MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA (DMAS)

Manual para miembros de Sentara Community Plan

(Vigente a partir del 1 de julio de 2025)

Índice

1. Empecemos 5
Bienvenido a Cardinal Care 5
Otros idiomas y formatos 5
Aviso de no discriminación 9
Información de contacto importante 10
Mantenerse en contacto 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 17
3. Proveedores y cómo recibir la atención 18
Red de proveedores de Sentara Health Plans 18
Proveedores de atención primaria (PCP) 19
Especialistas 20
Proveedores fuera del estado 20
Cuando un proveedor abandona la red 21
Recibir atención fuera de la red de Sentara Health Plans 21
Opciones para los miembros del centro especializado de enfermería 22
Cómo programar citas con los proveedores 22
Telesalud 23
Recibir atención en el lugar adecuado cuando se necesita y con rapidez 23
Recibir atención fuera del horario de atención 25
Transporte para recibir la atención 25
4. Coordinación y gestión de atención 26
Coordinación de atención 26
¿Qué es la gestión de atención? 26

Cómo obtener un gestor de atención 26
Evaluación de riesgos de salud 28
Su plan de atención 28
Su equipo de atención 29
Coordinación con Medicare u otros planes de salud 29
Transición de la atención entre planes de salud 29
Servicios de gestión de atención adicionales 29
5. Sus beneficios 30
Descripción general de los beneficios cubiertos 30
Beneficios para todos los miembros 30
Beneficios para los inscritos en la Exención para Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) 37
Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años de edad 38
Beneficios para la planificación familiar y para las personas embarazadas y en periodo posparto 40
Cobertura para el recién nacido 41
Beneficios adicionales para los miembros de Sentara Health Plans 41
Control de enfermedades crónicas 42
6. Sus medicamentos con receta 44
Comprender la cobertura de medicamentos con receta 44
Medicamentos con receta para los miembros del FAMIS 45
Cómo obtener sus medicamentos de una farmacia de la red 46
Cómo recibir los medicamentos mediante el envío por correo postal 47
Programa de Gestión de la Utilización de Servicios y Seguridad para Pacientes 47
7. Cómo obtener aprobación para los servicios, tratamientos y medicamentos 48
Segundas opiniones 48
Autorización de servicio 48
Determinaciones adversas de beneficios 50
8. Apelaciones y quejas 51

Apelaciones 51
Quejas 56
9. Costo compartido 59
Copagos 59
Pago como paciente 59
Primas 59
10. Sus derechos: derechos generales 60
Instrucciones anticipadas 72
Comité Asesor para Miembros 73
11. Sus responsabilidades 74
Responsabilidades generales 74
Informar sobre fraude, desperdicio y abuso 75
12. Palabras clave y definiciones de este manual 77

1. Empecemos

Bienvenido a Cardinal Care

Este Manual para miembros explica los beneficios y cómo acceder a los servicios de Cardinal Care, el programa Medicaid/FAMIS de Virginia. 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 Cover Virginia en coverva.org o el mercado de seguros de Virginia en marketplace.virginia.gov. Tanto Medicaid como FAMIS ofrecen todos los beneficios que se describen a continuación. Si tiene preguntas, llame al número gratuito de 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., visite nuestro sitio web en sentarahealthplans.com o llame al gestor de atención.

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 ayudarlos. Se ofrecen herramientas y servicios auxiliares gratuitos 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

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-xxx-xxx-1-855-687-6260 (الهاتف النصي: 711).

تلتزم الخطة بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

Amharic

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ በነጻ፣ ተዘጋጀተውልዎታል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-687-6260 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

Sentara Health Plans የፌደራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፡ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልም።

Urdu

توجہ فرمائیں :اگر آپ اردو بولتے ہیں تو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ 1-855-687-6260 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Sentara Health Plans قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومی اصل، عمر معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔

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 nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

<u>Farsi:</u>

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

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.

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.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-855-687-6260 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন।

Sentara Health Plans প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।

Telugu
శ్రద్ధ: మీరు మాట్లాడితే భాషను చొప్పించండి, భాషా సహాయ సేవలు మీకు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-855-687-6260 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

ప్రణాళిక వర్తించే సమాఖ్య పౌరహక్కుల చట్టాలకు అనుగుణంగా ఉంటుంది మరియు జాతి, రంగు, జాతీయ మూలం, వయస్సు, వైకల్యం లేదా లింగం ఆధారంగా వివక్ష చూపదు.

Hindi
ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। 1-855-687-6260 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Sentara Health Plans लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राय, मूल, आयु, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

Nepali
ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवा उपलब्ध छ। 1-855-687-6260 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

Sentara Health Plans लागू हुने संघीय नागरिक अधिकार कानुनहरूको पालना गर्छ र जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन।

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.
1-855-687-6260

Aviso de no discriminación

Sentara Health Plans no discrimina (ni brinda un trato diferente) por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Sentara Health Plans cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (que incluye discriminación por motivos de características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o afecciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de sexo), duración prevista de la vida, grado de dependencia médica, calidad de vida u otras afecciones de salud.

Sentara Health Plans ofrece lo siguiente:

- herramientas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (braille, letras grandes, audio, video en lengua de señas estadounidense, formatos electrónicos accesibles, leído en voz alta, otros formatos)
- servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de Sentara Health Plans al 1-800-881-2166 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.

Si considera que Sentara Health Plans no ha ofrecido 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 en persona, por correo postal o por teléfono en:
Sentara Health Plans
1557 Coordinator/Compliance
PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466
757-552-7485
shpprivacy@sentara.com

***

Si tiene una discapacidad visual y necesita letras grandes u otra ayuda para acceder a este documento, llame al 1-855-687-6260 (TTY: 711).

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., por vía electrónica en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal a U.S. Department of Health

and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; o por teléfono al 1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Los formularios de quejas están disponibles en https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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 de intérpretes gratuitos en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Sentara Health Plans Member Services	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. Para ello, busque Sentara Health Plans en App Store o Google Play. Puede comunicarse con su gestor de atención llamando al 1-866-546-7924 (TTY: 711) o llamar al gestor de atención a su número de teléfono directo. Debería recibir una carta del gestor de atención en la que se le explique cómo comunicarse con él directamente.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de Sentara Health Plans	1-833-933-0487 TTY: 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Sentara Community Care	Llame al 757-388-1830 para obtener información sobre los horarios y servicios o visite sentara.com/communitycare. Los servicios varían según la ubicación.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Línea de crisis de salud conductual de Sentara Health Plans	1-833-686-1595 TTY: 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea de asesoramiento médico de los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS)	1-800-881-2166 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Departamento de Salud Conductual y Servicios para el Desarrollo (DBHDS) para los servicios de exención por retraso en el desarrollo (DD)	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. https://www.mylifemycommunityvirginia.org/
Administrador de beneficios odontológicos de Cardinal Care	1-888-912-3456 TTY: 1-800-466-7566 https://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 inscripción en 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.

Nombre de la entidad	Información de contacto
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 en contacto

¿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.

Puede actualizar su información de contacto hoy mismo:

- ✓ Llame a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA.
- ✓ Ingrese a commonhelp.virginia.gov.
- ✓ Llame 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 correctamente en Sentara Health Plans. Sentara Health Plans es 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 cinco planes de salud de Cardinal Care que operan en todo el estado. Puede obtener más información sobre estos planes de salud en VirginiaManagedCare.com.

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 ayudarle. Llame al 1-800-881-2166 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o visite 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. El DMAS y Sentara Health Plans le notificarán su periodo de inscripción abierta.
- Si pierde temporalmente la cobertura de Medicaid y eso le hace perder el periodo de inscripción abierta.
- Cuando necesite un servicio o tipo de servicio específico que Sentara Health Plans no cubra, incluso por motivos morales o religiosos.
- Si la pérdida de un proveedor de servicios y apoyos a largo plazo provocaría un cambio en servicios importantes que usted recibe, como el empleo o los servicios residenciales.
- 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 médico obstetra (OB). Si está embarazada y su médico obstetra no participa en Sentara Health

Plans, pero 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.

- Nota: Los miembros que se encuentren en situación de acogida temporal, hayan estado en situación de acogida temporal o reciban asistencia para la adopción se asignan automáticamente al plan especializado de acogida temporal de Anthem, a menos que opten por la cancelación voluntaria. Si anteriormente fue miembro del plan de acogida temporal o de asistencia para la adopción, puede elegir otro plan de salud si opta por la cancelación voluntaria, pero no tendrá acceso a los beneficios extras que ofrece el plan especializado de acogida temporal.

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., o visite el sitio web en virginiamanagedcare.com. También puede descargar la aplicación. Para obtener la aplicación, busque Virginia Cardinal Care en Google Play o App Store para obtener información sobre el periodo de inscripción abierta o las «causas justificadas», o para obtener ayuda para elegir o cambiar su plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care son gratuitos. A partir del 7/1/25, los miembros de FAMIS deben comunicarse con la línea de ayuda de atención administrada.

Paquete de bienvenida

Debe haber recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de id. de miembro, la información sobre el Directorio de proveedores 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 al 1-800-881-2166 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.. 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/signin.

Tarjeta de id. de miembro de Sentara Health Plans

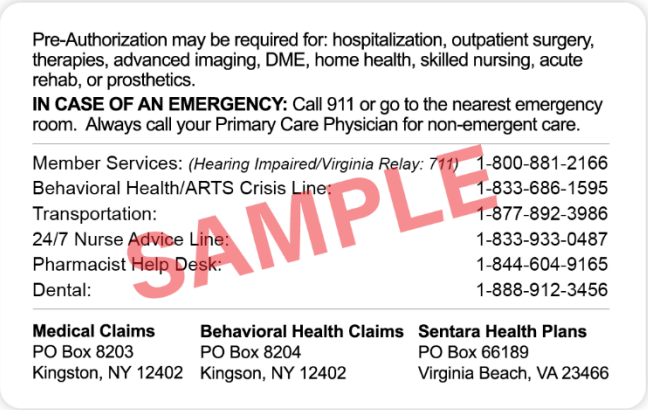
Debe mostrar su tarjeta de id. de miembro de Sentara Health Plans para obtener los servicios o medicamentos con receta cubiertos por Sentara Health Plans (consulte el ejemplo de la tarjeta de id. de miembro que se incluye a continuación) cuando acuda al proveedor o la farmacia. Si no recibió su tarjeta, 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.

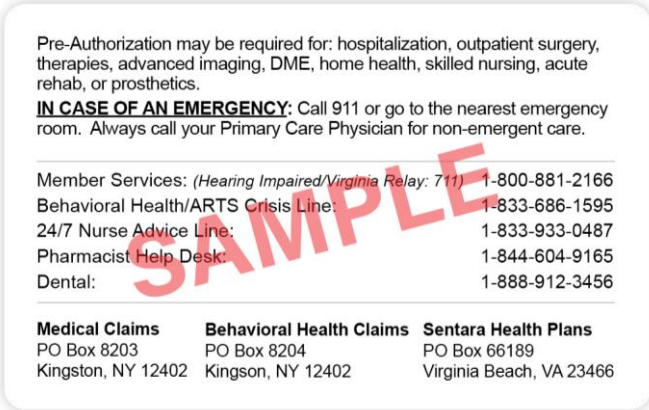
Tarjeta de id. de miembro de Sentara Community Plan

Número de grupo: OCC

Fuera de FAMIS

FAMIS





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/FAMIS. 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 de salud conductual, los médicos, los servicios y los apoyos a largo plazo (LTSS), 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 pedir una copia impresa del directorio y solicitar que se le envíe por correo postal una copia impresa en un plazo de cinco (5) días hábiles sin cargo. También puede consultar o descargar el Directorio de proveedores en sentaramedicaid.com/documents.
El directorio incluirá la siguiente información para todos los proveedores dentro 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
- Afiliaciones hospitalarias
- Afiliaciones a grupos médicos
- Información sobre licencias: número o identificador nacional del proveedor.
- Adaptaciones para las personas con discapacidades físicas o necesidades especiales.
- 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 del proveedor y su personal.
- Proveedores de salud conductual: Capacitación o experiencia en el tratamiento del trauma y áreas de especialidad, incluido el uso 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 el monto 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 sentaramedicaid.com/drugs. 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 indemnización de 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. (Los miembros de FAMIS no pueden tener otra cobertura acreditable).

Si recibe o es elegible para recibir Medicare y tiene preguntas sobre cómo Medicare y Medicaid funcionan juntos, el Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP) ofrece asesoramiento gratuito y confidencial sobre seguros médicos a las personas que reciben Medicare. Llame al 1-800-552-3402 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.

3. Proveedores y cómo recibir la atención

Red de proveedores de Sentara Health Plans

Utilizamos el término «proveedores» para referirnos a médicos, hospitales, farmacias y otros centros de atención médica que prestan los servicios que usted necesita. Todos los proveedores que contratamos se denominan «red de proveedores».

Nos referimos a los proveedores como «dentro de la red» cuando Sentara Health Plans tiene contrato con ellos para prestar servicios a nuestros miembros, y «fuera de la red» si Sentara Health Plans no tiene contrato con ellos. Es importante que los proveedores que elija acepten miembros de Cardinal Care y participen en la red de Sentara Health Plans (estos son los «proveedores dentro de la red»). La red de Sentara Health Plans 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 hacer lo siguiente:

- 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 visitar sentarahealthplans.com.

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

- atención por parte de su proveedor de atención primaria (PCP)
- atención de un proveedor especializado
- 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. 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 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. En el caso de 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 Sentara Health

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 Sentara Health 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 de la red de Sentara Health Plans. También puede cambiar de PCP iniciando sesión en el portal para miembros seguro en sentarahealthplans.com/signin.

El cambio de PCP entra en vigencia de inmediato. Recibirá una nueva tarjeta de id. de miembro en un plazo de 7 a 10 días hábiles.

Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, Sentara Health Plans o su PCP pueden 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. Si necesita atención especializada continua, su PCP podría darle una remisión por una cantidad de visitas o durante un periodo de tiempo determinado (denominada una «remisión permanente»).

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 Estados Unidos.

* Con Sentara Health Plans, las madres de Medicaid y FAMIS no serán responsables de ningún cargo por servicios de atención posterior a la estabilización prestados por proveedores de la

red o fuera de la red de Sentara Health Plans. Sentara Health Plans garantiza que FAMIS para niños no sea responsable de ningún cargo por servicios de atención posterior a la estabilización prestados por proveedores de la red o fuera de la red de Sentara Health Plans.

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 Sentara Health 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 hacer lo siguiente:

- Solicitar que el tratamiento médicamente necesario 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 ya estaba inscrito en el programa de Medicaid de Virginia pero es nuevo en 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). 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 especializado 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 necesita traslado para asistir a su cita, llame al 1-877-892-3986 (TTY: 711). Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje en el 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.

Puntualidad de las citas

Exigimos que su proveedor concierte citas para servicios de atención primaria de rutina en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Estas citas no incluyen exámenes físicos de rutina, servicios especializados de rutina (como dermatología, por ejemplo) ni visitas programadas de manera periódica para controlar una afección crónica que no requiera visitas cada 30 días.

Si está embarazada, las citas de atención prenatal deben estar a su disposición entre tres días hábiles y siete días calendario a partir de su solicitud, dependiendo de la etapa y el riesgo del embarazo. Recuerde informar a Sentara Health Plans cuando planee estar fuera de la ciudad para que Sentara Health Plans pueda ayudarle a organizar los servicios.

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 ayudarle o si debe acudir a un centro de atención de urgencia o a una sala de emergencias. Si no sabe con certeza qué tipo de atención necesita, llame a su PCP o a la línea de asesoramiento médico 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.	• enfermedad/lesión menor • gripe/fiebre • vómitos/diarrea • dolor de garganta, de oído o infección ocular • esguinces/distensiones • posibles fracturas	No.

Tipo de atención	Cómo obtener atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Necesita una remisión?
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 en sentarahealthplans.com para buscar una clínica de atención de urgencia.	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.
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 u otro estado. Sentara Health Plans brindará atención de seguimiento después de la emergencia.	• pérdida de consciencia • dificultad para respirar • lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda • dolor/presión en el pecho • dolores de cabeza repentinos e intensos • dificultad para hablar, entumecimiento en el rostro, el brazo o la pierna • 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 al 1-833-933-0487 (TTY: 711).

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

Apoyo para transporte, comidas y alojamiento

Sentara Health Plans se asegura de que pueda recibir la atención médicamente necesaria cubriendo el transporte y, en algunos casos, las comidas y el alojamiento, según las pautas de Medicaid de Virginia (DMAS). Ofrecemos transporte que no es de emergencia (como autobuses, taxis o furgonetas para sillas de ruedas) para acudir a citas médicas, de salud conductual, odontológicas y de atención a largo plazo a través de nuestro socio, ModivCare. Llame al 1-877-892-3986 (TTY: 711) para programar un traslado. Los traslados de más de 50 millas o fuera del estado (más de 50 millas, excepto a Duke University, Children's National Hospital o Children's Hospital of Philadelphia) requieren un formulario de necesidad médica firmado por su médico y la aprobación de la dirección de Sentara Health Plans. Los traslados de urgencia no requieren aviso previo, mientras que los traslados de rutina necesitan un aviso previo de cinco (5) días hábiles. Si vive a más de 50 millas de su proveedor de atención médica, tiene un formulario de necesidad médica firmado y necesita una estadía de una noche, podemos cubrir el alojamiento y hasta $50 por día por persona para comidas (para usted y un acompañante, o el padre de un miembro de FAMIS), reservado a través de los Servicios de Viajes de Sentara Health Plans con la presentación de recibos requeridos para el reembolso. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-881-2166 (TTY: 711) para recibir ayuda o para solicitar la aprobación.

Si tiene problemas para conseguir una cita, llame al transporte de Sentara Health Plans Where's My Ride/Ride Assist, a Servicios al Miembro o al gestor de atención. Los miembros de FAMIS no son elegibles para el transporte médico en casos que no son de emergencia.

Si necesita transporte para los servicios de exención por discapacidad del desarrollo, comuníquese con el contratista de transporte para estos servicios de exención de Cardinal Care llamando al 1-866-386-8331 (TTY: 711) o visite transportation.dmas.virginia.gov. Si tiene problemas para conseguir el transporte para los servicios de exención por discapacidad del desarrollo, llame a Where's My Ride al 1-866-246-9979 o a su gestor de casos de exención por discapacidad del desarrollo.

¿Qué ocurre si se deniega una solicitud?

Si no aprobamos su solicitud de transporte, alojamiento o comidas, le informaremos del motivo basándonos en las reglas de nuestra política. Estas decisiones siguen las pautas de Medicaid de Virginia y nuestro equipo las gestiona con rapidez. Si denegamos su solicitud, recibirá una carta explicándole el motivo y cómo apelar si no está de acuerdo.

Transporte médico en casos de emergencia
Si tiene una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al 911 para solicitar 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 al 1-833-933-0487 (TTY: 711), 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.

¿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.

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 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 y 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 reciba 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
Teléfono	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.
Correo postal	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 realice la evaluación de salud y le asigne un gestor de atención, 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.

Transición de la atención entre planes de salud

Si cambia de plan de salud de Medicaid, ya que el nuevo, Sentara Health Plans, es responsable de coordinar sus beneficios de Cardinal Care con su plan de salud anterior. El plan de salud de Medicaid anterior es responsable de transferir las autorizaciones de servicios y otra información relevante al nuevo plan de salud, Sentara Health Plans, para garantizar la continuidad de la atención y los servicios. Para obtener más información y detalles sobre su transición específica, llame a Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o al gestor de atención si tiene preguntas sobre cómo colaboran su nuevo plan de salud y el anterior y asegurarse de que sus servicios se transfieren.

Servicios de gestión de atención adicionales

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

- Está, estuvo en situación de acogida temporal, o recibe asistencia para la adopción.
- 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. Su proveedor de atención médica le entregará a Sentara Health Plans sus registros médicos y otra información para demostrar que el servicio es médicamente necesario.

También puede acceder a la lista completa de los beneficios cubiertos en sentarahealthplans.com/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*.
- 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 auditivos.
- 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.

No olvide que los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir una autorización de servicio. 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
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	Servicios cubiertos

Servicios de salud conductual

Sentara Health Plans, el Departamento o el contratista cubren los servicios de tratamiento de salud conductual que figuran en la siguiente tabla 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). 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.

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 para pacientes ambulatorios • servicios para pacientes ambulatorios intensivos • hospitalización parcial • tratamiento residencial para el uso de sustancias • 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 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. Esta llamada es gratuita.

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, debe llamar al 911 o a la 988 Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis.

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 criterios 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. Los miembros de FAMIS no son elegibles para los servicios de LTSS.

Puede obtener los LTSS en el entorno adecuado para usted: su hogar, la comunidad o un centro especializado de enfermería. Los miembros que estén interesados en trasladarse del centro especializado 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 usted tiene Medicare, Sentara Health Plans cubrirá la atención en un centro especializado de enfermería después de que haya usado toda la atención en un centro de enfermería especializada que tenía disponible para usted.

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 que se incluye 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 por discapacidad del desarrollo se gestionan a través del Departamento de Salud Conductual y Servicios para el Desarrollo (DBHDS). También puede obtener más información sobre los servicios de exención por discapacidad del desarrollo en el sitio web del DBHDS en mylifemycommunityvirginia.org o llamar al 1-844-603-9248. Los inscritos en FAMIS no son elegibles para HCBS.

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 especializado de enfermería. Puede optar por recibir servicios dirigidos a la agencia o dirigidos al consumidor, o ambos.	• 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 por discapacidad del desarrollo: 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, inscríbase en la lista de	• tecnología de asistencia • servicios de planificación de beneficios • servicios electrónicos en el hogar • empleo y apoyo diurno • modificaciones del ambiente • sistema de respuesta de emergencia personal • apoyos para crisis • opciones residenciales

Exención	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
	espera para que, cuando se libere el espacio, pueda empezar a recibir estos servicios.	

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 de edad

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. EPSDT brinda 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 los siguientes:

- evaluaciones/visitas de niño sano y vacunas
- servicios de evaluación periódica (oftalmológica, de audición y odontológica)
- control de enfermedades crónicas para diabetes y asma
- 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 (renillos, 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.

Los niños de FAMIS son elegibles para las visitas del niño sano y vacunas, pero no para todos los servicios de EPSDT. 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
- fisioterapia
- 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, 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. (Las personas inscritas en el programa prenatal FAMIS son elegibles para recibir 60 días de cobertura posparto).
Sentara Health Plans y el Departamento cubren los siguientes servicios:

- servicios de trabajo de parto
- servicios de parteras
- servicios de planificación familiar (incluidos servicios, dispositivos, medicamentos; incluidos la anticoncepción reversible de acción prolongada, e insumos para la demora o la prevención del embarazo)
- consulta sobre la lactancia y extractores de leche
- servicios de enfermeras parteras/proveedores
- servicios relacionados con el embarazo
- 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 uso de sustancias

- servicios de aborto (solo si un médico certifica por escrito que existe un peligro sustancial para la vida de la madre)

Recuerde que 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 lo siguiente:

- 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 que cumplan los requisitos.
- 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.
- Comidas a domicilio después del alta hospitalaria, incluida la entrega a domicilio: Hasta 56 comidas.
- Funda para iPad o tableta (no incluye el iPad o la tableta): Hasta $25 por una funda resistente para iPad o tableta que proteja un dispositivo electrónico.

- Cubierta de colchón y funda de almohada para los miembros que cumplan los requisitos y tengan asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (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.
- Programa Sueño Seguro: Las nuevas mamás reciben un monitor de bebé, un saco de dormir o una cuna Pack-n-Play para fomentar prácticas de sueño seguro.
- 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).
- Servicios de transporte para cuidadores de miembros de LTSS (no médicos): 24 traslados de ida y vuelta al año de transporte que no es de emergencia para cuidadores de miembros de LTSS, que incluyen viajes gratuitos a tiendas de comestibles, farmacias y al domicilio del miembro, no más de 50 millas.
- El programa de incentivos Welcoming Baby℠ brinda apoyo a los miembros durante el embarazo y después del nacimiento.
- Audífonos.

* 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 sentaramedicaid.com/benefits para obtener más detalles. Para obtener más información sobre los incentivos saludables para miembros, visite sentaramedicaid.com/giftcard.

Control de enfermedades crónicas

Sentara Health Plans ofrece un Programa de Control de Enfermedades Crónicas para ayudarle a entender y controlar sus afecciones de salud. También describe todo lo que puede afectar a su salud.

El programa es voluntario y ofrece los siguientes servicios a los miembros con EPOC, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, asma o VIH/sida:

- Material educativo para ayudarle a autogestionar su afección
- Línea de asesoramiento de enfermería gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Apoyo de nuestro personal de enfermería y otros cuidadores
- Clases de educación comunitarias
- Comunicación con usted sobre su plan de atención

La participación en el programa es gratuita y no cambiará sus beneficios con Sentara Health Plans. Puede dejar de participar en este programa en cualquier momento.

Si desea participar en este programa o tiene preguntas, llame al 1-866-243-0937 (TTY: 711). Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., a excepción de los días festivos.

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 sentaramedicaid.com/drugs. Esta es la lista de medicaciones cubiertas por Sentara Health Plans como parte de sus beneficios. También puede buscar nuestra lista de medicamentos en línea visitando sentarahealthplans.com/findadoc y seleccionando el botón «Drug and Pharmacy Search» (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, los medicamentos para el aumento de peso (los medicamentos para la pérdida de peso están cubiertos para los miembros que cumplan con los criterios médicos), 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. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene preguntas sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Medicamentos con receta para los miembros del FAMIS

Se cubren los medicamentos con receta genéricos para pacientes ambulatorios para los miembros de FAMIS. 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. Los medicamentos para la pérdida de peso no están cubiertos para los miembros de FAMIS.

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, 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.

Si su médico no está disponible para solicitar la aprobación de su medicamento, es posible que la farmacia le dé un pequeño suministro de emergencia que dure hasta 72 horas (3 días). Esto puede suceder si el farmacéutico considera que realmente necesita el medicamento de inmediato. Para solicitar un suministro de emergencia, usted o su médico pueden llamar a Servicios de Farmacia al 1-800-881-2166 (TTY: 711). Un farmacéutico está disponible las 24 horas del día para ayudarle con los problemas o las preguntas relacionados con la farmacia.

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 sentaramedicaid.com/drugs. Sentara Health Plans cubrirá hasta un suministro para hasta 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 y seleccione el botón «Drug and Pharmacy Search» (Búsqueda de medicamentos y farmacias). 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 llamar 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. Llame a

Servicios al Miembro de Sentara Health Plans o a su gestor de atención si tiene preguntas o 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 postal solo 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 postal, 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 medicaciones 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 recibiéndolos. 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 apruebe 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 la *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 facilita 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 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). 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. Estas decisiones las toma un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un profesional médico o de la salud conductual, que puede ser un médico u otro profesional de atención médica con experticia en la atención o el servicio que usted solicitó para incluir servicios y apoyos a largo plazo. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de revisión clínica, que se utilizan para tomar decisiones sobre medidas relacionadas con la necesidad médica. 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 ante 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 los 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, dicha persona debe tener su consentimiento escrito y usted 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. Al gestionar las apelaciones, Sentara Health Plans le brindará toda la asistencia razonable para completar los formularios y tomar otras medidas de procedimiento relacionadas con una apelación. Esto incluye, entre otros, ayudas y

servicios auxiliares cuando se soliciten, como la prestación de servicios de intérpretes y los números de teléfono gratuitos con capacidad adecuada para TTY/TTD e intérpretes.

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 recibió su apelación.

Si Sentara Health Plans necesita más información para tomar una decisión sobre la apelación, le enviará un aviso por escrito en un plazo de dos 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
Sentara Health Plans tiene un nivel de apelación que usted puede solicitar. Después, 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.

O

- 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. También puede presentar una apelación en

línea en el sitio web del Departamento utilizando el portal del Sistema de Gestión de la Información sobre Apelaciones (AIMS). Puede obtener más información sobre cómo presentar una apelación a través del AIMS en el sitio web de apelaciones del Departamento en https://dmas.virginia.gov/appeals/.

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 Sistema de Gestión de la Información sobre Apelaciones (AIMS) del DMAS Sitio web para registrarse en AIMS: https://appeals-registration.dmas.virginia.gov/client Portal AIMS para presentar apelaciones: https://login.vamedicaid.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.

En el caso de 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 revoca 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
Los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa en lugar de, o además de, una audiencia imparcial estatal. 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 por correo postal a:

FAMIS External Review
a/a Acentra (previamente KePro),
6802 Paragon Place, Suite 440., Richmond, VA 23230
O bien, envíelas en línea en https://atrezzo.kepro.com/ExternalReview.aspx .

Incluya su nombre, el nombre (o su nombre, si se trata de servicios que usted mismo recibió) y número de ID de Medicaid 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. Una queja se define como una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una acción adversa o una determinación adversa de beneficios (ABD). Las quejas pueden referirse, entre otros, a la calidad de la atención o los servicios prestados, y a aspectos de las relaciones interpersonales, como la descortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de los derechos del miembro. La queja incluye el derecho del miembro a cuestionar una extensión propuesta por la organización de atención gestionada (MCO) para tomar una decisión de autorización.

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 una queja ante la MCO en cualquier momento. 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.
- Tiempos de espera para una decisión: Por ejemplo, si no está conforme con la extensión propuesta por Sentara Health Plans para tomar una decisión de autorización.
- 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 Medicaid, Appeals and Grievances, P.O. Box 62876, Virginia Beach, VA 23466, o por fax al 1-866-472-3920. Con la excepción de un abogado,

un proveedor o un representante autorizado pueden presentar una queja en su nombre con su consentimiento escrito. Asegúrese de incluir detalles sobre el motivo de la queja para que Sentara Health Plans pueda ayudarlo.

Si necesita asistencia para presentar una queja, puede ponerse en contacto con su gestor de atención. Al gestionar las quejas, Sentara Health Plans le brindará toda la asistencia razonable para completar los formularios y tomar otras medidas de procedimiento relacionadas con una queja. Esto incluye, entre otros, ayudas y servicios auxiliares cuando se soliciten, como la prestación de servicios de intérpretes y los números de teléfono gratuitos con capacidad adecuada para TTY/TTD e intérpretes.

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 hacer lo siguiente:

- 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 especializado 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 llamando 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 la Parte D de Medicare.

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 cumple con los requisitos 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 lo siguiente:

- 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, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- 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. Los miembros pueden encontrar información sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida en la sección titulada «*Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización» (permiso)* en la página 59.
- 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*).
- Expresar una queja o presentar una apelación sobre la organización o la atención que presta.
- Ejercer cualquier otro derecho garantizado por las leyes estatales o federales (como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, por ejemplo).
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Preguntar sobre los planes de incentivos para médicos.

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 usted conoce, está siendo maltratado físicamente, se le descuida, o un familiar u otra persona se está aprovechando de él/ella financieramente, usted debe llamar al Departamento de Servicios Sociales de su localidad o a la línea directa 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 monitorear 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 dicha 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 proporcionado, 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 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 (la información de contacto se incluye a continuación). Este aviso está publicado en nuestro sitio web y puede descargarse en 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 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 asegurarse de que esté 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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

Este aviso entra en vigencia el 01/01/2025 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.

AvMed, 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
- Servicios al Miembro de Sentara Health Plans, si corresponde.

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 del 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.
- Escriba al Departamento a 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 de Sentara Health Plans. 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 Servicios al Miembro de Sentara Health Plans.

También puede solicitar formar parte del Comité Asesor para Miembros (MAC) del DMAS. El Departamento estableció el MAC para facilitar un método formal para que se incluyeran las opiniones de los inscritos en el proceso de toma de decisiones del DMAS y para informar sobre las estrategias de gestión del cambio del DMAS. El comité está compuesto en su totalidad por personas inscritas en Medicaid o por un representante autorizado de un inscrito. Si está interesado en obtener más información sobre el MAC, visite el sitio web del MAC del Departamento en https://www.dmas.virginia.gov/about-us/boards-and-public-meetings/member-advisory-committee/.

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, cambiarlo (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 que 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 informar si:

- Su nombre, domicilio, número de teléfono o correo electrónico han cambiado (consulte la *sección 1: Empecemos*).
- Su seguro médico cambia de alguna manera (por ejemplo, del empleador o de la indemnización de 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	1-804-786-1066 Línea 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	1-804-371-0779 Línea 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. 14th 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 inscripción en 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 para la inscripción en la 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 Children, FAMIS MOMS y FAMIS Prenatal Coverage.

- **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, ayudarle a obtener los servicios que necesita y ayudarle 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 llamar de forma gratuita al 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590) o visitar coverva.org/en para obtener información y solicitar un seguro médico, 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 duradero (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. EPSDT brinda servicios integrales para identificar la afección de un niño, tratarla y mejorarla, o para evitar que empeore. EPSDT se asegura 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 (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 para madres debido a su nacionalidad o condición migratoria. La cobertura comienza durante el embarazo y tiene una duración bimestral 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 especializado 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.

- **Médicamente necesario:** Los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. Médicamente 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 de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad 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).

- **Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

- **Parte B de Medicare:** 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. Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de diagnóstico.

- **Parte C de Medicare:** El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas brindar los beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

- **Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid.

- **Servicios cubiertos por Medicare:** Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

- **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 especializado 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 complejas de atención médica. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años de edad 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 complejos.

- **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.

- **Centro 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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

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_250002_0525