

Manual del Afiliado



Get free help in your language with interpreters and other written materials. Get free aids and support if you have a disability. Call **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).



Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si tiene una discapacidad. Llame al: **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، ستحصل على المساعدات والدعم مجاناً. اتصل على الرقم **1-833-230-2005** (TTY) "الهاتف النصي للصم وضعاف السمع". (711).

通过口译员和其他书面材料，获得您所使用语言的免费帮助。如果您有残疾，可以获得免费的辅助设备和支持。请致电：**1-833-230-2005**（听语障人士专用电话：711）。

Erhalten Sie kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache durch Dolmetscher und andere schriftliche Unterlagen. Beziehen Sie kostenlose Hilfsmittel und Unterstützung, wenn Sie eine Behinderung haben. Rufen Sie folgende Telefonnummer an: **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Obtenez une aide gratuite dans votre langue grâce à des interprètes et à d'autres documents écrits. Si vous souffrez d'un handicap, vous bénéficiez d'aides et d'assistance gratuites. Appelez le **1-833-230-2005** (ATS: 711).

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị với thông dịch viên và các tài liệu bằng văn bản khác. Nhận trợ giúp và hỗ trợ miễn phí nếu quý vị bị khuyết tật. Gọi **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Grick Hilfe mitaus Koscht in dei Schprooch mit Iwwersetzer un annere schriftliche Dinge. Grick Aids un Helfe mitaus Koscht wann du en Behinderung hoscht. Ruf **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

आपकी भाषा के इंटरप्रेटर तथा आपकी भाषा में अन्य लिखित सामग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई डिसएबिलिटी हो, तो मुफ्त सहायता और सपोर्ट प्राप्त करें। कॉल करें **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

통역사와 기타 서면 자료의 도움을 귀하의 언어로 무료로 받으세요. 장애가 있을 경우, 보조와 지원을 무료로 받으세요. **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711)로 문의하세요.

በአስተርጓሚዎች እና በሌሎች የጽሑፍ ቁሳቁሶች በቋንቋዎ ከክፍያ ነፃ እርዳታ ያግኙ። የአካል ጉዳት ካለብዎት ከክፍያ ነፃ እርዳታ እና ድጋፍ ያግኙ። ወደ **1-833-230-2005** (TTY 711) ይደውሉ።

Gba ìrànṣíwọ́ ọ̀fẹ́ ní èdè rẹ̀ pẹ̀lú àwọn ògbìfọ̀ àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn ìrànṣíwọ́ àti àtílẹ̀yìn ọ̀fẹ́ bí o bá ní àìlera kan. Pe **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Makakuha ng libreng tulong sa wika mo gamit ang mga interpreter at mga ibang nakasulat na materyales. Makakuha ng mga libreng pantulong at suporta kung may kapansanan ka. Tumawag sa **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

په خپله ژبه کې د ژباړونکو او نورو لیکلي شوو موادو له لارې وړیا مرسته ترلاسه کړئ. که تاسو معلولیت لرئ نو وړیا ملاتړ او مرستې ترلاسه کړئ. دې شمېرې ته زنگ ووهئ **1-833-230-2005** (TTY: 711).

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳು మరియు ಇತರ ರಾಶಪೂರ್ವಕ ಮೆಟೀರಿಯಲ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಮಿ ಭಾಷೆಗೆ ಉಚಿತ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪొಂದండి. ಒಕವೆಳ ಮಿಕ್ಕು ವೊಕಲ್ಯಂ ಉಂಛೆ, ಉಚಿತ ಉಪಕರಣాలు మరియు ಮಧ್ಯತು ಪొಂದండి. ಕಾಲ್ ಛೆಯಂಡಿ **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

दोभाषे र अन्य लिखित सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा निःशुल्क मद्दत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने निःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခြားပုံနှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် - **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711)

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jebalin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejien utamwe. Kalle **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Non-Discrimination Notice

We follow all state and federal civil rights laws. We do not discriminate, exclude, or treat people differently based on race, color, national origin, disability, age, religion, sex (which includes pregnancy, gender, gender identity, sexual preference, and sexual orientation), or based on marital, health, or public assistance status. We want all people to have a fair and just chance to be as healthy as they can be.

We offer free aids, services, and reasonable modifications if you have a disability. We can get a sign language interpreter. This helps you talk with us or to your providers. Get your printed materials in large print, audio, or braille at no cost. We can also help if you speak a language other than English. We can get an interpreter who speaks your language. Or get printed materials in your language. You can get this all at no cost to you. Call **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711) if you need any of this help. We are open Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. Central Time (CT). We are here for you.

You may file a grievance if we did not provide these services to you or if you think we discriminated in any other way.

Mail: CareSource PASSE
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401
Phone: 1-844-539-1732 (TTY: 711)
Fax: 1-844-417-6254
Email: CivilRightsCoordinator@CareSource.com

You may also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights.

Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave., S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Mail the complaint form found at
www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.
Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Online: www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

You can find this notice at **CareSourcePASSE.com**.



ÍNDICE

Bienvenido	1	Servicios de emergencia	33
Coordinación de la atención	2	Farmacia	35
Coordinador de la atención	2	Medicamentos recetados	35
Equipo centrado en la persona	2	Consulte con su farmacéutico de CareSource PASSE	36
Plan de servicios centrado en la persona	3	Recursos para el cuidador	37
Servicios domiciliarios y basados en la comunidad	3	Abuso, abandono o explotación	39
Contáctenos.....	5	Derechos y responsabilidades del afiliado	41
Servicios para Afiliados	5	Sus derechos	42
Línea de asesoría en enfermería CareSource	6	Sus responsabilidades	44
My CareSource	7	Afiliación y elegibilidad.....	45
Consejo Consultivo de Consumidores.....	8	Afiliación	45
Ómbudsman de PASSE.....	8	Cómo cambiar su pase PASSE	45
Tarjetas de identificación del afiliado	9	Desafiliación/Restitución	46
Explicación de beneficios.....	11	Directivas anticipadas	47
Responsabilidad de pago	11	Prácticas de privacidad	48
Otro seguro.....	11	Gestión de uso.....	53
Servicios cubiertos por CareSource PASSE	12	Fraude, malversación, abuso y sobrepago	55
Autorización previa y derivaciones	13	Reclamaciones y apelaciones.....	57
Tabla de servicios cubiertos	13	Reclamaciones	57
Beneficios	26	Apelaciones	58
myStrength	26	Audiencias estatales imparciales	59
MyResources.....	26	Significado de los términos.....	61
Atención preventiva	27		
Embarazo y planificación	29		
Dónde obtener atención	31		
Proveedor de atención primaria (PCP)	32		
Telesalud.....	33		
Atención de urgencia.....	33		



Bienvenido.

¡Nos alegra que esté con nosotros! Nuestra misión es brindar la atención gratuita, innovadora y accesible que todos los residentes de Arkansas merecen. Esto es la esencia de lo que somos.

Lea este manual. Téngalo a mano para poder consultarlo más adelante. Llame a su coordinador de la atención si tiene alguna pregunta. También puede llamar a Servicios para Afiliados. También puede encontrar el manual en **CareSourcePASSE.com** bajo *Documentos del plan*.





COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Coordinadora de la atención

Su coordinador de la atención es su principal punto de contacto. Llegará a conocerlos a usted, sus proveedores y otros que forman parte de su atención. Se pondrá en contacto con usted al menos una vez por mes. Pueden comunicarse más a menudo si lo desea. Su coordinador de la atención le ayudará a:

- ✓ Obtener información sobre su salud y sus medicamentos.
- ✓ Obtener los servicios médicos, domiciliarios y comunitarios, de salud conductual y servicios sociales que necesite.
- ✓ Obtener lo que necesita para vivir y trabajar en su comunidad.
- ✓ Desarrollar su Plan de servicios centrado en la persona (Person-Centered Service Plan, PCSP) con su equipo de atención.

Los coordinadores de la atención le ayudan a desarrollar estrategias para sus necesidades de atención médica. Esto es más que solo visitas a los proveedores. Se preocupan por todos los aspectos de su persona. Le brindan recursos y consejos sobre los problemas que enfrenta cada día.

Un miembro de nuestro equipo de coordinación de la atención se comunicará con usted dentro de los primeros 15 días de que se una a CareSource PASSE. Llame a Servicios para Afiliados si no tiene noticias de su coordinador de la atención en ese momento. También puede comunicarse con el equipo de coordinación de la atención las 24 horas, los 7 días de la semana a través de la línea de asesoría en enfermería de CareSource24®.



Equipo centrado en la persona

El equipo centrado en la persona (PCT) está en torno a usted. Usted elige quién será parte de su PCT. Su PCT puede componerse de su familia o sus cuidadores, amigos u otros especialistas y su proveedor de atención primaria, de salud conductual, servicios de exención y de atención médica a domicilio. Usted está al mando. El PCT trabajará con usted en el desarrollo de su PCSP.

Plan de servicios centrado en la persona

Su coordinador de la atención trabajará con usted y su PCT para desarrollar un PCSP. Este es un plan general de atención. Su coordinador de la atención se asegurará de que tenga el apoyo que necesita para alcanzar sus objetivos. Hará el seguimiento de todos los servicios de su PCSP. Le ayudará a hacer los cambios según sea necesario.

Qué incluye su PCSP:

- Qué necesita:
 - Números telefónicos de CareSource PASSE.
 - Números telefónicos de emergencia.
 - Lista de personas en su PCT.
- Lo que usted y su PCT necesitan:
 - Su diagnóstico.
 - Sus antecedentes sociales, médicos, físicos y de salud mental.
 - Lista de medicamentos.
 - Lista de servicios que recibe y quién se los proporciona.
- Lo que su PCT necesita saber para ayudarle mejor:
 - Su tratamiento, metas y objetivos para su atención.
 - Sus fortalezas, elecciones y preferencias.
 - Un plan de crisis para ayudarle a superar o incluso prevenir una crisis.

Servicios domiciliarios y basados en la comunidad

Los servicios domiciliarios y basados en la comunidad le permiten quedarse en casa y en su comunidad en lugar de ir a un hogar de ancianos, hospital u otro centro de atención. Su coordinador de la atención puede ayudarle a obtener cualquiera de estos servicios.

El coordinador:

- Organiza todos sus servicios de exención y servicios del plan estatal.
- Revisa regularmente sus necesidades para buscar servicios médicos, sociales y educativos. También puede encontrar apoyo para su familia.
- Se asegura de que se los servicios lo mantengan saludable y seguro.
- Se asegura de que alcance las metas en su PCSP.
- Le ayuda a obtener asistencia legal si lo desea.
- Le ayuda a renovar o cambiar su atención o cobertura de salud.



- Le ayuda a obtener atención inmediata si presenta un malestar emocional, mental o físico.

Tiene derecho a recibir estos servicios en lugares que:

- Usted elija para vivir. Podría tratarse de opciones residenciales o de día. Esto incluye entornos no destinados a personas con discapacidad.
- Le da acceso pleno a la comunidad general y forma parte de ella.
- Le permite tomar sus propias decisiones de vida.
- Garanticen su derecho a la privacidad, la dignidad, el respeto y la ausencia de todo tipo de coerción y restricción.
- Le permite encontrar un trabajo integrado.
- Le permite elegir los servicios y quién los proporciona.
- Sean físicamente accesibles para usted.

Si el lugar donde vive es propiedad o está bajo el control de un proveedor de servicios domiciliarios y comunitarios, también tiene derecho a:

- Un contrato de alquiler u otro acuerdo legal que le brinde protección contra un desalojo.
- Privacidad en su dormitorio con entradas que pueda cerrar con llave. El personal puede tener las llaves según sea necesario.
- Una unidad privada o elección de sus compañeros de habitación.
- Amueblar y decorar su unidad como desee.
- Tener control sobre su propio horario.
- Tener acceso a alimentos en cualquier momento.
- Recibir las visitas de su elección en cualquier momento.





CONTÁCTENOS

Servicios para Afiliados



Teléfono: **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711) Abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central.



Dirección postal: CareSource PASSE
P.O. Box 8730
Dayton, OH 45401-8730



En línea: ****CareSourcePASSE.com**

Servicios para Afiliados puede ayudarle a:

- Obtener información sobre sus beneficios y la cobertura de su plan.
- Averiguar si un servicio necesita una autorización previa.
- Obtener una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado.
- Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Encontrar un proveedor de la red.
- Cambiar su dirección, número de teléfono o correo electrónico.
- Presentar una queja acerca de nosotros o de un proveedor, o si usted piensa que ha sido discriminado.

¿Tiene un problema de salud? Llame a CareSource24, nuestra Línea de asesoría en enfermería, al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Estamos aquí las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre proveedores en **findadoctor.CareSource.com**.



Nuestras oficinas están cerradas cada año en estas fechas:

- Año Nuevo
- Día de Acción de Gracias
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día posterior al Día de Acción de Gracias
- Día de los Caídos
- Nochebuena
- Día de la Independencia
- Navidad
- Día del Trabajo

*Nuestra Línea de asesoría en enfermería CareSource24® está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, incluso los días festivos.

Adaptaciones

¿Es usted o alguien a quien usted cuida un afiliado a CareSource PASSE que:

- no habla inglés?
- tiene problemas de audición o visión?
- tiene problemas para leer o hablar en inglés?

Podemos ayudarle. Podemos conseguirle un intérprete de lenguaje de señas o del idioma que usted habla. Los intérpretes pueden ayudarle a hablar con nosotros o con sus proveedores. También puede obtener materiales en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Esto no tiene costo.

Línea de asesoría en enfermería CareSource24



Teléfono: **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711)

Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La llamada es gratuita. Ayuda que podemos brindarle:

- Informarse sobre un problema de salud.
- Decidir cuándo debe ir al médico, a un centro de atención de urgencias o a la sala de emergencias.
- Obtener más información acerca de sus medicamentos.
- Informarse acerca de pruebas médicas o cirugías.
- Aprender sobre alimentación saludable.
- Si tiene una crisis de salud mental o conductual o necesita ayuda.
- Si necesita hablar con un coordinador de la atención fuera de horario.



My CareSource

My CareSource® es una cuenta segura. Utiliza autenticación multifactor para mantener sus datos seguros. Aquí hay algunas cosas que puede hacer en esta cuenta:

- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Ver su tarjeta de identificación (ID) digital.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación si la pierde. Le enviaremos una nueva por correo postal.
- Ver sus reclamos y registros del plan.

Inscribirse es fácil:

1. Ingrese a **MyCareSource.com**.
2. Haga clic en *Registrarse* en la parte inferior de la página.
3. Responda las preguntas.
4. Haga clic en *Registrarse*. ¡Listo!



Palabras que debe conocer

Autenticación multifactor: usar más que una simple contraseña para iniciar sesión en una cuenta. Existen tres métodos principales que se utilizan:

1. Lo que sabe: una contraseña o PIN.
2. Lo que tiene: una insignia o ingresar un código de su teléfono.
3. Lo que es: una huella digital o usar su voz.





CONSEJO CONSULTIVO DE CONSUMIDORES

El Consejo Consultivo de Consumidores (Consumer Advisory Council, CAC) se reúne regularmente. Se compone de afiliados, padres, tutores y defensores. El CAC analiza los temas y hace llegar sus comentarios. Asimismo, nos permite saber cómo podemos trabajar para que PASSE sea mejor. Llame a Servicios para Afiliados o envíe un correo electrónico a **CAC@CareSourcePASSE.com** para unirse.

ÓMBUDSMAN DE PASSE

Un Ómbudsman de PASSE es alguien que le ayudará cuando:

- Necesite resolver un problema con CareSource PASSE.
- Piense que no está recibiendo la atención que necesita.
- Sienta que se violan sus derechos.

El Ómbudsman de PASSE es parte del Departamento de Servicios Humanos de Arkansas. No forma parte de CareSource PASSE. Puede comunicarse con el Ómbudsman de PASSE de cuatro maneras:



Teléfono: 1-844-843-7351 (TTY/TDD: 1-888-987-1200, opción 2)



Correo electrónico: PASSEombudsmanOffice@dhs.arkansas.gov



Correo postal:
PASSE Ombudsman Office
700 S Main St
P.O. Box 1437 Slot S-171
Little Rock, AR 72203-1437



Fax: 501-404-4625



TARJETAS DE ID DE AFILIADO

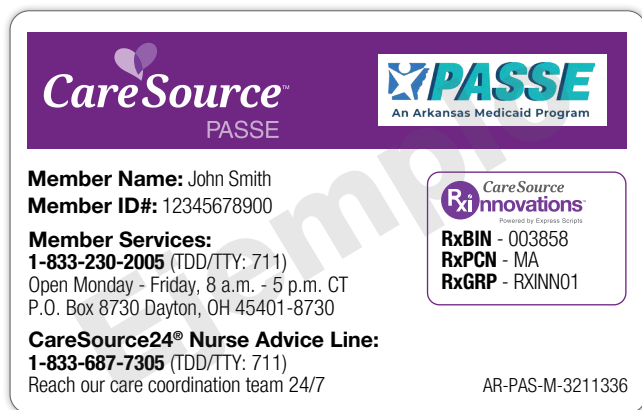
Cuando se inscribe por primera vez en CareSource PASSE, recibe su tarjeta de identificación (ID) de afiliado en el Manual de nuevo afiliado por correo postal. Llame a Servicios para Afiliados si no recibió la suya por correo postal.

- Cada afiliado a CareSource PASSE recibirá su propia tarjeta de ID.
- Cada tarjeta de ID le servirá mientras permanezca afiliado. Las tarjetas no vencen.
- Puede ver su tarjeta de identificación digital en **MyCareSource.com**.
- Puede solicitar una tarjeta nueva en **MyCareSource.com**. También puede llamar a Servicios para Afiliados y solicitar que le envíen una nueva por correo postal.

Llame a Servicios para Afiliados si:

- No recibió su tarjeta de ID por correo.
- Alguno de los datos de la tarjeta es incorrecto.
- Pierde su tarjeta.
- Tiene un bebé.

Las tarjetas de ID de afiliado se verán como la que figura abajo.



Siempre conserve su tarjeta de identificación con usted. Necesitará su tarjeta cuando:

- Visite a un proveedor o a un especialista.
- Vaya a la sala de emergencias o al hospital.
- Vaya a un centro de atención de urgencia.
- Compre suministros médicos.
- Recoja una receta.
- Se haga exámenes médicos.



PLANES DE TRATAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA ACTUALES

Continuidad de la atención

Si se cambia a CareSource PASSE desde Medicaid u otro plan PASSE, trabajaremos con usted para que siga recibiendo su atención actual sin interrupciones. Podemos ayudarle si:

- Usted es nuevo en CareSource PASSE.
- Su proveedor se ha ido de la red.
- Se cambia a otro plan PASSE.
- Pierde la elegibilidad para PASSE, pero mantiene la cobertura de Medicaid.
- Su transferencia entre entornos como una estadía hospitalaria de regreso a su casa o a la comunidad.

Si es nuevo en CareSource PASSE.

- Es posible que su atención continua deba aprobarse antes de que la reciba. Llame primero a Servicios para Afiliados, a menos que se trate de una emergencia.
- Es posible que las recetas que toma deban aprobarse antes de que las surta. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados para averiguar si necesita obtener aprobación.
- Le ayudaremos a encontrar un proveedor dentro de la red de CareSource PASSE. También puede encontrar proveedores cerca de usted en **findadoctor.CareSource.com**.

Acceso directo a la atención de especialistas: derivación permanente

Si necesita atención continua puede ver a una especialista con una derivación permanente. La atención debe ser la adecuada para su problema de salud y sus necesidades.





EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando consulta a un proveedor o recibe servicios de atención médica, en ocasiones le enviamos una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Una EOB no **es una factura**. En ella se enumerará:

- Quién recibió la atención.
- Qué proveedor facturó la atención.
- La fecha de la atención.
- El tipo de atención.
- El monto que pagamos.
- Cuánto adeuda o ya pagó.

Llame a Servicios para Afiliados si recibe una factura.

RESPONSABILIDAD POR EL PAGO

No se le facturarán servicios cubiertos por PASSE. Asegúrese de que la atención que reciba esté cubierta. Si su proveedor le dice que necesita un servicio que no está cubierto, es posible que tenga que pagar si decide obtenerlo. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados. Es posible que haya otros proveedores o servicios similares que pueda recibir.

Otro seguro

Avísenos si tiene otro seguro. Esto ocurriría si está afiliado al plan de un familiar o si sus hijos están cubiertos por otro progenitor o tutor.

Tenga en cuenta:

- Si usted tiene otro seguro, ellos deben pagar antes de que nosotros paguemos por la atención médica. Se debe facturar a la otra aseguradora antes de enviarnos un reclamo a nosotros.
- El proveedor necesitará tanto la información de CareSource PASSE como la del otro seguro cuando usted reciba atención médica.
- Debe tener las tarjetas de ambos seguros médicos a mano cuando reciba la atención.

Si tiene Medicare:

- Las recetas están cubiertas por la Parte D de Medicare.
- Medicare es su cobertura principal. CareSource PASSE es el secundario.
- No es necesario que elija un PCP a través de CareSource PASSE.
- Trabaje con su coordinador de la atención. Puede ayudarle a trabajar con Medicare y CareSource PASSE.



SERVICIOS CUBIERTOS POR CARESOURCE PASSE

Cubrimos toda la atención médicamente necesaria. Esto incluye:

- Servicios de ambulancia.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios de sala de emergencias (ER).
- Ayuda en la planificación para tener hijos.
- Servicios domiciliarios y basados en la comunidad.
- Atención para pacientes internados y ambulatorios.
- Atención para la maternidad.
- Visitas al consultorio, para obtener servicios de atención primaria y de especialistas.
- Atención preventiva.
- Atención de la vista.
- Visitas de bebé sano o niño sano.

Palabras que debe conocer

Médicamente necesario:

atención necesaria para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas.

Servicio cubierto: atención médicamente necesaria que pagamos.

Servicios cubiertos por Medicaid

Medicaid cubre servicios que no cubrimos. Estos son:

- Servicios en un centro de vida asistida.
- Beneficios odontológicos en un programa capitado.
- Servicios del Centro de Desarrollo Humano (Human Development Center, HDC).
- Transporte que no se considera de emergencia (non-emergency transportation, NEMT).
- Servicios basados en la escuela brindados por el personal de la escuela.
- Servicios de un centro de enfermería especializada (no en el caso de una estadía limitada para rehabilitación).
- Trasplantes.
- Transporte a y desde un tratamiento diurno de intervención temprana (Early Intervention Day Treatment, EIDT) y un tratamiento diurno de desarrollo de adultos (Adult Development Day Treatment, ADDT).
- Servicios de exención para adultos mayores y adultos con discapacidades físicas. Esto se realiza a través del programa ARChoices in Homecare, el programa Arkansas Independent Choices o una exención para sucesores.

Hable con su coordinador de la atención si necesita ayuda para obtener cualquiera de estos servicios.

Servicios fuera de nuestra red

Algunos servicios deben aprobarse antes de que pueda recibirlos. Obtenga más información sobre autorizaciones previas y derivaciones en la siguiente página. También puede averiguar qué servicios necesitan aprobación en la tabla de servicios cubiertos de la **página 13**.



Autorización previa y derivaciones

La **autorización previa** es la aprobación que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. El servicio debe ser médicamente necesario para su atención. Su proveedor obtendrá la aprobación para la atención que necesita.

Los servicios que necesitan autorización previa se indican en la **página 13**. Encontrará una lista completa en **CareSourcePASSE.com**. Haga clic en *Planes* y, a continuación, elija *Beneficios* para ver la lista completa. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Es posible que necesite una **derivación** para consultar a un especialista u obtener cierta atención médica. Esto significa que su proveedor indicará estos servicios por usted antes de que los reciba. Llamará y lo coordinará para usted, le dará una nota por escrito o le dirá qué hacer.

Palabras que debe conocer

Autorización previa: autorización que puede necesitarse antes de recibir un servicio. El servicio debe ser médicamente necesario para recibir atención. Su proveedor se hará cargo de esto por usted.

Derivación: es una orden de su proveedor para que usted consulte a un especialista o reciba cierta atención médica.

Tenga en cuenta:



- debe recibir atención de los proveedores de nuestra red. Red o dentro de la red significa que estos proveedores han firmado un contrato y han aceptado atender a nuestros afiliados. Su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados pueden ayudarle a encontrar un proveedor en la red de CareSource PASSE. También puede visitar **findadoctor.CareSource.com** para encontrar uno cerca de usted.
- Cuando consulta a un proveedor que no pertenece a nuestra red, necesita una autorización previa, excepto en casos de emergencia.

Tabla de servicios cubiertos

Esta tabla repasa la atención que está cubierta por su plan. Puede haber momentos en los que los servicios se vean limitados después de haber utilizado cierta cantidad. Los límites aparecen indicados en la tabla. Si se necesita autorización previa, se tomará nota de ello. Trabaje con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta.

Servicio	Más información	Requisitos
Pruebas y tratamiento de alergias	<p>Las pruebas de alergias están cubiertas para todas las edades.</p> <p>El tratamiento está cubierto para menores de 20 años.</p>	



Servicio	Más información	Requisitos
Ambulancia o ambulancia aérea	<p>El transporte en ambulancia o en ambulancia aérea está cubierto en caso de emergencia.</p> <p>Está cubierta una ambulancia al consultorio de un médico o una clínica para determinadas afecciones.</p> <p>Las camionetas (ambulette) para personas con discapacidades y con acceso para silla de ruedas no están cubiertas.</p>	
Servicios de salud conductual y para trastornos por consumo de sustancias	<p>Si necesita servicios de salud conductual o para trastornos por abuso de sustancias, busque un proveedor en findadoctor.CareSource.com o llame a Servicios para Afiliados. Puede hablar con su coordinador de la atención para obtener más información.</p> <p>Si necesita ayuda inmediata, llame al 911 o al 988.</p>	<p>Estos servicios necesitan autorización previa. Algunos solo la necesitan una vez que haya alcanzado su límite de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento conductual adaptativo. • Psicoterapia familiar (asesoramiento sobre salud conductual conyugal y familiar). • Asesoramiento farmacológico grupal. • Asesoramiento farmacológico individual. • Servicios para pacientes internados. • Evaluación diagnóstica psiquiátrica (diagnóstico de salud mental). • Evaluación diagnóstica psiquiátrica con servicios médicos (evaluación psiquiátrica). • Servicios de rehabilitación psicosocial. • Psicoterapia (asesoramiento individual de la salud conductual). • Servicios terapéuticos conductuales (asistencia conductual).
Evaluaciones de detección de cáncer de seno y de cáncer cervical	<p>Las evaluaciones para detectar el cáncer de seno (mamografías) están cubiertas.</p> <p>Las evaluaciones de detección de cáncer cervical (Papanicolaou) se cubren con una prueba al año.</p>	
Partera enfermera certificada (CNM)	<p>Enfermeros que la ayudan con el embarazo, el trabajo de parto y el parto.</p>	



Servicio	Más información	Requisitos
Enfermeros con práctica médica certificados (CNP)	Enfermeros especializados en algún tipo de atención proporcionada por médicos.	
Servicios quiroprácticos	Implica los ajustes de la columna vertebral u otras partes del cuerpo.	Sin límites para menores de 20 años. Mayores de 21 años, 12 visitas por año.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Exámenes para detectar signos de cáncer en el colon y el recto. La prueba de laboratorio Cologuard se cubre una vez cada tres años a partir de los 45 años.	
Monitoreo de la diabetes	Pruebas para determinar si tiene alto nivel de azúcar en sangre. Un alto nivel de azúcar en sangre puede poner a una persona en riesgo de desarrollar diabetes.	
Servicios de diagnóstico	Análisis de laboratorio, radiografías o pruebas para obtener más información sobre una afección o enfermedad específica.	Se necesita autorización previa para análisis de sangre y análisis de laboratorio una vez que haya cumplido ciertos límites de beneficios. También es necesaria en el caso de exploraciones mediante imágenes (tomografía computarizada [CT], imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET]).



Servicio	Más información	Requisitos
Equipo médico permanente (DME) y suministros	<p>Equipo médico y suministros se pueden usar más de una vez para servicios médicos.</p> <p>Los siguientes DME y suministros tienen cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares (cubiertos para menores de 20 años; las baterías se cubren para todas las edades). • Insumos para diabéticos. • Nutrición enteral/parenteral y suministros. • Suministros para la incontinencia (para mayores de 3 años). • Aparatos ortopédicos/prostéticos (los aparatos ortopédicos no se pueden sustituir durante 12 meses a partir de la fecha de compra. Las prótesis no se pueden sustituir por un plazo de cinco años a partir de la fecha de compra) • Oxígeno e insumos (el equipo ventilador solo se cubre cuando usted está conectado a un ventilador en el domicilio). <p>Equipo médico y suministros se pueden usar más de una vez para servicios médicos.</p> <p>Los siguientes DME y suministros tienen cobertura:</p> <p>Sillas de ruedas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin límites para mayores de 2 años. - Una silla de ruedas cada dos años para personas mayores de 20 años. 	<p>Se necesita autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los artículos alquilados o arrendados como CPAP/BiPAP, máquinas NPPV, monitores de apnea, ventiladores, camas de hospital, colchones especiales, osciladores de pared torácica de alta frecuencia, dispositivos de asistencia/estimulación de la tos, dispositivos de compresión neumática, dispositivos y accesorios generadores del habla y bombas de infusión. • Implantes cocleares. • Monitores continuos de glucosa. • Insumos para diabéticos. • Nutrición enteral/parenteral y suministros. • Dispositivo para infusión de insulina. • Dispositivo de asistencia ventricular izquierda (LVAD) • Aparatos ortopédicos/prostéticos. • Sistemas de transferencia de pacientes o elevadores. • Estimuladores de médula espinal. • Ciertas sillas de ruedas, accesorios y reparaciones de sillas de ruedas eléctricas. • Terapia de cierre asistido por vacío (VAC) para heridas.



Servicio	Más información	Requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> - Una silla de ruedas cada cinco años para personas mayores de 21 años. • Cuidado de heridas. 	
Servicios de emergencia	Una emergencia es un problema médico que usted considera que necesita atención inmediata. Los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Obtenga más información en la página 33 .	
Servicios y suministros de planificación familiar	<p>Los servicios y suministros de planificación familiar incluyen anticonceptivos, exámenes de planificación familiar, servicios de parteras y visitas prenatales y posparto al médico y domiciliarias.</p> <p>La esterilización solo se cubre cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El procedimiento es voluntario. b) Tiene al menos 21 años y no está internado en una institución. c) Usted tiene capacidad mental y legal para dar su consentimiento. El consentimiento se debe documentar y enviar junto con el reclamo. No se puede dar consentimiento si se encuentra en trabajo de parto, durante el parto, busca un aborto o si está bajo la influencia de sustancias. d) La esterilización se realiza al menos 30 días, pero no más de 180 días, después de dar su consentimiento. La excepción es si el parto es prematuro o se trata de una operación abdominal de emergencia. En este caso, 72 horas están bien. 	<p>Se necesita autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseminación artificial. • Servicios para el diagnóstico de la infertilidad.



Servicio	Más información	Requisitos
	Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de Medicaid de Arkansas. No es necesario que pertenezca a la red.	
Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y Clínicas de salud rurales (RHC)	<p>Los FQHC y las RHC ayudan a las personas que viven en zonas rurales o urbanas a recibir atención.</p> <p>La atención cubierta incluye visitas a consultas de atención primaria y servicios de especialistas como fisioterapia, servicios de patología del habla, audiología, podiatría y salud mental.</p>	
Servicios para la audición	<p>Los exámenes de audición están cubiertos sin costo alguno para usted.</p> <p>Los audífonos y otros artículos relacionados están cubiertos para los menores de 21 años.</p>	<p>Se necesita autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia del habla. • Reparación de audífonos.
Servicios domiciliarios y basados en la comunidad	<p>Los servicios domiciliarios y basados en la comunidad le ayudan a permanecer en su hogar y en su comunidad en lugar de ir a un hogar de ancianos, un hospital, un centro de atención intermedia (intermediate care facility, ICF) o establecimientos de tratamiento residencial.</p> <p>Su coordinador de la atención puede ayudarle a obtener y coordinar cualquier servicio domiciliario y basado en la comunidad que necesite.</p>	<p>Se necesita autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de adaptación. • Servicios diurnos de rehabilitación para adultos. • Asistencia conductual. • Servicios de relevo para cuidadores. • Servicios comunitarios de transición. • Servicios de consulta. • Intervención en caso de crisis. • Relevo de emergencia y planificado. • Modificaciones ambientales. • Intervención móvil en caso de crisis • Programa residencial de reinserción en la comunidad • Suministros médicos especializados. • Empleo asistido. • Vida asistida. • Servicios de apoyo complementarios.



Servicio	Más información	Requisitos
		<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades terapéuticas. • Hogares de acogida con cuidados terapéuticos. <p>También hay otros servicios disponibles. No necesitan autorización previa hasta que se haya alcanzado su límite de beneficios. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.</p>
Servicios de hospicio	<p>Atención para personas que se encuentran en fase terminal. Los servicios de hospicio deben brindarse principalmente en el hogar.</p> <p>La atención de hospicio se puede brindar en un centro para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) si:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) dice que usted es elegible. b) Existe un acuerdo por escrito con respecto a que: <ul style="list-style-type: none"> - El hospicio se encarga del manejo profesional de la atención de hospicio, y - El centro se compromete a proporcionar alojamiento y alimentación. 	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Procedimientos o pruebas realizadas en un hospital o centro médico. Por lo general, necesitan una estadía de una noche.	Se necesita autorización previa para servicios hospitalarios para pacientes internados.



Servicio	Más información	Requisitos
Atención para la maternidad	<p>La atención cubierta incluye atención prenatal y posparto, servicios para embarazos de riesgo y atención ginecológica.</p> <p>También se cubren clases de Lamaze, educación para padres y de lactancia.</p> <p>Puede autoderivarse a cualquier especialista en salud femenina en nuestra red. También puede visitar a su PCP.</p>	<p>Se necesita autorización previa si el parto y la estadía como paciente internada se programan antes de las 39 semanas. También es necesaria si la estadía es mayor a 48 horas para el parto vaginal o de 96 horas para el parto por cesárea.</p> <p>Las clases de Lamaze, educación para padres y de lactancia están limitadas a seis clases por embarazo.</p>
Servicios para pacientes ambulatorios (en un centro, profesionales)	<p>Procedimientos o pruebas realizados sin estadía nocturna.</p> <p>Estos servicios están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios relacionados con la sangre. • Quimioterapia/radioterapia. • Diálisis. • Diagnóstico por imágenes (CT/PET/MRI). • Terapia de infusión. • Servicios de observación. • Procedimientos, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico en el hospital para pacientes ambulatorios. • Cirugía en el hospital como paciente ambulatorio y centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Radiografías y diagnóstico por imágenes. • 	<p>Es posible que se necesite autorización previa para ciertas cirugías y procedimientos. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.</p>



Servicio	Más información	Requisitos
Proveedores fuera de la red	<p>Médicos, hospitales, farmacias u otros proveedores que no hayan firmado un contrato para brindar servicios a los afiliados a CareSource PASSE.</p> <p>Su coordinador de la atención puede ayudarle a encontrar un proveedor en la red de CareSource PASSE. También puede visitar findadoctor.CareSource.com para encontrar uno cerca de usted.</p>	<p>Se necesita autorización previa para cualquier atención médica que reciba de proveedores fuera de la red.</p>
Servicios para control del dolor	<p>Estos servicios ayudan a mejorar la calidad de vida si vive con dolor crónico.</p> <p>Estos servicios están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidurales. • Inyecciones en articulaciones facetarias. • Bloqueo de la rama medial/facetario. • Bombas para analgesia implantadas. • Ablación intraósea del nervio basivertebral. • Fusiones de articulación. • Inyecciones en las articulaciones sacroilíacas. • Estimuladores de la médula espinal (SCS). • Inyecciones de puntos desencadenantes. 	<p>Estos servicios necesitan autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones en articulaciones facetarias. • Bombas para analgesia implantadas. • Procedimientos de articulación sacroilíaca. • Fusión de articulación sacroilíaca. • Inyecciones de puntos desencadenantes.



Servicio	Más información	Requisitos
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	<p>La fisioterapia trata el dolor y la debilidad a través del ejercicio y otras terapias.</p> <p>La terapia del habla le enseña a expresar un sonido o una palabra con claridad y puede ayudarle con los problemas para tragar o masticar.</p> <p>La terapia ocupacional puede ayudarle a mejorar sus capacidades cognitivas, físicas y motoras.</p> <p>No hay límites en los programas para las edades de 20 años o menos.</p>	Es posible que se necesite autorización previa para ciertos programas. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (continuación)	<p>Estos programas están cubiertos para mayores de 21 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios diurnos de tratamiento del desarrollo para adultos. • Hospital de acceso crítico. • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). • Atención médica a domicilio. • Hospicio. • Laboratorio independiente/ enfermero anestesista diplomado certificado (CRNA)/ centros de radioterapia. 	
Exámenes físicos	Un control con un proveedor para revisar su historia clínica y verificar su salud y acondicionamiento físico.	El examen físico que sea necesario para un empleo o para participar en capacitación laboral está cubierto si el examen no es gratuito a través de otra fuente.
Servicios de podiatría	Servicios para sus pies.	<p>Sin límites para las consultas médicas en entornos no hospitalarios para menores de 20 años.</p> <p>Se necesita autorización previa para mayores de 21 años.</p>
Medicamentos con receta, incluidos los de venta libre	Se cubren todos los medicamentos cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios. Usamos una lista de medicamentos preferidos (Preferred drug list, PDL).	La autorización previa varía según el medicamento. Hable con su coordinador de la atención o llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.



Servicio	Más información	Requisitos
Evaluación de detección de cáncer de próstata	Las evaluaciones de detección de cáncer de próstata para hombres están cubiertas.	
Proveedor de atención primaria (PCP)	<p>Obtendrá la mayor parte de su atención preventiva de su PCP. Le realizará exámenes de control, le colocará inyecciones y tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.</p> <p>Si fuera necesario, su PCP lo derivará a especialistas o lo ingresará en el hospital.</p>	
Tratamiento residencial	Lugares donde recibe terapia para trastornos por consumo de sustancias, enfermedad mental u otros problemas conductuales.	Se requiere autorización previa para el tratamiento residencial.
Evaluaciones y asesoramiento sobre obesidad	<p>Pruebas para determinar si es obeso o está en riesgo de padecer obesidad. Le siguen los servicios para ayudarlo a perder peso y mantenerse en un peso saludable.</p> <p>Su proveedor puede brindarle la atención si es médicamente necesaria.</p>	
Vacunas (inmunizaciones)	<p>Las vacunas ayudan a evitar que se enferme. Algunas vacunas lo protegen de las enfermedades durante años. Otras se necesitan todos los años, como la vacuna contra la gripe.</p> <p>Trabaje con su proveedor para recibir sus vacunas en el momento adecuado.</p>	



Servicio	Más información	Requisitos
Especialistas	<p>Médicos que se centran en cierto tipo de medicina o tienen capacitación especial en cierto tipo de atención médica. Algunos ejemplos son dermatólogos, cardiólogos y oncólogos.</p> <p>Su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados pueden ayudarle a encontrar un especialista. También puede visitar findadoctor.CareSource.com para encontrar uno cerca de usted.</p>	<p>Su PCP le proporcionará una derivación para consultar la mayoría de los especialistas.</p> <p>Los especialistas fuera de nuestra red necesitan autorización previa.</p>
Telesalud	<p>Consulte a un proveedor desde el lugar en el que se encuentre usando su teléfono o computadora. Es posible que su PCP ofrezca servicios de telesalud. Comuníquese con su consultorio para averiguarlo.</p>	
Atención de urgencia	<p>Los servicios de atención de urgencias son para atención que no es de emergencia cuando su proveedor no puede atenderlo de inmediato. Este tipo de atención ayuda a evitar que una lesión, enfermedad o problema de salud mental empeore.</p>	<p>Consulte con la atención de urgencia a la que desea acudir sobre cualquier requisito que tengan para afiliados a Medicaid o PASSE antes de ir.</p>
Servicios de la vista	<p>Exámenes de la vista, controles y servicios de rutina que recibe de un oftalmólogo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se cubre un examen por año.• Cada año se cubre un par de anteojos (o las lentes si se mantienen los mismos marcos) para todas las edades.	<p>Se requiere una evaluación quirúrgica si se diagnostica ptosis, cataratas congénitas, exotropía o estrabismo vertical entre los 12 y los 21 años.</p> <p>Tenga en cuenta: las lentes con tinte, fotocromáticas o los anteojos de sol son exclusivamente para pacientes posquirúrgicos de cataratas o albinos.</p>



Servicio	Más información	Requisitos
Visitas de niño sano (EPSDT)	EPSDT es una sigla inglesa que significa Servicios de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento. Este programa cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación sobre la salud y análisis de laboratorio. Los EPSDT también cubren los exámenes médicos, oftalmológicos, odontológicos, de la audición, nutricionales, del desarrollo y de salud conductual. Consulte la página 28 para obtener más información sobre estas visitas.	Las visitas para EPSDT son para menores de 21 años.



BENEFICIOS

Atención de salud mental

Una buena salud es más que simplemente atender las necesidades físicas. La salud mental es una parte fundamental de su salud general. Ya sea que tenga depresión, ansiedad o dependencia del alcohol o las drogas, dispone de apoyo. Llame a Servicios para Afiliados o trabaje con su coordinador de la atención para encontrar el proveedor de salud mental adecuado. También puede visitar **findadoctor.CareSource.com** para encontrar uno cerca de usted. Llame o envíe un mensaje de texto al 988 si tiene una crisis o una emergencia de salud mental.

Atención oftalmológica

Cuidar sus ojos puede conducir a una mejor calidad de vida. La vista influye en el rendimiento en el trabajo, la escuela y el hogar. Los exámenes oftalmológicos de rutina por parte de un oftalmólogo y los anteojos están cubiertos.

Versant

Sus beneficios oftalmológicos tienen cobertura a través de Versant®. Encuentre proveedores oftalmológicos en **findadoctor.CareSource.com** o llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de que el proveedor sepa que tiene cobertura de Versant antes de la consulta.

Beneficios adicionales

MyStrength

¡Ocúpese de su salud mental! myStrengthSM cuenta con apoyo personalizado para mejorar su estado de ánimo, mente, cuerpo y espíritu. Visite <https://bh.mystrength.com/CareSource> para registrarse.

MyResources

MyResources le ayuda a encontrar programas de bajo costo o gratuitos en su comunidad para alimentos, vivienda, escuela, trabajo, apoyo financiero y mucho más. Ingrese a **CareSource.findhelp.com**. También puede llamar a Servicios para Afiliados para encontrar apoyo cerca de usted.



ATENCIÓN PREVENTIVA

La atención preventiva es clave para toda la familia. Visitar a sus proveedores en forma rutinaria, aun cuando está sano, ayuda a sus proveedores a detectar y tratar problemas de forma prematura, antes de que empeoren.

Consulte la tabla de atención preventiva que debe recibir en función de su edad. La tabla solo es una guía. Su proveedor sabrá qué es apropiado para usted en función de sus antecedentes médicos.

Atención preventiva	20 años	30 años	40 años	50 años	60 años o más
Exámenes anuales para adultos sanos	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer de seno (mamografía), para mujeres			✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer cervical (prueba de Papanicolaou), para mujeres	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de detección de clamidia (hágase la prueba si tiene menos de 20 años y tiene actividad sexual)	✓				
Prueba del colesterol	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer colorrectal			✓	✓	✓
Examen odontológico	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de detección de la diabetes	✓	✓	✓	✓	✓
Vacuna contra la gripe	✓	✓	✓	✓	✓
Vacuna antineumocócica					✓
Evaluación de detección de cáncer de próstata para hombres				✓	✓
Vacuna contra el herpes zóster					✓
Vacuna contra el tétanos y la difteria (Td)	✓	✓	✓	✓	✓
Examen oftalmológico	✓	✓	✓	✓	✓



Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Los EPSDT cubren la atención para los menores de 21 años sin costo para usted. EPSDT significa:

Early = Temprana, para tratar los problemas a tiempo.

Periodic = Periódica, para programar visitas de rutina.

Screening = Examen, para buscar la posible existencia de cualquier problema de salud.

Diagnostic = Diagnóstico, para identificar un problema de salud.

Treatment = Dar tratamiento a un problema.

Los EPSDT incluyen:

- ✓ Exámenes de niño sano
- ✓ Pruebas de la visión y la audición
- ✓ Educación sobre la salud
- ✓ Análisis de laboratorio
- ✓ Prueba de plomo en sangre

Los EPSDT también cubren la atención médicamente necesaria para los problemas que se detectan en los exámenes. Esto incluye cosas como anteojos y audífonos.

¿Cuándo debería realizarse un control de EPSDT en los niños?

Desde el nacimiento hasta los 15 meses, los niños pueden recibir seis controles, además del examen de recién nacido. A los niños entre los 15 y los 30 meses se les puede hacer dos controles. Los niños pueden tener un control entre los 24 y los 30 meses y de nuevo entre los 30 meses y los tres años de edad.





EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Queremos que tenga un embarazo sano. La planificación familiar ayuda a:

- ✓ Estar saludable antes de quedar embarazada.
- ✓ Posponer el embarazo hasta que se sienta lista para ello.
- ✓ Protegerse usted y su pareja de infecciones de transmisión sexual.

Antes de quedar embarazada

Puede tomar medidas para estar lo más sana posible ahora si está pensando en tener un bebé. Esto puede limitar los problemas durante el embarazo:

- Visite a su proveedor.
- Coma alimentos saludables.
- Deje de fumar ahora.
- Tome ácido fólico todos los días.
- No beba alcohol ni use drogas ilegales.

Durante el embarazo

Visite a un proveedor apenas se entere de que está embarazada. Visitar a su proveedor de forma periódica mientras está embarazada puede ayudar a detectar problemas antes de que ocurran.

¿Tiene un problema de salud? Llame a CareSource24, nuestra Línea de asesoría en enfermería, al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Estamos aquí las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre proveedores en **findadoctor.CareSource.com**.



Después de tener a su bebé

Llame a Servicios para Afiliados para comunicarnos que ha tenido un bebé. Programe una visita con su proveedor entre 3 y 6 semanas después de dar a luz a su bebé. El proveedor se asegurará de que su cuerpo se esté recuperando, controlará su salud mental y responderá las preguntas que tenga. Si su hijo nació por cesárea o tuvo problemas durante el parto, haga su cita la primera o segunda semana después de que nazca su bebé.

Su cuerpo y su mente experimentan muchos cambios después de dar a luz. Casi una de cada ocho personas sufre de **depresión posparto (Postpartum depression, DPP)** después de dar a luz. Aproximadamente una de cada 10 mujeres desarrolla **ansiedad posparto (postpartum anxiety, APP)**. Su salud mental importa. Llame a su proveedor de inmediato si nota cualquier signo o síntoma de depresión posparto. Llame al 988 para hablar con un consejero de crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe cuidarse, de la misma forma que cuida a su bebé.

¿Tiene pensado amamantar?

Queremos que tenga las herramientas que necesita si piensa amamantar. Puede obtener extractores de leche materna y otros suministros a través del Departamento de Salud de Arkansas (Arkansas Health Department). Su coordinador de la atención trabajará con usted para que obtenga lo que necesita.





DÓNDE OBTENER ATENCIÓN



Proveedor de atención primaria (PCP)

Visítelo para tratar enfermedades comunes y obtener asesoramiento. Obtendrá la mayor parte de su atención preventiva de su PCP.



Telesalud

Consulte a un proveedor desde el lugar en el que se encuentre usando su teléfono o computadora. Pregúnteles a sus proveedores si ofrecen la opción de telesalud.



Atención de urgencia

Se emplean para tratar problemas de salud que no representan un riesgo de muerte. Cuando su proveedor no está disponible y su problema de salud no puede esperar.



Sala de emergencias

Se usa para problemas que representan un riesgo de muerte. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.

¿No sabe adónde ir para recibir atención? Llame a CareSource24 al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Estamos aquí para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP desempeñará un papel importante en su tratamiento preventivo. Consultarlo regularmente ayuda a que lo conozca y esté al tanto de sus necesidades de salud de forma que pueda brindarle la mejor atención. Los PCP pueden ser:

- Médicos generales o de familia.
- Pediatras.
- Internistas.
- Obstetras y ginecólogos.
- Asistentes médicos.
- Enfermeros con práctica médica.
- Psiquiatras, en el caso de personas con problemas de salud mental importantes.
- Especialistas para personas con afecciones crónicas.
- Clínicas del departamento de salud pública y clínicas ambulatorias hospitalarias.
- Centros de salud calificados a nivel federal o Clínicas de salud rurales

Algunos ejemplos de las afecciones que su PCP puede tratar son las siguientes:

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| • Mareos | • Estreñimiento | • Resfriados/Gripe |
| • Presión arterial alta o baja | • Erupción cutánea | • Dolor de cabeza |
| • Hinchazón de piernas y pies | • Dolor de garganta | • Retirar puntos de sutura |
| • Azúcar en sangre alta o baja | • Pérdida del apetito | • Flujo vaginal |
| • Tos persistente | • Inquietud | • Pruebas de embarazo |
| • Dolor de oído | • Dolor en las articulaciones | • Manejo del dolor |
| • Dolor de espalda | | |

Si su PCP no puede tratar su problema de salud, lo derivará a otros proveedores o a un especialista. Su PCP también puede ingresarlo en el hospital.

Cómo cambiar de PCP

Si su PCP se muda, se jubila o abandona nuestra red, le informaremos por escrito en un plazo de 30 días. También le informaremos si alguno de los hospitales o proveedores que consulta ya no forma parte de nuestra red.

Su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados pueden ayudarle a encontrar un proveedor en la red de CareSource PASSE. También puede visitar **findadoctor.CareSource.com** para encontrar uno cerca de usted.



Citas

Planifique las visitas con sus proveedores con la mayor antelación posible. Siempre acuda a sus visitas programadas. Llame al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes si necesita cambiar o cancelar una visita.

Segundas opiniones

Tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre un diagnóstico, cirugía u otro tratamiento. Puede obtenerla de un proveedor fuera de nuestra red si no encuentra un proveedor dentro de la red.



Telesalud

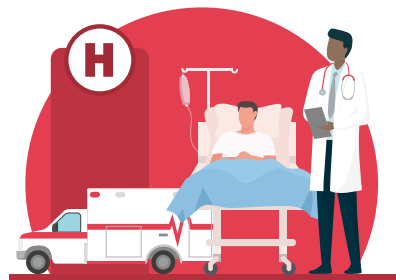
La telesalud utiliza su teléfono, computadora o tableta para hablar con un proveedor. Puede consultar a un proveedor desde donde se encuentre. Elimina el estrés de necesitar transporte hacia o desde el consultorio del proveedor.

Puede usar los servicios de telesalud para muchos problemas comunes, como infección de los senos paranasales, alergias y sarpullido, entre otros. Puede brindarle consejos médicos de manera rápida para evitar que su problema empeore. Sus proveedores pueden ofrecer servicios de telesalud. Consúltelo con él/ella.



Atención de urgencia

La atención de urgencia no es para casos de emergencia. Debería ir a un centro de atención de urgencia si no puede visitar a su proveedor con suficiente rapidez. Este tipo de atención ayuda a evitar que una lesión, enfermedad o problema de salud mental empeore. Comuníquese con su coordinador de la atención después de la visita.



Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son para problemas de salud graves que se deben tratar de inmediato. Algunos ejemplos son:

- Aborto espontáneo/embarazo con hemorragia vaginal
- Dolor agudo en el pecho
- Falta de aire
- Pérdida del conocimiento
- Convulsiones/Ataques
- Vómitos intensos
- Violación
- Quemaduras graves
- Cambio repentino en su salud mental
- Pensamientos suicidas
- Sangrado incontrolable



Si necesita atención de emergencia:

- Vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. No es necesario que nos llame. Su salud es lo primero.
- Muestre su tarjeta de ID de afiliado. Infórmele al personal que tiene cobertura de CareSource PASSE.
- Si atienden su emergencia, pero consideran que necesita más atención o necesita permanecer en el hospital, deben llamarnos en un plazo de 24 horas.

Hablaremos con los proveedores que le brindan atención durante su emergencia. Deben informarnos si usted necesita atención adicional para tratar lo que haya causado la emergencia. Su proveedor pedirá esta aprobación a CareSource. Queremos que usted mejore.

Si obtiene la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trabajaremos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención.

Quando viaja

En ocasiones, usted se puede enfermar o lastimar mientras está de viaje. A continuación le brindamos algunos consejos para saber qué hacer si esto sucede:

- **Si tiene una emergencia:** llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.
- **Si no se trata de una emergencia:** Llame a su proveedor para que le ayude con esto.
- **Si no está seguro de si se trata de una emergencia:** Llame a CareSource24 al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Podemos ayudarle a decidir qué hacer.

Atención de seguimiento

Tal vez necesite atención adicional después de la emergencia. Esto se denomina atención médica de seguimiento. Comuníquese con su coordinador de la atención después de la visita. Le ayudará con cualquier tipo de atención de seguimiento que necesite.





FARMACIAS

Medicamentos con receta

Pagamos todos los productos aprobados por la FDA que se consideren médicamente necesarios y que participan en los CMS incluidos en la Lista de medicamentos preferidos (PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Podrá encontrar nuestra PDL en **CareSourcePASSE.com**.

Cuando necesite obtener o resurtir una receta, busque una farmacia cercana que acepte CareSource PASSE. O utilice nuestra herramienta Encontrar una farmacia en **CareSourcePASSE.com**. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación (ID) del afiliado.

Autorización previa

Podemos preguntarle a su proveedor por qué necesita cierto tipo o dosis de medicamento. Puede ser necesaria una autorización previa si:

- Hay un medicamento genérico o alternativo en la farmacia.
- Podría haber abuso o uso indebido del medicamento.
- Existen otros medicamentos que deben probarse primero.

Ciertos medicamentos tienen límites. Algunos medicamentos no tienen cobertura en absoluto. Si no aprobamos una solicitud para un medicamento, le enviaremos información sobre cómo apelar y sus derechos a una audiencia estatal imparcial.

Terapia escalonada

Es posible que deba probar uno o más medicamentos de la PDL antes de tomar uno que no esté en la PDL. Esto se denomina terapia escalonada. Algunos medicamentos se cubren únicamente si se usa la terapia escalonada.

Sustitución por medicamento genérico

Una farmacia puede darle un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Esto se denomina sustitución por medicamento genérico. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Su proveedor necesitará nuestra aprobación si solicita un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Esto es así, a menos que la marca se indique como preferida.

Intercambio terapéutico

En ocasiones, no puede tomar ciertos medicamentos, por ejemplo, en caso de padecer una alergia. Otras veces, un medicamento podría no funcionar para usted. En estos casos, su proveedor puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en la PDL.

Excepciones

Puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en la PDL. Esto se denomina una excepción. Puede solicitar que se haga una excepción por una alergia al medicamento, si no puede tomar un medicamento o debido a una falta de respuesta al medicamento de la PDL. Trabajaremos con su proveedor para obtener lo que necesitamos después de que recibamos su solicitud.



Medicamentos de especialidad

Algunos medicamentos tienen normas especiales, una administración complicada o necesitan ser controlados. Muchos deben ser administrados por su médico. Estos se denominan medicamentos de especialidad. La mayoría de estos medicamentos necesita autorización previa. Si se aprueba, trabajaremos con su proveedor y con la farmacia para conseguirle lo que necesita.

Consulte con su farmacéutico de CareSource PASSE

¿Tiene preguntas relacionadas con sus medicamentos? ¡Hable con un farmacéutico de CareSource PASSE! El farmacéutico puede revisar los medicamentos con usted y responder sus preguntas. ¡No necesita cita previa! Llame al **1-833-230-2073** para hablar con un farmacéutico hoy. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora central.

Programa de restricción de proveedores

El Programa de restricción de proveedores es un programa que protege a los afiliados que consumen sustancias controladas más de lo médicamente necesario. Los afiliados surten sus medicamentos en una sola farmacia y utilizan a su proveedor de atención primaria para obtener atención médica.

Programa de gestión de terapia de medicamentos (MTM)

Usar medicamentos de la manera correcta es vital para su salud. Nuestro programa de gestión de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) permitirá:

- Le ayudará a usar sus medicamentos de manera segura.
- Le ayudará a que sus médicos y otros cuidadores trabajen mejor juntos.
- Le ayudarán a conocer sus medicamentos y la manera correcta de tomarlos.
- Mejorarán su salud en general.

Puede trabajar de forma personal con un farmacéutico a través del programa de Gestión de terapia de medicamentos (MTM). Puede revisar sus medicamentos con usted y ayudarle a manejarlos. Consúltelo a su farmacéutico si es parte del programa de MTM. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Desecho de medicamentos

¿Tiene medicamentos vencidos que ya no utiliza? Estos medicamentos pueden ser un riesgo grave para la salud de niños pequeños, adolescentes o las mascotas de la familia si están a su alcance. También pueden usarse de forma incorrecta. La mayoría de las personas que usan medicamentos con receta de forma incorrecta los consiguen de amigos o familiares.

Los centros de devolución de medicamentos, como farmacias locales o estaciones de policía, pueden deshacerse de estos medicamentos vencidos o no utilizados de manera segura. Para ver una lista de lugares cerca de usted, visite **deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch**.

Tenemos paquetes gratuitos que le ayudan a deshacerse de los medicamentos vencidos o medicamentos que ya no usa. Estos paquetes son seguros, fáciles de usar y ayudan a reducir el uso indebido de los medicamentos. Visite **secureforms.CareSource.com/DisposeRx/** para obtener un paquete gratis hoy mismo.



RECURSOS PARA CUIDADORES

Si es el cuidador de un cónyuge, uno de sus padres, de un hijo o familiar, sabe lo difícil que es. Requiere mucho tiempo, esfuerzo y trabajo. Queremos que sea más fácil. El coordinador de la atención de su ser querido es un gran recurso para usted. Puede ayudarle a encontrar apoyo, como atención a domicilio, comidas mediante el programa Meals on Wheels, programas de reparación de viviendas y más.

Recursos útiles para cuidadores

No respaldamos ninguno de estos grupos ni sus recursos. Se proporciona aquí solo como referencia.

Cuidado para adultos mayores

Educación para personas que cuidan a adultos mayores. También tienen una comunidad en línea activa para cuidadores.

www.agingcare.com

Asociación de Agencias del Área para el Envejecimiento de Arkansas (Arkansas Association of Area Agencies on Aging (5A))

Tiene información y recursos sobre el cuidado de adultos mayores y sus cuidadores.

www.agingarkansas.org

Coalición de Discapacidades de Arkansas (Arkansas Disability Coalition)

Ayuda a las familias y personas con todo tipo de discapacidades con apoyo, información, recursos y capacitación.

www.ardisabilitycoalition.org
(501) 614-7020

Consejo de Vida Independiente del Estado de Arkansas (Arkansas State Independent Living Council)

Promueve la vida independiente para personas con discapacidades.

www.arsilc.org
(501) 372-0607



Red de acción para cuidadores (Caregiver Action Network)

Cuenta con educación, recursos y apoyo para aquellos que cuidan a seres queridos con afecciones crónicas, discapacidades, enfermedades o vejez.

www.caregiveraction.org (855) 227-3640

Derechos para la discapacidad de Arkansas (Disability Rights Arkansas)

Organización que defiende los derechos civiles y legales de las personas con discapacidades.

www.disabilityrightsar.org (501) 296-1775

Alianza de cuidadores de familia (Family Caregiver Alliance)

Apoya a los cuidadores a través de investigaciones, defensa y servicios.

www.caregiver.org (800) 445-8106

Voces de la familia (Family Voices)

Tiene información sobre las políticas de atención médica relacionadas con niños con necesidades especiales.

www.familyvoices.org (888) 835-5669

Grandfamilies

Tiene información sobre leyes y políticas para los abuelos que crían nietos.

www.grandfamilies.org

NAMI Arkansas

Ayuda a las personas que viven con enfermedades mentales, a sus familias y a la comunidad.

www.namiarkansas.org/home
(800) 844-0381

Federación Nacional de Familias (National Federation of Families)

Defienden a las familias que tienen hijos con problemas emocionales, conductuales, de salud mental y de consumo de sustancias.

www.ffcmh.org (240) 403-1901

Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health)

Información sobre trastornos mentales y la última investigación sobre salud mental.

www.nimh.nih.gov

Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services)

Información disponible a través del del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

www.samhsa.gov

Fuentes de Arkansas (Sources of Arkansas)

Cuenta con servicios, apoyo y defensoría para personas con discapacidades y sus familias.

www.arsources.org
(888) 284-7521



ABUSO, ABANDONO O EXPLOTACIÓN

Las personas que dependen de alguien más para cuidarlas pueden sufrir maltrato. Cualquier persona puede ser el abusador. Puede tratarse de familiares, amigos, proveedores, vecinos, maestros o cuidadores. Las personas que tienen el poder o el control sobre alguien pueden aprovecharse de esa persona. Sepa qué es el abuso, el abandono o la explotación para que pueda ver las señales y tomar medidas.

Palabras que debe conocer

Consentimiento:
permitir o aceptar.



El abuso se puede producir de diversas maneras.

- **El abuso** físico es cuando alguien lo lastima a propósito. Puede incluir darle golpes o bofetadas, o cualquier cosa que cause dolor o daño.
- **El abuso** emocional es cuando alguien usa amenazas, presión o insultos o cualquier otro medio para controlarlo. Es posible que traten de estar atentos a sus llamadas y correos electrónicos. También pueden mantenerlo alejado de su familia o amigos.
- **El abuso** financiero es cuando alguien controla su dinero sin su aprobación. También pueden usar tarjetas de crédito y cheques.
- **El abuso** sexual es cualquier tipo de contacto sexual sin su aprobación. Puede tratarse de violaciones, tocamientos, manoseos o cualquier otra actividad sexual sin consentimiento. Se considera abuso sexual si usted es menor de 18 años o no es capaz de dar su pleno consentimiento.



El abandono ocurre cuando alguien lo priva de sus necesidades básicas. Podrían ser cosas como alimentos, ropa, refugio o atención médica.



La explotación ocurre cuando alguien toma o hace uso indebido de sus pertenencias o su identidad. Puede incluir su dinero.

Las señales son:

- Cambios en el comportamiento (como no querer ir a lugares ni ver gente).
- Cambios en el estado de ánimo (más retraído, atemorizado, triste o ansioso).
- Lesiones inexplicables como cortes, hematomas, quemaduras o fracturas óseas.
- Medicación excesiva.
- Falta de atención o tratamiento médico.
- Quedarse solo por largo períodos.
- Higiene deficiente (olor corporal, cabello, piel o ropa sucios).
- Condiciones de vida insalubres o inseguras.
- Úlceras por presión o de decúbito.
- Facturas sin pagar.
- Sacar grandes cantidades de dinero del banco.
- Cheques falsificados.



Si siente que es víctima de abuso, hable con su proveedor o coordinador de la atención. Pueden ayudarle. También puede llamar a CareSource24, nuestra línea de asesoría en enfermería.

Estos son algunos consejos para que ayude a otra persona:

- Escuche a la persona y dígame que no es su culpa. No hay nada por lo que sentirse mal o avergonzado.
- Remítala a grupos de apoyo para víctimas.
- Denuncie la situación a la escuela, a los servicios sociales, a los trabajadores de atención médica o a los servicios de protección de niños o adultos estatales o locales.



Grupos de ayuda

Centros de defensoría de niños de Arkansas (Children's Advocacy Centers of Arkansas)

www.cacarkansas.org 1-800-482-5964

Línea directa nacional de prevención de la violencia doméstica (The National Domestic Violence Hotline)

www.ndvh.org 1-800-799-7233 (SAFE)

Derechos para la discapacidad de Arkansas (Disability Rights Arkansas)

www.disabilityrightsar.org 1-800-482-1174

Socios contra el tráfico de personas (Partners Against Trafficking Humans, PATH)

www.pathsaves.org 1-501-301-4357

El amor es respeto (Love is Respect)

www.loveisrespect.org 1-866-331-9474

RAINN (Organización contra la violencia sexual)

www.rainn.org 1-800-656-4673 (HOPE)

Centro nacional contra el abuso de personas mayores (National Center on Elder Abuse)

www.aginginplace.org 1-855-500-3537





DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener información sobre nosotros, nuestros servicios, nuestros proveedores y sus derechos y responsabilidades.
- Comprender CareSource PASSE y su Plan de servicios centrado en la persona (PCSP) y obtener servicios a través de este.
- Tener información sobre los servicios de PASSE que ofrecemos. Esto incluye:
 - Los beneficios cubiertos y cómo obtenerlos.
 - Si se necesita autorización previa para algún beneficio.
- Participar en las decisiones acerca de su atención. Esto también significa el derecho a rechazar el tratamiento.
 - En relación con los servicios flexibles identificados durante el proceso de PCSP, usted tiene derecho a rechazarlos.
- Obtener más información sobre tratamientos y alternativas de una manera que pueda entenderla.
- Conocer y conversar sobre los tratamientos necesarios para sus problemas de salud. No importa cuál sea el costo o la cobertura.
- Elabore una directiva anticipada sin miedo a ser tratado de forma injusta.
- Si considera que no se respetan sus directivas anticipadas puede presentar una reclamación ante el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (Arkansas Department of Human Services, DHS) llamando al 501-682-8292 (TTY/TDD: 711).
- Hacer sugerencias acerca de los derechos y responsabilidades de nuestros afiliados.
- Ser tratado con respeto y consideración en cuanto a su dignidad y privacidad.
- Que su información personal y sus expedientes médicos se mantengan en privado.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida para fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- Vivir en un entorno integrado y con apoyo en la comunidad.
- Tener control sobre ciertos aspectos de su vida.
- Estar protegido en la comunidad.
- Ser tratado de manera respetuosa con sus costumbres culturales y de atención médica.
- Recibir todos los materiales para afiliados por escrito:
 - Sin costo para usted.



- En su idioma primario.
- En otros formatos como letra grande, braille o audio.
- Elegir su propio proveedor de la red para la atención que pueda recibir conforme a su PCSP.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un proveedor de salud de la mujer para la atención médica de la mujer que esté cubierta.
- Pedir y obtener una copia de su historial médico. También puede pedir que lo cambien o corrijan.
- Ejercer sus derechos y saber que nosotros, nuestros proveedores o el DHS no usaremos esto en su contra.
- Presentar una queja o apelación y pedir una audiencia estatal imparcial.
- Expresar reclamaciones o presentar una reclamación contra nosotros o nuestros proveedores.
- Saber que debemos cumplir todas las leyes federales y estatales, así como con otras leyes relacionadas con la privacidad.
- Recibir de manera oportuna todos los servicios de atención médica cubiertos por CareSource PASSE y Medicaid.
- Recibir un servicio cubierto fuera de nuestra red si no podemos brindárselo dentro de la red. Si tiene la aprobación para recibir servicios fuera de la red, no costarán más que si los recibiera dentro de la red.
- Recibir una carta en un plazo de siete días hábiles si hay un cambio en su coordinador de la atención.
- Que le envíen o entreguen un Manual del Afiliado y Directorio de proveedores en un plazo de 5 días hábiles de inscribirse en CareSource PASSE.
- Obtener una segunda opinión sobre un tratamiento. Si no hay un proveedor de la red disponible, puede obtener una fuera de la red.
- Obtener información de Servicios para Afiliados acerca de:
 - Nuestra estructura, gobernanza y operación.
 - Cómo calificamos las métricas y medidas

supervisadas por el DHS o el Centro de Servicios de Medicaid (Center for Medicaid Services).

- Nuestras políticas de no discriminación y quién las aplica. Quién responde a las reclamaciones de accesibilidad y discriminación que se hacen contra nosotros.
- Una lista de servicios no proporcionados por CareSource PASSE debido a objeciones morales o religiosas. Cómo puede obtener más información y recibir esos servicios a través del DHS.
- No ser discriminado debido a la raza, el color de piel, la religión, el género, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, el origen nacional, su condición de veterano, la ascendencia, una afección médica (incluyendo enfermedad física y mental), su experiencia en reclamos, la recepción de atención médica, sus antecedentes médicos, su información genética o la evidencia de elegibilidad para el seguro o una discapacidad. Comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si siente que ha sido discriminado:

Dirección:


200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Correo electrónico:


OCRComplaint@hhs.gov

En línea:


<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>



Sus responsabilidades

- Usar proveedores de nuestra.
- Ir todas sus visitas programadas con sus proveedores. Llegar a tiempo y llamar 24 horas antes de la visita si debe cancelarla.
- Seguir las instrucciones de atención de sus proveedores.
- Conocer las reglas a seguir para recibir los servicios y atención cubiertos.
- Llevar siempre sus tarjetas de ID con usted. Mostrarla al recibir atención médica.
- No permitir nunca que otras personas usen su tarjeta de ID.
- Hacernos saber a nosotros, el DHS y sus proveedores si cambia su dirección o número de teléfono.
- Hacernos saber a nosotros, el DHS y sus proveedores su tiene cobertura de otro seguro de salud.
- Informar a su coordinador de la atención después de ir a un centro de atención de urgencia o después de recibir atención médica o de salud conductual. El coordinador se hará cargo de la atención de seguimiento que pueda necesitar.
- Dar la información que CareSource PASSE y sus proveedores necesiten, hasta donde sea posible, para brindarle atención.
- Informarnos si tiene sospechas de fraude,

malversación, abuso o sobrepago.

- Comprender, tanto como sea posible, sus problemas de salud y participar en el logro de las metas que acuerde con sus proveedores.
- Denunciar abuso o abandono de niños o adultos ante nosotros o:

Arkansas Suspected Child Abuse
(Sospecha de abuso infantil de Arkansas)

Teléfono: 	1-800-482-5964
En línea: 	mandatedreporter.arkansas.gov

Arkansas Adult Protective Services
(Servicios de protección a adultos de Arkansas)

Teléfono: 	1-800-482-8049
En línea: 	https://arkansas.leapsportal.net/LEAPSINTAKE/PublicIntake_501.aspx



AFILIACIÓN Y ELEGIBILIDAD

Debe ser elegible para Medicaid para ser parte de cualquier plan PASSE. El estado de Arkansas decide quién es elegible, no CareSource PASSE.

Inscripción

Todos los años existe un período de inscripción abierta. Este es el momento en que puede cambiar su PASSE. El estado de Arkansas le enviará una carta en la que se le indicará qué puede hacer para cambiar su PASSE.

Cómo cambiar su PASSE

Si desea cambiar de PASSE, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días de que se le haya asignado uno. Luego de esos 90 días, solo podrá cambiar su PASSE durante los 12 meses siguientes debido a una causa justificada.

Estas son las razones por las que puede cambiar de PASSE:

- Usted se muda fuera del estado.
- No tiene acceso a los servicios cubiertos.
- No hay proveedores que sepan cómo atender sus necesidades de atención médica.
- Recibe atención de mala calidad.
- El DHS sanciona a CareSource PASSE.
- Otros motivos determinados por el DHS.

Para cambiar de PASSE, llame a Soporte para Beneficiarios de PASSE al 1-833-402-0672. Ellos decidirán si usted puede cambiarse. No formamos parte de esta decisión.

Si se aprueba, la fecha de inicio de su PASSE nuevo será a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes en que el DHS reciba su solicitud. Si el DHS recibe su solicitud el 15 de marzo, la fecha de inicio de su PASSE nuevo será, a más tardar, el 1 de mayo. Si su solicitud no se procesa a tiempo, se aprobará se forma automática.

¿Tiene un problema de salud? Llame a CareSource24, nuestra Línea de asesoría en enfermería, al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Estamos aquí las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre proveedores en **findadoctor.CareSource.com**.



Desafiliación/Restitución

Si se cancela su inscripción en CareSource PASSE, puede ser restituido durante el siguiente mes sin perder la cobertura. Primero debe restablecer su elegibilidad. Llame a la Línea directa de Medicaid al 1-800-482-8988. El estado de Arkansas decide quién es elegible, no CareSource PASSE.

Un lapso en la elegibilidad que no se resuelve en los plazos antes mencionados significa que no se lo podrá restituir el mes siguiente. Se cancelará su inscripción en CareSource PASSE. Si surge un problema de continuidad de la atención y todas las partes están de acuerdo con ello, entonces usted puede ser restituido. Llame a Access Arkansas al 1-855-372-1084 si tiene alguna pregunta.

Cambios importantes en la vida

Los cambios en la vida pueden producirse en cualquier momento. Los cambios en su vida pueden afectar su elegibilidad para Medicaid. Llame a la Línea directa de Medicaid al 1-800-482-8988 dentro de los 10 días de ocurrido un cambio importante.

Algunos cambios importantes en la vida son:

- Cambio de nombre.
- Mudarse a una nueva dirección, un nuevo condado o fuera del estado.
- Un embarazo o un cambio en el tamaño de la familia.
- Cambios de trabajo o un cambio en su salario.
- Cambio en una discapacidad.





DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Una directiva anticipada es su registro escrito sobre su atención y tratamiento futuros. Esto incluye la atención de salud mental. Ayuda a su familia y a sus proveedores a conocer sus deseos sobre su atención médica. Algunos preferirían no pasar meses ni años conectados a equipos de soporte vital. Otros quisieran hacer todo lo posible por alargar su tiempo de vida.

Tiene una opción.

No tiene que elaborar una directiva anticipada; sin embargo, le sugerimos que lo haga. Muchas personas las elaboran mientras están sanas. Los proveedores deben dejar claro que usted tiene derecho a indicar sus deseos sobre su atención médica. Deben preguntar si sus deseos son por escrito. También deben agregar su directiva anticipada a su expediente médico.

Puede presentar una reclamación ante el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas llamando al 501-682-8292 (TTY/TDD: 711) si considera que no se cumplen sus directivas anticipadas.

Cuando elabore una directiva anticipada, deberá responder ciertas preguntas difíciles. Piense en estas cosas cuando haga las suyas:

- Redactarla es una elección.
- La ley establece que usted puede tomar decisiones acerca de la atención médica, como aceptar o rechazar el tratamiento.
- Tener una directiva anticipada no significa que usted quiera morir.
- Usted puede elegir una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, en caso de que no pueda tomarlas por su propia cuenta. También puede usar la directiva anticipada para evitar que ciertas personas tomen decisiones por usted.
- Debe estar en su sano juicio para elaborarla.
- Debe tener al menos 18 años o ser un menor emancipado para tener una.
- Tener una no cambiará el resto del seguro.
- Se pueden cambiar o finalizar en cualquier momento.

Debe guardar la directiva anticipada en un lugar seguro. Debe entregarle una copia a un familiar, a un representante de atención médica y a sus proveedores. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener más información.

Formularios de declaraciones estándar

Las leyes de Arkansas tienen dos formularios de declaraciones estándar. Uno trata de lo que pasaría si tuviera una enfermedad terminal. El otro trata de lo que sucedería si quedara inconsciente de forma permanente. Puede usar uno o ambos formularios. Puede obtener estos formularios o averiguar dónde obtenerlos si consulta a su proveedor o a un abogado.

Los formularios estándar no siempre cubren todas las decisiones que pueda tomar. Es posible que desee recibir más instrucciones acerca de su atención. Hable con un abogado para agregar más detalles a su formulario estándar.



PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sus derechos

En lo que se refiere a su información médica, usted tiene derecho a:

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos.

Puede solicitar una copia de sus expedientes médicos y de reclamos. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.

Solicitar que corrijamos sus registros médicos y de reclamos.

Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas.

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica, por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información médica para atención, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar tales solicitudes.



Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información.

Puede pedirnos una lista de todas las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita hasta seis años antes de la fecha de la solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:

- Atención.
- Monto pagado.
- Operaciones de atención médica .
- Otras divulgaciones que nos pidió que hiciéramos.

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa tan pronto como sea posible.

Puede autorizar a CareSource PASSE para hablar con alguien en su nombre.

Puede autorizarnos para hablar sobre su información médica con otra persona en su nombre. Los tutores legales pueden tomar decisiones sobre su información médica. Le daremos su información médica a su tutor legal. Nos aseguraremos de que tenga la información correcta y que pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Puede presentar una reclamación.

Puede presentar una reclamación si considera que hemos vulnerado sus derechos. Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) del siguiente modo:



Teléfono: 1-877-696-6775



En línea: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>



Dirección: Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue S.W.
Washington, D.C. 20201

No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una reclamación. Nosotros no podemos exigirle que no haga uso de su derecho a presentar una reclamación como condición para:

- Atención.
- Monto pagado.
- Operaciones de atención médica .
- Otras divulgaciones que nos pidió que hiciéramos.



Sus opciones

Para determinada información médica, puede elegir lo que compartimos. Indíquenos cómo quiere que la compartamos. Seguiremos estas órdenes. Tiene el derecho y la opción de indicarnos que compartamos información:

- Con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan del pago de su atención.
- En una situación de ayuda humanitaria.

Si no puede indicarnos su elección, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información. La compartiremos si consideramos que sería beneficioso para usted. También podemos compartirla si necesitamos reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

No podemos compartir su información, a menos que nos haya dado su consentimiento por escrito para:

- Usos de mercadeo.
- Venta de su información.
- Compartir sus notas de psicoterapia.

Consentimiento para compartir la información médica

Nuestra política consiste en compartir su información médica. Esto incluye información médica sensible (Sensitive Health Information, SHI), como la información relacionada con tratamiento por drogas/alcohol, resultados de pruebas genéticas, VIH/SIDA, salud mental, enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otras afecciones que representen un peligro para la salud. Compartimos esta información para que se brinde tratamiento, coordinación de la atención o asistencia con los beneficios. Se comparte con los proveedores que haya tenido en el pasado, proveedores que le brinden tratamiento en la actualidad y en el futuro. También se comparte con el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE). El HIE les permite a los proveedores ver la información que tenemos acerca de usted.

Tiene derecho a informarnos que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se comparta, no se compartirá con los proveedores para manejar su atención y tratamiento o ayudarlo con los beneficios. Igualmente se comparte con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, es posible que sus proveedores no puedan coordinar su atención tan bien como si usted diera su aprobación.

Otros usos y divulgaciones

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarle a recibir atención médica. Podemos usar su información médica y compartirla con expertos que lo están tratando. *Ejemplo: un médico nos envía su diagnóstico y plan de atención para que podamos programar más cuidados.*

Para pagar por su atención médica. Usaremos y divulgaremos su información médica al pagar por su atención médica. *Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.*

Para las operaciones del plan. Podemos usar o compartir su información médica para llevar adelante nuestro plan de salud. *Ejemplo: podemos brindarle su información médica a grupos externos para que puedan ayudarnos a dirigir el plan de salud. Los grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. Ellos también mantienen la confidencialidad de su información.*



Podemos compartir su información de otras formas. Esto, con frecuencia, es para contribuir con el bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas normas de la ley antes de poder compartir su información. Consulte <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html> para obtener más información.

Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública. Los objetivos son:

- Prevenir enfermedades.
- Colaborar con el retiro de productos.
- Informar sobre reacciones nocivas a medicamentos.
- Denunciar una sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o a la seguridad de una persona.

Para fines de investigación. Podemos usar o compartir su información médica para investigaciones de salud. Podemos hacerlo si se cumplen determinadas reglas sobre la privacidad.

Para cumplir con la ley. Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos necesita asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Para responder a solicitudes en caso de que muera. Podemos compartirla con grupos de donación de órganos. Además, podemos compartirla con un médico forense, examinador médico o director de funeraria.

Para atender determinadas órdenes. Podemos usar o compartir su información médica por las siguientes causas:

- Para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores.
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario policial.
- Con organismos de supervisión de la salud para actividades permitidas por la ley.
- Para funciones especiales, como ser militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Para responder a demandas y acciones legales. Podemos compartirla con base en una orden judicial o legal. También podemos recopilar información no identificable que no pueda rastrearse hasta usted.

Nuestras responsabilidades

- Protegemos su información médica de muchas formas. Esto incluye información escrita, verbal en línea.
 - Nuestro personal está capacitado para proteger su información.
 - Se habla sobre su información de manera que no se escuche por casualidad de forma inadecuada.
 - Nos aseguramos de que nuestras computadoras estén protegidas mediante el uso de firewalls y contraseñas.
 - Limitamos quién tiene acceso a su información médica. Nos aseguramos de que solamente aquellos empleados que tienen un motivo comercial para acceder a la información puedan hacerlo.
- De acuerdo con la ley, debemos mantener la privacidad y la seguridad de la información médica protegida y entregarle una copia de este aviso.



- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de un modo diferente a los que se indican aquí, a menos que usted nos indique lo contrario por escrito. Puede cambiar de opinión cuando usted así lo desee y comunicárnoslo por escrito.

Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Fecha de entrada en vigencia y cambios en los términos de este aviso

Este aviso se encuentra en vigencia desde el 28 de abril de 2017. Debemos cumplir con los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si cambiamos el aviso, el nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto sucede, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Asimismo, puede pedir una copia impresa de nuestro aviso al Funcionario de privacidad.



Teléfono: 1-833-230-2005 (TDD/TTY: 711)



Correo electrónico: HIPAAPrivacyOfficer@CareSource.com



Correo postal: CareSource PASSE Attn: Privacy Officer P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738

La información aquí provista es para uso general solamente. No pretende constituir un asesoramiento legal.





GESTIÓN DE USO

Nuestro equipo de Gestión de uso (Utilization Management, UM) revisa la atención médica que obtiene en función de un conjunto de directrices.

Revisamos su atención para asegurarnos de que obtenga la mejor de acuerdo con sus necesidades. Puede preguntar cómo se revisa la atención.

Puede preguntar sobre:

- Revisión previa al servicio.
- Examen de concurrencia de urgencia.
- Revisión posterior al servicio.
- Presentación de una apelación.

No recompensamos a los proveedores ni a nuestro personal por negar servicios. Queremos que reciba la atención que necesita. Podemos conseguirle un intérprete si su idioma primario o el de su familia no es inglés. También podemos ayudarle si tiene problemas de visión, audición o dificultades para leer.

Llame a Servicios para Afiliados y pregunte por el equipo de UM si tiene preguntas. Estamos abiertos para recibir llamadas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central. Luego de este horario, puede dejar un mensaje acerca de algún problema relacionado con UM. Comuníquese con UM usando el formulario **Cuéntenos** que se encuentra en **CareSourcePASSE.com**.

Plazos para las autorizaciones

Decidiremos las solicitudes estándar dentro de los dos días hábiles luego de obtener la información que necesitamos. Le informaremos a usted y a su proveedor si se ha aprobado. Usted, su proveedor o CareSource PASSE pueden solicitar más tiempo para revisarlas. La revisión puede tomar hasta dos semanas.

Su proveedor o CareSource PASSE pueden pedir una autorización urgente. Esto evitaría:

- ✓ Una amenaza grave para la vida, la integridad física o la vista.
- ✓ Peor funcionamiento o daño a cualquier parte del cuerpo que amenaza la capacidad del cuerpo para mejorar.
- ✓ Dolor que no se puede controlar sin atención médica rápida.

¿Tiene un problema de salud? Llame a CareSource24, nuestra Línea de asesoría en enfermería, al **1-833-687-7305** (TDD/TTY: 711). Estamos aquí las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre proveedores en **findadoctor.CareSource.com**.



Nosotros decidiremos estas solicitudes en un día hábil. Podemos solicitar hasta cinco días hábiles para la revisión.

Autorizaciones de nueva atención

Podemos decidir cubrir un nuevo tratamiento que no esté cubierto por Medicaid. Puede tratarse de nuevos:

- Servicios de atención médica
- Dispositivos médicos
- Terapias
- Tratamientos

Revisión de nuevas tecnologías

Utilizamos la investigación y los avances en la ciencia para asegurarnos de que usted reciba atención de calidad. Esta revisión está alineada con nuestros beneficios, por lo que contamos con la atención médica más actualizada, eficaz y asequible.

Determinación de los servicios

Dentro del marco de la Gestión de uso (Utilization management, UM), existe un equipo especializado denominado Determinación de los servicios. La Determinación de los servicios se centra en la prestación de servicios de HCBS utilizando su PCSP como guía principal para la atención. También usamos pautas clínicas y prácticas recomendadas. Saber lo que desea de su vida ayuda a impulsar qué servicios y apoyos son necesarios para cumplir sus metas.





FRAUDE, MALVERSACIÓN, ABUSO Y SOBREPAGO

Nuestro equipo de Integridad del Programa maneja casos de fraude, malversación, abuso o pagos en exceso. Algunos ejemplos son:

Proveedores que:

- Solicitan medicamentos, equipos o servicios que no se consideren médicamente necesarios.
- No brindan servicios médicamente necesarios debido a las bajas tasas de reembolso.
- Facturan pruebas o atención que no proporcionan.
- Utilicen intencionadamente el código médico incorrecto para recibir más dinero.
- Le hacen venir a más visitas de las que usted necesita.
- Facturan atención médica más costosa que la que usted recibe.
- Ordenan servicios desagregados para obtener un reembolso mayor.

Farmacias que:

- No surten las recetas según lo prescribe su proveedor.
- Envían reclamos por un medicamento de marca que cuesta más, pero le proveen un medicamento genérico o uno menos caro.
- Le proveen menos cantidad que la prescrita y no le informan que debe recibir el resto de los medicamentos.

Afiliados que:

- Venden medicamentos con receta o tratan de obtener medicamentos controlados de más de un médico o farmacia.
- Cambian o falsifican recetas.
- Usan analgésicos que no necesitan.
- Comparten su tarjeta de ID con otra persona.
- No informan que cuentan con la cobertura de otro seguro.
- Obtienen equipos y suministros que no necesitan.
- Obtienen atención o medicamentos con la identificación (ID) de otra persona.
- Manifiestan tener síntomas falsos para obtener tratamiento, medicamentos y otra atención.
- Concurren varias veces a la sala de emergencias (ER) por problemas que no son de emergencia.
- Mienten sobre su derecho a Medicaid.

Si se comprueba que hizo un uso indebido de sus beneficios cubiertos, podría:

- Tener que reembolsar cualquier importe que hayamos pagado por atención innecesaria.
- Enfrentar un cargo por un delito e ir a prisión.
- Perder sus beneficios de Medicaid.

Palabras que debe conocer

Fraude: se refiere al uso o la obtención de beneficios de forma malintencionada.

Malversación: utilizar más beneficios de los que se necesitan.

Abuso: una acción que genera costos innecesarios para CareSource PASSE.

Sobrepago: cuando CareSource PASSE paga por atención que no es necesaria.



Si sospecha que se cometió fraude, malversación, abuso o sobrepago:



Llame al: 1-844-415-1272 (TDD/TTY: 711).



Complete el Formulario de denuncia de fraude, malversación y abuso. Se encuentra en **CareSourcePASSE.com** debajo de *Formularios*. También podemos enviarle una copia impresa por correo postal.



Escriba una carta a: CareSource PASSE
Attn: Program Integrity
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940

Usted no tiene que darnos su nombre cuando escriba o nos llame. Si no le preocupa dar su nombre, también puede enviarnos un correo electrónico* o un fax. Proporcionenos todos los datos que pueda. Agregue nombres y números de teléfono. Si no recibimos su nombre, no podremos devolverle la llamada para obtener más información. Lo que comparta se mantendrá bajo confidencialidad, según lo permita la ley.



Correo electrónico: fraud@CareSource.com



Fax: 1-800-418-0248

*Si su correo electrónico no es seguro, otros podrían leer su correo electrónico sin que usted lo sepa o dé su consentimiento. Por favor, no use el correo electrónico para enviarnos un número de ID de afiliado, número de seguro social o información médica. Use el formulario o el número de teléfono que figura arriba. Esto puede ayudar a proteger su privacidad.

Gracias por ayudarnos a mantener fuera del sistema de atención médica el fraude, la malversación, el abuso y el sobrepago.





QUEJAS Y APELACIONES

Infórmenos si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión tomada por nosotros o nuestros proveedores. Llame a Servicios para Afiliados si necesita ayuda para presentar una queja o una apelación.

Quejas

Una queja es una reclamación formal sobre CareSource PASSE, nuestros proveedores o la atención que recibe. Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja en cualquier momento.

Palabras que debe conocer

Representante autorizado: una persona a quien usted autoriza para que tome decisiones de salud en su nombre. Debemos tenerlo registrado por escrito.

Queja: es un reclamo formal sobre nosotros, nuestros proveedores o la atención que recibe.



Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711). También podemos enviarle un formulario impreso por correo postal.



Complete el formulario de quejas y apelaciones. Se encuentra en **CareSourcePASSE.com** debajo de *Formularios*. También podemos enviarle una copia impresa por correo postal.



Envíe una carta por correo postal a:
CareSource PASSE
Attn: Member Grievances
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

Proceso de quejas

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles para comunicarle que hemos recibido su queja. Le responderemos en un plazo de 30 días. Las personas que deciden respecto de las quejas son profesionales de atención médica. Informan al director médico de CareSource PASSE. No forman parte de revisiones ni decisiones previas.

Llame a Servicios para Afiliados si no está satisfecho con nuestra decisión. También puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas.



Envíe una carta por correo postal a:

Arkansas Department of Human Services Division of Medical Services
P.O. Box 1437 Slot S-418 Little Rock, AR 72203-1437



Llame al: 501-682-8292 (TTY/TDD: 711)



Fax: 501-682-1197



Apelaciones

Una apelación es la forma en que usted nos pide que revisemos nuestra decisión. Podría recibir una carta de decisión informándole que un servicio termina. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo. Debe solicitarla dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta. Usted o su representante autorizado puede presentar la apelación.



Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711). También podemos enviarle un formulario impreso por correo postal.



Complete el formulario de quejas y apelaciones. Se encuentra en **CareSourcePASSE.com** debajo de *Formularios*. También podemos enviarle una copia impresa por correo postal.



Envíe una carta por correo postal a:
CareSource PASSE Attn: Member Appeals
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

Palabras que debe conocer

Apelación: solicitar que revisemos una decisión por la que se denegó un beneficio o servicio.

Expedita: apresurarse, acelerar o hacer que algo vaya más rápido.

¿Quién puede solicitar una apelación?

- Usted.
- Su proveedor con su consentimiento por escrito.
- Alguien que usted indique que puede actuar en su nombre.
- Su padre, madre o tutor legal.
- Un abogado con su consentimiento por escrito.

¿Cuándo puede solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión. Le informaremos por escrito dentro de un plazo de 5 días hábiles de que la hayamos recibido. Le daremos una respuesta dentro de los 30 días calendario una vez que recibamos su apelación. Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Puede solicitar una apelación expedita (rápida) por escrito o por teléfono. Si usted o su proveedor creen que esperar hasta 30 días calendario para una decisión podría poner en riesgo grave su vida o su salud, infórmenos. El riesgo grave para su vida o salud significa que usted no pueda alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo.

Si acordamos que necesita una apelación expedita, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no estamos de acuerdo, le llamaremos a más tardar al cierre de la jornada laboral de ese día. También le enviaremos una carta con el motivo de la demora en un plazo de dos días calendario. Tomaremos una decisión en un plazo de 30 días calendario.



Debe presentar una apelación expedita en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión. Un revisor calificado que no formó parte de la primera decisión la revisará. Podemos extender la revisión hasta por 14 días calendario. Podemos hacerlo si usted solicita una extensión. También podemos extenderla si necesitamos más información y es lo mejor para usted.

¿Qué debe incluir su apelación?

- ✓ Su nombre.
- ✓ Su ID de afiliado.
- ✓ El nombre del proveedor.
- ✓ La fecha del servicio.
- ✓ El motivo de la apelación.
- ✓ Información que desee adjuntar.
- ✓ Un número de teléfono donde podamos localizarle.

¿Quién puede ayudarle a presentar su apelación?

Su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados pueden ayudarle a presentar su apelación.

¿Cómo seguir recibiendo los servicios durante la apelación?

Si está recibiendo servicios aprobados que ahora están denegados, tiene derecho a seguir recibéndolos durante el proceso de apelación. Su apelación debe indicar claramente que desea seguir recibiendo los servicios. Debe informarnos de ello en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha indicada en su carta de decisión. Si continúa recibiendo el servicio, es posible que deba pagar si:

- Retira la apelación.
- La decisión no es a su favor.
- El período o límite del servicio que ha sido aprobado ha expirado.

Audiencias estatales imparciales

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia estatal imparcial si no está de acuerdo con la decisión de la apelación. También puede solicitarla si no se resuelve en un plazo de 30 días calendario para una solicitud estándar o 72 horas para una solicitud expedita. Debe solicitar una audiencia en un **plazo de 90 días calendario** a partir de la fecha de la carta de decisión.

¿Cómo solicita una audiencia estatal imparcial?



O envíe una carta a:

DHS Office of Appeals and Hearings
P.O. Box 1437 Slot S-101
Little Rock, AR 72203-1437



Llame al:

501-682-8622 (TTY/TDD: 711)



Fax:

501-404-4628



Correo electrónico:

DHS.appeals@DHS.arkansas.gov



¿Quién puede solicitar una audiencia estatal imparcial?

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia estatal imparcial. Después de que la solicite:

- Facilitaremos las cartas de la Determinación adversa de beneficios y el Aviso de resolución de la apelación en un plazo de 2 días hábiles a la Oficina de Apelaciones y Audiencias del DHS (DHS Office of Appeals and Hearings).
- Le enviaremos un expediente con evidencias a usted y al funcionario de audiencias estatales imparciales dentro de un plazo de 10 días hábiles.

¿Quién puede representarlo en una audiencia imparcial estatal?

Tiene derecho a que lo represente un abogado, si así lo desea.

¿Cómo seguir recibiendo servicios durante una audiencia estatal imparcial?

Si está recibiendo servicios aprobados que ahora están denegados, tiene derecho a seguir recibéndolos durante el proceso de apelación. Debe solicitar continuar recibiendo los servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha indicada en su carta de decisión. Si continúa recibiendo el servicio, es posible que deba pagar si:

- Retira la solicitud de una audiencia.
- Retira la solicitud de continuidad de los servicios.
- La decisión no es a su favor.

¿Qué sucede en una audiencia estatal imparcial?

Expondremos por qué tomamos nuestra decisión. A continuación, usted expondrá por qué cree que nos equivocamos. El funcionario de audiencias escuchará y decidirá quién tiene la razón. Su decisión se basará en la información proporcionada y en si seguimos las normas.

- Si la decisión es a su favor, le proporcionaremos los servicios tan pronto como sea posible. No pasarán más de 72 horas después de la decisión.
- Si no resulta a su favor, podemos pedirle que pague los servicios que recibió mientras la apelación o la audiencia estatal imparcial estaban en curso.





SIGNIFICADOS DE LOS TÉRMINOS

Abuso: una acción que causa costos innecesarios.

Directiva anticipada: registro escrito sobre su atención y tratamiento futuros.

Determinación adversa de beneficios: se refiere a cualquiera de estas:

- Denegar o limitar un servicio. Esto se basa en el tipo o nivel, la necesidad médica, la idoneidad, el entorno o éxito de un beneficio cubierto.
- Reducir, retrasar o detener un servicio aprobado previamente.
- Denegar una parte o todo el pago por un servicio.
- No brindar la atención a tiempo.
- CareSource PASSE no actúa dentro de los plazos adecuados.
- Denegar su derecho a impugnar un cargo.

Apelación: solicitar que revisemos una decisión por la que se denegó un beneficio o servicio.

Cita médica: una visita que programa para hacerle una consulta a un proveedor.

Evaluación independiente de Arkansas (Arkansas Independent Assessment, ARIA): es

una evaluación que determina si usted puede ser parte del programa PASSE. Esto lo realiza una persona que no trabaja para el DHS, PASSE o un proveedor.

Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT): es un estilo de atención de salud mental basado en un equipo. Ofrece atención personalizada si tiene una afección de salud mental grave. Los equipos de ACT pueden ayudarlo con sus medicamentos y enseñarle habilidades para alcanzar sus objetivos. El ACT le brinda flexibilidad con respecto a cuándo y dónde recibe los servicios.

Representante autorizado: una persona a quien usted autoriza para que tome decisiones de salud en su nombre. Debemos tenerlo registrado por escrito.

Servicios de salud conductual: prevenir, diagnosticar y tratar problemas de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias.

Beneficios: sus servicios de atención médica cubiertos. Los beneficios también son los programas y servicios adicionales a los que tiene derecho por ser afiliado a CareSource PASSE.



Días hábiles: lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, excepto los días festivos.

Días calendario: cada día en un calendario, incluidos los fines de semana y días festivos.

Coordinación de la atención: todas las partes de su atención, los servicios y los apoyos que se coordinan de forma continua e ininterrumpida.

Coordinador de la atención: su principal punto de contacto para su atención médica. Le ayuda a hacer seguimiento de todos sus proveedores y servicios de salud.

Afección de salud crónica: es un problema que afecta su salud durante un período prolongado.

Reclamo: es la solicitud de un beneficio hecha por usted o por el proveedor para servicios que considera que están cubiertos. Esto incluye un reembolso si ya pagó por el servicio.

Centros comunitarios de salud mental: son los consultorios que le brindan atención de salud mental.

Proveedores de sistemas de apoyo comunitario (Community Support Systems Providers, CSSP): atienden sus discapacidades de salud conductual, intelectuales o del desarrollo.

Afección: una enfermedad o problema de salud.

Consentimiento: permitir o aceptar.

Copago: parte del costo de la atención que debe pagar.

Servicios cubiertos: atención médica médicamente necesaria por la que pagamos.

DHS: Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (Arkansas Department of Human Services).

Diagnóstico: pruebas para averiguar cuál es su problema de salud.

Desafiliación: dar de baja a un afiliado a CareSource PASSE.

Equipo médico permanente (DME): equipo que puede utilizarse más de una vez para servicios médicos.

Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT): una forma de estimulación cerebral. La ECT envía ondas eléctricas al cerebro. Puede ayudar a tratar los síntomas en personas con depresión o trastorno bipolar cuando otros tratamientos han fallado. La ECT puede comenzar durante una estadía en el hospital. Puede tener lugar en el hospital o en un ámbito ambulatorio.

Menor emancipado: una persona menor de 18 años legalmente desvinculada del control parental.

Atención de emergencia: atención que recibe por problemas que ponen en riesgo su vida y que deben tratarse de inmediato.

Afección médica de emergencia: es una enfermedad, lesión, síntoma o afección que requiere atención inmediata. Si no recibe esta atención:

- Su salud podría estar en peligro; o
- Tendría problemas con sus funciones corporales; o
- Sufriría daños en una parte u órgano de su cuerpo.

EPSDT: detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (**E**arly and **P**eriodic **S**creening, **D**iagnostic and **T**reatment). Se trata de atención preventiva que se brinda a los menores de 21 años.

Servicios excluidos: atención que no pagamos ni cubrimos.

Revisión expedita: es un proceso para ayudarle a obtener la atención que solicita de forma más rápida.

Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB): una declaración que puede obtener que muestra qué servicios de atención médica se facturaron y cómo se pagaron. Una EOB no es una factura.

Fraude: uso indebido intencional de los beneficios.

Queja: una reclamación acerca de nosotros o nuestros proveedores.



Tutor: una persona nombrada por un tribunal para ser legalmente responsable de otra persona.

Servicios y dispositivos de habilitación: atención médica que le ayuda a mantener, aprender o corregir habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades.

Servicios de atención médica: tratamientos preventivos o de diagnóstico relacionados con su salud.

Seguro de salud: es un contrato que garantiza que su aseguradora de salud pague los costos de atención médica cubiertos.

Servicios domiciliarios y basados en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS): es un programa que le permite quedarse en casa y en su comunidad en lugar de ir a un hogar de ancianos u otro ámbito de atención.

Atención médica domiciliaria: todos los servicios médicos y de salud que proporciona un proveedor en su domicilio.

Servicios de hospicio: servicios que brindan atención y apoyo a una persona en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalización: atención en un hospital. A menudo incluye una estadía de una noche.

Atención para paciente internado: servicios que recibe cuando lo ingresan en un hospital. Es cuando usted pasa al menos una noche en un hospital para recibir atención.

Medicaid: es el programa federal de seguro de salud para familias de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidades y otras.

Medicamento necesario: atención necesaria para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas.

Afiliado: una persona que forma parte de CareSource PASSE.

Proveedor de la red: un médico, hospital, farmacia u otro proveedor que brinda atención médica a los afiliados a CareSource PASSE. La herramienta **Encontrar un médico** tiene la lista más actualizada de los proveedores de la red cerca de usted. Visite **findadoctor.CareSource.com**.

Apoyos y servicios comunitarios no médicos (Nonmedical Community Supports and Services, NCSS): servicios que impiden o retrasan la necesidad de ingresar en una institución o le ayudan a prepararse para salir de ella. Le ayudan a vivir de forma segura en su propio hogar o en la comunidad. Esto podría ser bañarse, vestirse, hacer las compras o ayuda para moverse.

Notificación de acción (Notice of Action, NOA): es una carta que usted recibe cuando tomamos una decisión sobre su atención. Cuenta con:

- La acción planificada.
- El motivo de la acción planificada.
- La reglamentación o ley que respalda la acción.

La carta repasará su derecho a apelar la decisión. Le indica cómo solicitar una audiencia estatal imparcial. También le indica cómo solicitar la continuidad de los servicios durante una apelación o audiencia estatal imparcial.

Obstetras y ginecólogos (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN): proveedores que cuidan los órganos reproductivos femeninos.

Optometristas: proveedores proporcionan atención para los ojos y la visión.

Proveedor fuera de la red: un médico, un hospital, una farmacia u otro tipo de proveedor que no haya firmado un contrato para atender a los afiliados a CareSource PASSE. No pagaremos por los servicios de estos proveedores a menos que se trate de una emergencia, hayamos dado autorización previa o usted reciba servicios de planificación familiar.

Atención ambulatoria: un procedimiento que puede realizarse sin pasar la noche en el hospital.



Medicamento de venta libre (Over-the-Counter, OTC): un medicamento que, con frecuencia, se puede comprar sin receta.

Equipo centrado en la persona (Person-Centered Team, PCT): su equipo puede incluir a su familia o sus cuidadores, amigos, sus especialistas y su proveedor de atención primaria, de salud conductual y proveedores de servicios de exención y de atención médica a domicilio.

Plan de servicios centrado en la persona (Person-Centered Service Plan, PCSP): su plan de atención general. Puede ayudarle a vivir de forma segura en su hogar y comunidad. Enumerará los servicios que recibe y lo que necesita.

Farmacéuticos: proveedores que ayudan con recetas y otros medicamentos.

Farmacia: el lugar a donde va para obtener medicamentos o surtir las recetas.

Psicólogos: son expertos capacitados en salud mental. No recetan medicamentos.

Servicios médicos: atención médica que un médico le brinda o coordina.

Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL): una lista de los medicamentos que cubrimos. Esto se conocen como formulario.

Receta: la orden de un proveedor para su medicamento.

Atención preventiva: atención de rutina, como evaluaciones de detección y exámenes. Recibe esta atención para ayudar a evitar que ocurra un problema de salud.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico que usted elige como su médico personal. Es quien le proporcionará atención para la mayoría de sus necesidades médicas.

Autorización previa: autorización que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. El servicio debe ser médicamente necesario para recibir atención. Su proveedor se hará cargo de esto por usted.

Directorio de proveedores: una lista de los proveedores que pertenecen a la red de CareSource PASSE. La herramienta **Encontrar un médico** tiene la lista más actualizada de proveedores cerca de usted. Visite **findadoctor.CareSource.com**.

Entidad de ahorros compartidos dirigida por proveedores de Arkansas (Provider-led Arkansas Shared Savings Entity, PASSE): un plan que aborda todas las necesidades de salud de los afiliados a Medicaid que tienen trastornos de salud conductual o discapacidades del desarrollo intelectual.

Psicoterapia: es cuando habla sobre sus sentimientos, su estado de ánimo o sus pensamientos con un consejero o terapeuta con licencia. Puede aprender habilidades para cambiar comportamientos, ayudar en sus relaciones con los demás y manejar los síntomas. Estas sesiones pueden ser individuales o con seres queridos. Esto también se conoce como asesoramiento o psicoterapia.

Evaluación diagnóstica psiquiátrica: cuando un proveedor de salud mental examina sus antecedentes médicos y necesidades sociales y los de su familia. El proveedor puede darle un diagnóstico en función de lo que usted comparta y ayuda para que reciba el tratamiento que necesite. También pueden conectarlo con otros servicios útiles.

Derivación: es una orden por escrito de su proveedor para que consulte a un especialista o reciba cierta atención médica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y las funciones para la vida diaria. Es posible que estas habilidades se hayan perdido o visto afectadas porque estaba enfermo, lesionado o discapacitado.

Programar: concertar una cita para una consulta futura.

Examen/Evaluación de detección: una prueba que se para detectar problemas de salud o enfermedades.



Determinación de los servicios: un equipo que ha trabajado con personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo. Se centran en todas las solicitudes de salud conductual para la Gestión de uso.

Atención de enfermería especializada: atención de parte del personal de enfermería con licencia que se proporciona en el hogar del paciente o en un centro de enfermería.

Especialista: un médico que se enfoca en cierto tipo de medicina o tiene capacitación especial en cierto tipo de atención médica.

Consumo de sustancias: uso nocivo de sustancias como el alcohol y las drogas ilegales.

Síntoma: algo que siente, ve o escucha y que podría ser señal de una lesión o enfermedad.

Telesalud: una visita a un proveedor por medio de un teléfono o una computadora.

Estimulación magnética transcraneal

(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS): la TMS utiliza imanes para estimular las neuronas en el cerebro. Esto puede ayudar a mejorar los síntomas de depresión. Con frecuencia, la TMS se lleva a cabo en un consultorio o en un ámbito ambulatorio.

Atención de urgencia: lugar donde obtener atención médica para una lesión o enfermedad que requiere tratamiento inmediato. La mayoría de las veces no representa un peligro de muerte.

Gestión de uso: una revisión de la atención que recibe para garantizar que funciona y es la necesaria.

Malversación: usar más beneficios de los que se necesitan.

