o los servicios que recibe una persona para tratar una afección médica de emergencia.
- **Afección médica de emergencia:** Cuando una enfermedad o lesión es tan grave que la salud, las funciones corporales, los órganos o las partes del cuerpo de una persona (o, según corresponda, de su bebé por nacer) pueden estar en peligro si no recibe atención médica de inmediato.
- **Transporte médico en casos de emergencia:** El transporte en ambulancia o vehículo de emergencia a una sala de emergencias para recibir atención médica. Los miembros pueden obtener transporte médico en casos de emergencia llamando al 911.
- **Atención en la sala de emergencias:** Una habitación de hospital dotada y equipada para el tratamiento de personas que requieren atención o servicios médicos inmediatos.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos en Cardinal Care por el plan de salud o el Departamento.
- **Plan de Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico (FAMIS) o FAMIS para niños:** Un programa de seguro médico integral gestionado por el gobierno federal y estatal para los niños sin seguro desde el nacimiento hasta los 18 años de edad que no son elegibles para Medicaid y tienen ingresos inferiores al 200 % del nivel de pobreza federal.
- **FAMIS MOMS:** Un programa de seguro médico gestionado por el gobierno federal y estatal para personas embarazadas sin seguro médico con la misma elegibilidad de ingresos que el programa FAMIS para niños.

- **Atención prenatal de FAMIS o (FAMIS PC):** Programa de seguro médico gestionado por el gobierno federal y estatal para las personas embarazadas que no son elegibles para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su nacionalidad o condición migratoria. La cobertura comienza durante el embarazo y dura hasta dos meses después del nacimiento del bebé.
- **Fraude, desperdicio y abuso:** El fraude es un engaño o una tergiversación intencionales por parte de una persona que sabe que la acción podría resultar en un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. El desperdicio es el uso excesivo, insuficiente o inadecuado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica por parte de un miembro o proveedor de ocasionar costos innecesarios para el programa Medicaid, el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con determinados estándares de atención médica.
- **Medicamento genérico:** Una medicación aprobada por el gobierno federal para sustituir a un medicamento de marca porque tienen los mismos ingredientes y funcionan igual.
- **Motivos por causa justificadas:** Los motivos aceptables para cambiar la cobertura de salud. Los ejemplos de motivos por causas justificadas son los siguientes: (1) una persona se muda fuera del estado o (2) el plan de salud no puede brindar los servicios médicos requeridos.
- **Queja:** Una queja escrita o verbal que una persona presenta a su plan de salud o a una organización externa. Las quejas pueden ser inquietudes sobre la accesibilidad, la calidad de la atención, el Servicio al Cliente, los tiempos de espera y la privacidad.
- **Servicios y dispositivos de habilitación:** Los servicios y dispositivos que ayudan a las personas a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.
- **Evaluación de salud:** Una evaluación exhaustiva que realiza el gestor de atención para ayudar a identificar las necesidades de salud, sociales y de otro tipo, los objetivos y las preferencias del miembro. La evaluación de salud ayuda a orientar el desarrollo del plan de atención para los miembros que reciben la gestión de atención.
- **Seguro médico:** Un tipo de cobertura de seguro que paga algunos o todos los costos de atención médica del miembro. Una empresa o agencia gubernamental establece las reglas para cuándo y cuánto pagar.
- **Plan de salud (o plan):** Una organización de atención administrada de Cardinal Care Medicaid/FAMIS que contrata con un grupo de médicos, hospitales, farmacias, otros proveedores y gestores de atención. Todos trabajan juntos para ofrecer a los miembros la atención y la coordinación de atención que necesitan.
- **Evaluación de salud:** Una evaluación que el plan de salud ofrece a todos los miembros para determinar si pueden beneficiarse de la gestión de atención. La evaluación les pregunta a los miembros sobre sus necesidades de salud, necesidades sociales, afecciones médicas, capacidad para realizar las actividades cotidianas y condiciones de vida.

- **Asistente de atención domiciliaria:** Servicios a corto plazo que se brindan a los miembros de Medicaid para apoyarlos con el cuidado personal. Los asistentes de atención domiciliaria no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.
- **Atención médica a domicilio:** Los servicios de atención médica que un miembro recibe en el hogar, que incluyen la atención de enfermería, los servicios de asistente de salud a domicilio, terapia ocupacional/física y otros servicios.
- **Servicios en un centro de cuidados paliativos:** Atención para brindar consuelo y apoyo a los miembros (y sus familias) con un diagnóstico terminal, lo que significa que se espera que la persona viva seis meses o menos. Un miembro con un diagnóstico terminal tiene derecho a optar por permanecer en el centro de cuidados paliativos. En un centro de cuidados paliativos, un equipo de profesionales y cuidadores capacitados especialmente brindan atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- **Atención ambulatoria en el hospital:** Atención o tratamiento en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía de una noche.
- **Hospitalización:** El ingreso de una persona en un hospital como paciente para recibir atención médica. Esto también se conoce como atención hospitalaria.
- **Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Los servicios y apoyos que ayudan a los adultos mayores y a los niños o adultos con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y a mantener la independencia. Los ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, comer y otras actividades básicas de la vida diaria y el autocuidado, así como apoyo para actividades cotidianas como lavar la ropa, ir de compras y el transporte. Los miembros pueden obtener los LTSS en el entorno adecuado para ellos: el hogar, la comunidad o un centro de enfermería.
- **Pago por servicio (FFS) de Medicaid o FAMIS:** La forma en que el Departamento paga a los proveedores por los servicios de Medicaid o FAMIS. Los miembros de Cardinal Care que no están inscritos en la atención administrada están inscritos en el FFS.
- **Atención administrada de Medicaid/FAMIS:** Cuando el Departamento contrata un plan de salud para brindar los beneficios de Medicaid/FAMIS a los miembros.
- **Medicaid:** Un programa de seguro médico gestionado por el gobierno federal y estatal que ofrece cobertura y atención médica gratuita o de bajo costo a personas con bajos ingresos. En Virginia, Medicaid se llama Cardinal Care.
- **Medicamento necesario:** Los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. Medicamento necesario también significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados del ejercicio médico o según sea necesario conforme a las reglas actuales de cobertura de Medicaid de Virginia.

- **Medicare:** El programa de seguro médico federal para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y las personas con enfermedad renal terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS).
- **Medicare Part A:** El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.
- **Medicare Part B:** El programa de Medicare que cubre los servicios (como las pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al proveedor) y los suministros (como las sillas de ruedas y los andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de diagnóstico.
- **Medicare Part C:** El programa de Medicare que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de Medicare Advantage Plan.
- **Medicare Part D:** El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Medicare Part D cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o Medicaid.
- **Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Part B.
- **Servicios al Miembro:** Un departamento del plan de salud responsable de responder las preguntas sobre la membresía, los beneficios, las apelaciones y las quejas.
- **Red:** Un grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores contratados con el plan de salud para brindar atención a los miembros.
- **Proveedor de la red (o proveedor participante):** Un proveedor o centro que tiene contratos con el plan de salud para brindar a los miembros los servicios de atención médica cubiertos.
- **Farmacia de la red:** Una farmacia que ha aceptado surtir medicamentos con receta para los miembros del plan de salud. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se adquieren en una de las farmacias de la red del plan de salud.
- **Centro de enfermería:** Un centro de atención médica que brinda atención a las personas que no pueden recibir los cuidados en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital. Los miembros deben cumplir con criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.
- **Proveedor fuera de la red (o proveedor no participante):** Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está gestionado por el plan de salud y que no tiene un contrato para brindar servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

- **Pago como paciente:** El monto que un miembro puede tener que pagar por los LTSS en función de sus ingresos. El [DSS local](#) calcula el monto del pago como paciente del miembro si este vive en un centro de enfermería o recibe los servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de la atención.
- **Servicios de asistente de cuidado personal:** Los servicios que brinda un asistente de cuidado personal y que ayudan a los miembros con el cuidado personal (bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios) de manera continua o a largo plazo.
- **Prima:** El monto mensual que un miembro puede tener que pagar por su seguro de salud todos los meses. Los miembros de la atención administrada de Cardinal Care de Medicaid no necesitan pagar las primas por la cobertura. Si un miembro está inscrito en un plan de salud pero en realidad no cumple con los requisitos para la cobertura porque la información que brindó al Departamento o al plan de salud era falsa o porque no comunicó un cambio, es posible que tenga que devolver al Departamento el costo de las primas mensuales. El miembro deberá pagar al Departamento incluso si no recibió servicios durante esos meses.
- **Cobertura de medicamentos con receta (o medicamentos cubiertos):** Las medicaciones con receta cubiertas (pagadas) por el plan de salud. El plan de salud también cubre algunas medicaciones de venta libre.
- **Medicamentos con receta:** Las medicaciones que por ley, los miembros solo pueden obtener a través de una receta del proveedor.
- **Proveedor de atención primaria (PCP) (o médico de atención primaria):** Un médico o enfermero profesional que ayuda a los miembros a estar y mantenerse saludables mediante la atención de sus necesidades. Los PCP brindan y coordinan los servicios de atención médica.
- **Servicios de enfermería privada:** Los servicios de enfermería especializada domiciliarios ofrecidos por un enfermero diplomado (RN) con licencia, o por un enfermero práctico habilitado bajo la supervisión de un RN, a los miembros de la exención de CCC Plus que padezcan afecciones médicas graves o necesidades de atención médica complejas. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años también pueden recibir los servicios de enfermería privada conforme al beneficio de EPSDT.
- **Prótesis y aparatos ortopédicos:** Los dispositivos médicos ordenados por el proveedor de un miembro. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para remplazar una función o parte interna del cuerpo.
- **Proveedor:** Los médicos, enfermeros profesionales, especialistas y otras personas que están autorizadas a brindar la atención médica o los servicios a los miembros. Muchos tipos de proveedores participan en la red de cada plan de salud.
- **Servicios del proveedor (o servicios de médicos):** Atención que brinda una persona con licencia según la ley estatal de Virginia para practicar medicina, cirugía o salud conductual.

- **Remisión:** La aprobación por parte de un PCP para utilizar otros proveedores de la red del plan de salud. Se requiere la remisión de un PCP antes de que un miembro pueda consultar a otros proveedores de la red.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** El tratamiento para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía compleja.
- **Autorización de servicio (o autorización previa):** La aprobación que puede ser necesaria antes de que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos con receta. Los proveedores solicitan las autorizaciones de servicio al plan de salud para garantizar que se pueda pagar al proveedor por los servicios que brinda al miembro.
- **Atención de enfermería especializada:** Atención o tratamiento especializados que solo pueden ser brindados por los enfermeros con licencia. Algunos ejemplos de necesidades de enfermería especializada incluyen los vendajes complejos de heridas, la rehabilitación, la alimentación por sonda o un estado de salud que cambia rápidamente.
- **Establecimiento de enfermería especializada (SNF):** Un centro con personal y equipos para brindar la atención de enfermería especializada, en la mayoría de los casos, los servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.
- **Especialista:** Un proveedor que tiene capacitación adicional sobre los servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que los miembros reciben por parte de un especialista se llama atención especializada.
- **Audiencia imparcial estatal:** El proceso en el que un miembro presenta apelaciones al estado sobre una decisión tomada por el plan de salud. Las personas pueden presentar una apelación ante la audiencia imparcial estatal si el plan de salud no responde o no toma una decisión sobre la apelación de una persona a tiempo, o si la persona no está de acuerdo con la decisión de apelación del plan.
- **Atención de urgencia:** La atención que una persona recibe por una enfermedad o lesión que requiere atención médica rápida y puede convertirse en una emergencia.



PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
sentarahealthplans.com
1-800-881-2166 (TTY: 711)
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

SHP_MD_MEM_BKT_230006_SP_1223