

# AMERIGROUP<sup>®</sup> *Community Care*

## Manual Para Miembros



**STAR+PLUS**

PROGRAM

Your Health Plan ■ Your Choice

1-800-600-4441

AMERIGROUP Texas, Inc.

Harris Service Delivery Area

Miembros Con Cubierta De  
Medicare Y Medicaid

[www.myamerigroup.com](http://www.myamerigroup.com)

LIVE WELL • VIVA BIEN



---

SI NECESITA AYUDA, LLAME AL SERVICIOS DEL AFILIADO O LA LÍNEA DE AYUDA DE ENFERMERÍA DE 24 HORAS • 1-800-600-4441

Estimado miembro:

Bienvenido a AMERIGROUP Community Care. Nos complace que nos haya escogido para hacer los arreglos para que usted reciba los beneficios de AMERIGROUP Community Care.

El Manual para Miembros le indica cómo trabaja AMERIGROUP Community Care y cómo cuidar bien su salud. También le muestra cómo obtener atención médica cuando sea necesaria.

Dentro de unos días, usted recibirá de nosotros su tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care y más información. La tarjeta de identificación le indicará cuándo comienza su membresía en AMERIGROUP Community Care.

Queremos saber de usted. Llame al **1-800-600-4441**. Puede hablar con un Representante de Servicios para Miembros sobre sus beneficios. También puede hablar con una enfermera en nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras.

Gracias por escogernos como su plan de salud.

Atentamente,

A handwritten signature in cursive script that reads "Catheryn Rossberg".

Catheryn Rossberg  
Chief Operating Officer  
AMERIGROUP Community Care

**AMERIGROUP COMMUNITY CARE MEMBER HANDBOOK**  
**PROGRAMA STAR+PLUS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**  
**MANUAL PARA MIEMBROS CON COBERTURA DE MEDICARE Y MEDICAID**

Área de Servicio de Harris  
 6700 West Loop South Ste 200  
 Bellaire, TX 77401

**1-800-600-4441**

www.myamerigroup.com

**¡BIENVENIDO A AMERIGROUP COMMUNITY CARE!**

Este Manual para Miembros le indicará cómo usar los servicios de AMERIGROUP Community Care para recibir la atención médica a largo plazo que necesita.

**Aquí Encontrará la Información que Necesita**

<b>¡BIENVENIDO A AMERIGROUP COMMUNITY CARE!</b> . . . . . 3	<b>SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID DE PAGO POR SERVICIO</b> . . . . . 8
INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD . . . . . 3	<b>ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL</b> . . . . . 8
CÓMO CONSEGUIR AYUDA . . . . . 3	CÓMO RECIBIR ATENCIÓN CUANDO NO PUEDE SALIR DE CASA . 8
Departamento de Servicios para Miembros de AMERIGROUP Community Care . . . . . 3	<b>SERVICIOS ESPECIALES DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE PARA UNA VIDA SANA</b> . . . . . 8
Línea de Ayuda de Enfermeras de AMERIGROUP Community Care las 24 Horas . . . . . 3	INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD . . . . . 8
Otros Números Telefónicos Importantes . . . . . 4	CLASES DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD . . . . . 9
Su Manual para Miembros de AMERIGROUP Community Care . . . . 4	ACTIVIDADES COMUNITARIAS . . . . . 9
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE . . . . . 4	VIOLENCIA DOMÉSTICA . . . . . 9
SU FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID (FORMA 3087) . . . . 4	MENORES DE EDAD . . . . . 9
<b>SU EQUIPO DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE</b> . . . . . 5	<b>CÓMO HACER UN “TESTAMENTO VITAL” (DIRECTIVAS ANTICIPADAS)</b> . . . . . 10
CÓMO ASEGURARSE DE QUE SIGA RECIBIENDO LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DISCAPACITADAS (CCAD) O DEL PROGRAMA OPCIONAL DE ALTERNATIVAS EN LA COMUNIDAD (CBA). . . . . 6	<b>QUEJAS Y APELACIONES</b> . . . . . 10
SI CREE QUE NECESITA OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y APOYO . . . . . 6	QUEJAS . . . . . 10
<b>SU PLAN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE</b> . 6	Primer Nivel de Queja . . . . . 10
<b>CÓMO CAMBIAR SU PLAN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE</b> . . . . . 6	Segundo Nivel de Queja . . . . . 10
<b>¿Y SI NECESITO ATENCIÓN MÉDICA?</b> . . . . . 6	APELACIONES MÉDICAS . . . . . 11
<b>¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?</b> . . . . . 7	Primer Nivel de Apelación . . . . . 11
STAR+PLUS DE MEDICAID Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y APOYO . . . . . 7	Segundo Nivel de Apelación/Revisión de un Especialista . . . . . 12
BENEFICIOS ADICIONALES DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE . . 8	AUDIENCIA IMPARCIAL . . . . . 12
CÓMO CANCELAR UNA CITA . . . . . 8	APELACIONES PARA SERVICIOS A LARGO PLAZO . . . . . 12
<b>¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS DE STAR+PLUS SI NO LOS HE RECIBIDO ANTES?</b> . . . . . 8	APELACIONES ACCELERADAS . . . . . 13
	APELACIONES DE PAGO . . . . . 13
	<b>OTRA INFORMACIÓN</b> . . . . . 14
	SI SE MUDA . . . . . 14
	SI YA NO LLENA LOS REQUISITOS PARA RECIBIR MEDICAID . . . . 14
	CÓMO CANCELAR LA MEMBRESÍA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE . . . . . 14
	MOTIVOS POR LOS QUE SU MEMBRESÍA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE PUEDE SER CANCELADA . . . . . 14

SI RECIBE UNA CUENTA .....15

SI TIENE OTRO SEGURO MÉDICO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS) .....15

CAMBIOS EN SU COBERTURA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE .....15

CÓMO AVISAR A AMERIGROUP COMMUNITY CARE DE LOS CAMBIOS QUE USTED CREE QUE DEBERÍAMOS HACER ..... 15

CÓMO PAGA AMERIGROUP COMMUNITY CARE A LOS PROVEEDORES ..... 15

**SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE ..... 16**

SUS DERECHOS ..... 16

SUS RESPONSABILIDADES ..... 17

CÓMO DENUNCIAR A UNA PERSONA QUE ESTÁ ABUSANDO DEL PROGRAMA DE MEDICAID ..... 18

## ¡BIENVENIDO A AMERIGROUP COMMUNITY CARE!

### INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD

Bienvenido a AMERIGROUP Texas, INC., prestando servicios como AMERIGROUP Community Care. AMERIGROUP Community Care es una asociación para la conservación de la salud (HMO) que se compromete a brindarle la atención adecuada cerca de su casa. Usted se ha inscrito en AMERIGROUP para recibir servicios de STAR+PLUS de atención a largo plazo por medio del programa de Medicaid de Texas.

Este manual le ayudará a entender los servicios de atención a largo plazo de STAR+PLUS que AMERIGROUP Community Care ofrece. Este manual es para los miembros que viven en el área de servicio de Harris, la cual incluye los condados de Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Montgomery y Waller. Si se muda a una de estas áreas de servicio o la abandona, llame de inmediato a Servicios para Miembros. Ver la sección "Si se muda" para más información.

Es posible que esté recibiendo servicios de atención médica de su proveedor de cuidado primario, o PCP, por medio de Medicare tradicional y de un plan de medicamentos con receta o de un plan Advantage de Medicare que incluye cobertura parte D. Si vive en el condado de Harris, también es posible que esté obteniendo sus servicios de atención médica de Medicare por medio del plan AMERIVANTAGE, un plan Advantage de Medicare ofrecido por AMERIGROUP Community Care. Si está inscrito en el plan AMERIVANTAGE, por favor también lea la Prueba de cobertura y el Manual para Miembros de AMERIVANTAGE para saber todos los detalles sobre sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta y cómo funcionan junto con los beneficios que recibe de Medicaid. Si no tiene un PCP, llame a la compañía que le brinda servicios de Medicare para escoger a uno.

### CÓMO CONSEGUIR AYUDA

#### Departamento de Servicios para Miembros de AMERIGROUP Community Care

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios del plan de salud de AMERIGROUP Community Care, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-600-4441. Puede llamarnos de **lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.**, hora central, a excepción de los días festivos. Si llama después de las 6 p.m. o en un día festivo, puede dejar un mensaje

grabado. Un Representante de Servicios para Miembros lo llamará el siguiente día hábil. El personal de Servicios para Miembros puede ayudarle con:

- Este Manual para Miembros
- Tarjetas de identificación de miembro
- Su equipo de coordinación de servicios de AMERIGROUP Community Care
- Qué hacer si cree que necesita servicios de atención a largo plazo
- Atención médica especial
- Servicios para una vida sana
- Quejas y apelaciones
- Derechos y responsabilidades

También llame a Servicios para Miembros si:

- Quiere pedir una copia del Aviso de Normas sobre la Privacidad de AMERIGROUP Community Care. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede usted tener acceso a ella.
- Se muda. Necesitaremos saber su dirección y número telefónico nuevos. Tiene que llamar a la oficina de elegibilidad local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para avisar sobre su nueva dirección.

Para los miembros que no hablan inglés, podemos atenderlos en muchos dialectos e idiomas, entre ellos, el español. Este servicio también está disponible para las visitas al doctor, sin costo alguno para usted. Por favor, avísenos con por lo menos 24 horas de anticipación si necesita los servicios de un intérprete. Llame a Servicios para Miembros para recibir más información.

Los miembros que tienen déficit auditivo pueden llamar gratis al AT&T Relay Service al 1-800-855-2880. AMERIGROUP Community Care coordina y paga los servicios de un intérprete de lenguaje de señas para que le ayude durante las visitas con el doctor. Por favor, avísenos con por lo menos 24 horas de anticipación si necesita los servicios de un intérprete.

#### Línea de Ayuda de Enfermeras de AMERIGROUP Community Care las 24 Horas

Puede llamar a la Línea de Enfermeras las 24 horas al 1-800-600-4441 si necesita consejo sobre:

- Qué tan pronto debe atender su enfermedad;
- Qué tipo de atención médica necesita;
- Cómo puede conseguir la atención que necesita.



Queremos que esté contento con todos los servicios que obtiene por medio de AMERIGROUP Community Care. Por favor, llame a Servicios para Miembros si tiene algún problema. AMERIGROUP Community Care quiere ayudarle a resolver cualquier problema que tenga con la atención.

### Otros Números Telefónicos Importantes

- El teléfono de la Línea de Texas de Notificación al Cliente es el 1-800-414-3406.
- La Línea de Ayuda del Programa STAR+PLUS es el 1-800-964-2777.
- El número de STARLink es el 1-866-566-8989; el número TDD de STARLink es el 1-866-222-4306.
- Para pedir transporte para acudir a las citas de atención a largo plazo, llame gratis al Programa de Transportación Médica al 1-877-633-8747, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

### Su Manual para Miembros de AMERIGROUP Community Care

Este manual le ayudará a entender su plan de salud de AMERIGROUP Community Care. Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. AMERIGROUP Community Care también tiene el Manual para Miembros en letra más grande, en audiocasete y en Braille. El otro lado de este manual es en inglés.

### SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Si aún no tiene la tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care, pronto le llegará. Favor de llevarla con usted en todo momento.

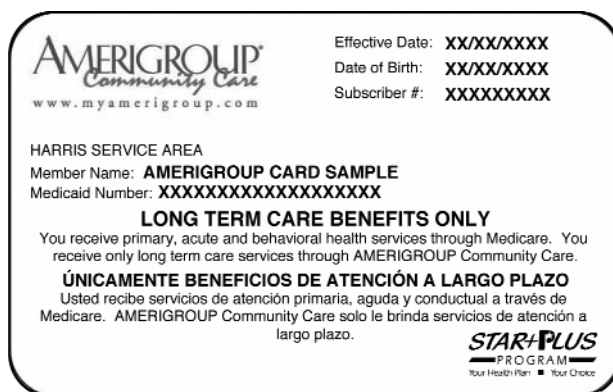
Si se inscribió en AMERIGROUP para recibir servicios de atención a largo plazo solamente, muestre su tarjeta de identificación a cualquier proveedor de atención a largo plazo que le brinde servicios. La tarjeta les informa a los proveedores que usted es miembro de AMERIGROUP Community Care, qué recibe beneficios de atención a largo plazo y cómo pagaremos la atención que recibe. También les informa que no deben pedirle que pague los servicios cubiertos por AMERIGROUP Community Care.

Si vive en el condado de Harris y está inscrito en el plan AMERIVANTAGE que AMERIGROUP Community Care ofrece, tendrá una tarjeta de identificación para mostrar a los proveedores. Tiene que usar su tarjeta

de identificación de AMERIVANTAGE para obtener los servicios cubiertos. Su tarjeta de identificación de AMERIVANTAGE les indicará a los proveedores que usted tiene Medicare, Medicaid y cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D por medio de AMERIVANTAGE.

En la tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care se encuentra la fecha en la que se inscribió en AMERIGROUP Community Care. La tarjeta tiene muchos de los números telefónicos importantes que tiene que saber, como el de nuestro Departamento de Servicios para Miembros y el de la Línea de Ayuda de Enfermeras.

Si pierde la tarjeta de identificación o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros. Le enviaremos una nueva.



### SU FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID (FORMA 3087)

Mientras llene los requisitos para Medicaid, cada mes recibirá por correo la forma de Medicaid. La forma tiene información importante sobre usted y les indica a los proveedores los servicios que puede recibir cada mes. Puesto que usted ahora participa en el programa STAR+PLUS, la forma será diferente a la forma tradicional de Medicaid. Verá el logotipo de STAR+PLUS en la esquina superior derecha de la forma. Esto les indicará a los proveedores que usted está inscrito en el Programa STAR+PLUS.

En el cuadro del lado superior derecho, la forma tendrá una fecha que indica su validez. Esto significa que la forma de Medicaid será válida hasta el último día del mes que aparece en el cuadro. La forma también indica su nombre y el nombre de cualquier miembro de la familia que sea parte de su caso de Medicaid.

Como miembro del Programa STAR+PLUS, la forma de Medicaid indicará debajo de cada nombre enumerado el nombre AMERIGROUP Community Care. Si el miembro es menor de 21 años y si le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas (EPSDT), también verá un aviso debajo del nombre. Tendrá que llamar a su PCP o a AMERIGROUP Community Care para hacer la cita para el chequeo.

La forma de Medicaid también indica que los adultos pueden recibir más de tres recetas cada mes. No olvide llevar la forma de Medicaid a la farmacia cuando vaya a que le surtan las recetas. La forma 3087 de STAR+PLUS no mostrará el beneficio de recetas ilimitadas para los miembros que están cubiertos por Medicare.

Además, la forma contiene la siguiente información.

**Date Run** – La fecha de impresión de la forma.

**BIN** – La información que usa la farmacia.

**BP** – El código que indica dónde vive usted.

**TP** – El tipo de programa de acuerdo con su caso.

**Cat** – La categoría de su caso.

**Case No.** – El número de su caso.

**ID No.** – Su número de Medicaid.

**Name** – Su nombre completo como figura en el programa de Medicaid.

**Date of Birth** – Su fecha de nacimiento por mes, día y año como figura en el programa de Medicaid.

**Sex** – El sexo de la persona, (F) para mujer, (M) para hombre.

**Eligibility Date** – La fecha cuando comienza la elegibilidad.

**TPR** – La clave para indicar si tiene otro seguro médico. Una “P” indica que está asegurado por una compañía privada, y una “M” indica que llena los requisitos de Medicare.

**Medicare No** – El número de Medicare, si tiene uno.

Asegúrese de leer el dorso de la forma de identificación de Medicaid. Le da más información sobre la misma. Además, tiene un cuadro con información específica para los proveedores.

**Tiene** que llevar la forma de Medicaid y la tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care para recibir cualquier servicio de atención médica. Tendrá que mostrar la forma de Medicaid y la tarjeta de AMERIGROUP Community Care cada vez que reciba servicios.

Si pierde la forma de Medicaid, comuníquese con la

Oficina de Elegibilidad local de la HHSC para pedir otra.

En este manual viene un ejemplo de la forma de identificación de Medicaid. Los proveedores también aceptan la Forma de identificación temporal (Forma 1027-A) como prueba de su elegibilidad para Medicaid si pierde su forma de identificación de Medicaid. Puede obtener esta forma también en la Oficina de Elegibilidad local de la HHSC.

## **SU EQUIPO DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

Se asigna un Coordinador de Servicios a todos los miembros de STAR+PLUS de AMERIGROUP Community Care cuando lo piden. El Coordinador de Servicios le ayudará a conseguir la atención que necesita. Es mejor que llame a Servicios para Miembros tan pronto como sea miembro de AMERIGROUP Community Care. Esto le ayudará a obtener un Coordinador de Servicios pronto. Los Coordinadores de Servicios trabajan en equipos que pueden consistir en:

- usted y un miembro de la familia o amigo
- un Coordinador de Servicios de AMERIGROUP Community Care
- representantes de Servicios para Miembros de AMERIGROUP Community Care locales o por teléfono, y
- sus proveedores de STAR+PLUS

Cuando llame, un Coordinador de Servicios hablará con usted sobre qué servicios puede necesitar. El Coordinador de Servicios hará una cita para visitarlo en su casa y formulará un plan con usted para ver qué servicios necesita. Si no nos llama o si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, iremos a su casa sin programar una cita. Durante esta visita a la casa, le preguntaremos sobre su salud y sobre cualquier problema que pueda tener con las actividades diarias. Quizás también quiera que un familiar o amigo hable con nosotros.

El estado nos envía información sobre su salud y los servicios que ha estado recibiendo de Medicaid. Su Coordinador de Servicios leerá esta información para saber más sobre usted. Le indicará a qué proveedores tiene que llamar para asegurarse de que usted siga recibiendo la atención adecuada. Le preguntaremos qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicaid sobre la atención que ha estado recibiendo. Y, si está de

acuerdo, hablaremos con sus doctores sobre sus necesidades de atención médica.

### **CÓMO ASEGURARSE DE QUE SIGA RECIBIENDO LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DISCAPACITADAS (CCAD) O DEL PROGRAMA OPCIONAL DE ALTERNATIVAS EN LA COMUNIDAD (CBA).**

Si ha estado recibiendo servicios de Medicaid de Atención en la Comunidad para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (CCAD) o servicios del programa opcional CBA, continuará recibiendo la atención que necesita. Si está en casa, puede tener ayudantes que vayan y lo bañen, le cambien las sábanas, etc. Si su ayudante no se presenta, llame de inmediato a su Coordinador de Servicios. AMERIGROUP Community Care le ayudará a recibir los servicios de nuevo.

### **SI CREE QUE NECESITA OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y APOYO**

Si no hablamos con usted durante el primer mes que es miembro, es muy importante que llame a Servicios para Miembros porque necesitamos hablar con usted. Llame antes si ha cambiado recientemente su dirección o número telefónico o si cree que necesita servicios de atención a largo plazo y apoyo. Su Coordinador de Servicios de AMERIGROUP Community Care hablará con usted o lo visitará en casa para saber más sobre su salud y los servicios que necesita.

Algunas personas necesitan ayuda con las actividades diarias, como comer, hacer los quehaceres menores de la casa, preparar comidas u ocuparse de la higiene personal. Si no tiene a nadie que le ayude en casa, AMERIGROUP Community Care le puede ayudar. Llame a AMERIGROUP Community Care para pedir ayuda. Enviaremos a un Coordinador de Servicios a su casa para que vea qué tipo de ayuda necesita. Con su permiso, el Coordinador de Servicios hablará con sus doctores. Luego, le informará de la ayuda que AMERIGROUP Community Care puede ayudarle a recibir. Si usted está de acuerdo, le ayudará a iniciar los servicios. Además, el Coordinador de Servicios lo llamará para ver cómo le va con los servicios.

### **SU PLAN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

Su Coordinador de Servicios colaborará con usted para ayudarle a decidir si necesita servicios

especiales como servicios de atención a largo plazo o administración de casos. Ejemplos de servicios de atención a largo plazo y apoyo son atención de un ayudante y cuidado de adultos durante el día.

Si necesita alguno de estos servicios, su Coordinador de Servicios formulará un plan de servicios para usted. Este es un plan que se formula según la frecuencia y cantidad de servicios que necesita. Formularemos un plan junto con usted y sus cuidadores. Una vez que usted esté de acuerdo con un plan, coordinaremos y aprobaremos la cobertura de los servicios según los necesite. Pueden ser los mismos servicios que ha recibido en el pasado o pueden ser algo diferentes. Su Coordinador le hablará sobre todos los servicios que su plan de servicios contiene. Usted podrá participar en la formulación de su plan de servicios.

AMERIGROUP Community Care quiere que usted conozca a su Coordinador de Servicios y el quiere saber de usted. Recuerde, usted es la parte más importante del equipo de coordinación de servicios.

### **CÓMO CAMBIAR SU PLAN DE SERVICIOS DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

Su Coordinador de Servicios lo llamará o visitará periódicamente para ver como está. Si hay algún cambio en su salud o en su capacidad de cuidarse, debe llamar de inmediato a su Coordinador de Servicios. No tiene que esperar a que lo llame o visite. Su Coordinador de Servicios quiere saber lo antes posible de cualquier cambio en su salud. También quiere conocer cualquier problema que empiece a tener con las actividades diarias, como vestirse, bañarse o tomar sus medicamentos. Si tiene alguna dificultad, el Coordinador de Servicios colaborará con el resto del equipo para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su Coordinador de Servicios también revisará su plan de servicios cada año o más a menudo si es necesario. Cambiará su plan si es necesario y usted está de acuerdo. Lo visitará a su casa si hay algún cambio mayor en su plan de servicios. Si tiene un familiar o amigo que lo está cuidando, el Coordinador de Servicios también querrá hablar con él.

### **¿Y SI NECESITO ATENCIÓN MÉDICA?**

AMERIGROUP Community Care no cubre atención médica para las personas que tienen Medicare.



Recibirá su atención médica de su proveedor de cuidado primario, como la ha recibido siempre. Si tiene dificultades para recibir la atención médica que necesita, llame a AMERIGROUP Community Care. Un Coordinador de Servicios le enviará a un doctor de Medicare. Si está de acuerdo, hablaremos con su doctor para asegurar que está recibiendo los servicios que necesita.

### ¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?

Su doctor de Medicare le ayudará a obtener los servicios que necesita que sean médicamente necesarios según se define a continuación:

#### Los servicios médicos médicamente necesarios

significan servicios médicos que no sean servicios de salud mental y abuso de sustancias, y que

- a) Son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causan deformaciones del cuerpo o que limitan el movimiento, que causan o empeoran una discapacidad, que provocan enfermedad o ponen en riesgo la vida del miembro;
- b) Se prestan en un lugar adecuado donde se ofrezca el nivel adecuado de atención médica para tratar el padecimiento del miembro;
- c) Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
- d) Son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
- e) Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- f) No son experimentales ni de estudio, y
- g) No son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

Los servicios de salud mental y abuso de sustancias médicamente necesarios son aquellos servicios de salud mental y abuso de sustancias que

- a) Son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
- b) Cumplen con las pautas y normas clínicas

aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;

- c) Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo en donde puedan prestarse de manera segura;
- d) Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
- e) No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- f) No son experimentales ni de estudio, y
- g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

### STAR+PLUS DE MEDICAID Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y APOYO

Algunos servicios médicamente necesarios de atención a largo plazo son para los miembros que necesitan ayuda y no tienen a nadie que los ayude. Otros servicios de atención a largo plazo son para los miembros cuyas necesidades médicas les permiten llenar los requisitos para estar en un centro pero quieren permanecer en casa. Su Coordinador de Servicios de AMERIGROUP Community Care puede ayudarle a usted o a su representante a conocer estos servicios. Investigaremos sus necesidades y qué servicios debe recibir. Para recibir servicios de atención a largo plazo, **tiene** que hablar primero con su Coordinador de Servicios. Si llena los requisitos, es su decisión obtener estos servicios de los proveedores de nuestra red o vivir en una casa para convalecientes de nuestra red.

- Actividades durante el día y servicios de salud\*
- Servicios de ayudante personal\*
- Servicios de ayudante personal administrados por el cliente
- Servicios de relevo
- Ayuda con el transporte
- Ayudas para la adaptación
- Cuidado temporal u hogar de atención personal de adultos
- Servicios de asistencia con la vida diaria y atención residencial
- Sistema de respuesta a emergencias
- Artículos médicos
- Adecuaciones menores a la casa
- Servicios de asistencia con la transición
- Servicios de enfermería
- Terapia física

- Terapia del habla y del lenguaje
- Servicios nutricionales o de dietista
- Comidas a domicilio
- Atención esencial en casa

\*Servicios de atención a largo plazo y apoyo

Llame al Coordinador de Servicios o a Servicios para Miembros. Investigaremos sus necesidades y qué servicios puede recibir. Para obtener algún servicio, **tiene que llamar primero al Coordinador de Servicios.**

### **BENEFICIOS ADICIONALES DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

AMERIGROUP Community Care proporciona a los miembros que tienen que inscribirse en el programa STAR+PLUS beneficios adicionales que no pueden recibir por medio de Medicaid de pago por servicio. Estos beneficios también se llaman servicios adicionales. Estos servicios son, entre otros:

- Exterminación de plagas
- Línea gratis de Ayuda de Enfermeras las 24 horas, los 7 días de la semana
- Ayuda con el transporte para acudir a servicios de atención a largo plazo coordinada por el Coordinador de Servicios cuando el Programa MTP no está disponible o no puede satisfacer las necesidades especiales del miembro

Para saber más sobre estos beneficios, llame a su Coordinador de Servicios o a Servicios para Miembros. Investigaremos sus necesidades y qué servicios puede recibir.

### **CÓMO CANCELAR UNA CITA**

Si hace una cita con su doctor y luego no puede ir, llame al consultorio. Dígales que cancelen la cita. Puede hacer otra cita cuando llame. Intente llamar por lo menos 24 horas antes de la cita. Así otra persona podrá ver al doctor a esa hora. Si no llama para cancelar las citas con el doctor en varias ocasiones, este puede pedir que lo cambien a otro doctor.

### **¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS DE STAR+PLUS SI NO LOS HE RECIBIDO ANTES?**

Algunas personas necesitan ayuda con las actividades diarias, como comer o ir al baño. Si no tiene a nadie que le ayude en casa, AMERIGROUP Community Care le puede ayudar. O, si tiene a alguien que le ayude en casa, pero tienen que trabajar o necesitan un descanso,

AMERIGROUP Community Care puede ayudar. Llame a AMERIGROUP Community Care para pedir ayuda. Enviaremos a un Coordinador de Servicios a su casa para que vea qué tipo de ayuda necesita. Con su permiso, el Coordinador de Servicios hablará con sus doctores. Luego, el Coordinador de Servicios le informará de la ayuda que le puede conseguir. Si usted está de acuerdo, le ayudará a iniciar los servicios. Además, el Coordinador de Servicios lo llamará para ver cómo le va con los servicios.

### **SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID DE PAGO POR SERVICIO**

Hay algunos servicios que están cubiertos por Medicaid de pago por servicio en lugar de AMERIGROUP Community Care. No necesita un envío a servicios de su PCP para estos servicios. Los beneficios de Medicaid de pago por servicio son, entre otros:

- Deducibles de Medicare
- Copagos de Medicare
- Servicios de farmacia (salvo que reciba servicios de un plan para medicamentos con receta de Medicare o un plan Advantage de Medicare que preste beneficios de medicamentos con receta).
- Hospicio

### **ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL**

#### **CÓMO RECIBIR ATENCIÓN CUANDO NO PUEDE SALIR DE CASA**

AMERIGROUP Community Care encontrará una manera de ayudar a cuidarlo. Llame de inmediato a Servicios para Miembros si no puede salir de casa. Lo pondremos en contacto con un Coordinador de Servicios que le ayudará a recibir la atención médica que necesita.

### **SERVICIOS ESPECIALES DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE PARA UNA VIDA SANA**

#### **INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Aprender más sobre la salud y una vida sana puede ayudarle a mantenerse sano.

Una manera de obtener información sobre la salud es preguntar a su doctor. Otra manera es llamar a Servicios para Miembros. La Línea de Ayuda de Enfermeras está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle con sus

preguntas sobre la salud. La Línea de Ayuda de Enfermeras puede indicarle si necesita ver al doctor. También le pueden indicar cómo puede tratar algunos de los problemas médicos que pueda tener.

### **CLASES DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD**

Con nuestros programas de educación sobre la salud, en AMERIGROUP Community Care trabajamos para ayudar a mantenerlo sano. También podemos ayudarle a encontrar clases comunitarias de salud cerca de su casa. Estas clases no tienen costo alguno para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo se dan estas clases. También puede ir a nuestro sitio web en [www.myamerigroup.com](http://www.myamerigroup.com) para obtener información sobre las clases en su comunidad.

Estas clases son, entre otras:

- Servicios de AMERIGROUP Community Care y cómo obtenerlos
- Parto
- Cuidado infantil
- Ser buenos padres
- Embarazo
- Dejar de fumar
- Protegerse de la violencia
- Otras clases sobre temas de salud

Algunos de los consultorios más grandes de la red (como las clínicas) pasan videos sobre la salud que hablan de inmunizaciones (vacunas), atención prenatal y otros temas de salud importantes. Esperamos que mirar estos videos le enseñe más sobre cómo mantenerse sano.

También le enviaremos el boletín para miembros cuatro veces al año. Este boletín le brinda información médica sobre atención preventiva, cómo tratar las enfermedades, cómo ser mejores padres y muchos otros temas.

### **ACTIVIDADES COMUNITARIAS**

AMERIGROUP Community Care patrocina y participa en actividades comunitarias especiales y días de diversión para la familia gratis en los cuales puede obtener información médica y pasarlo bien. Puede aprender sobre temas como comida saludable, asma y estrés. Usted y su familia pueden jugar, ganar premios o hacer que les pinten la cara. Los representantes de AMERIGROUP Community Care también le contestarán sus preguntas sobre sus beneficios. Llame a Servicios

para Miembros para saber dónde y cuándo se llevan a cabo estas actividades.

### **VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La violencia doméstica es maltrato. El maltrato es malo para la salud y es peligroso. Nunca está bien que alguien le pegue a otra persona ni que la atemorice. La violencia doméstica causa lesiones y dolor a propósito. La violencia doméstica en la casa puede perjudicar a sus hijos y a usted. Si cree que es víctima de maltrato, llame o hable con su doctor. Su doctor puede hablar con usted sobre violencia doméstica. Puede ayudarle a entender que usted no ha hecho nada malo y que no merece sufrir maltrato.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si tiene alguna lesión, llame a su doctor. Llame al 9-11 ó vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia. Vea la sección sobre la atención de emergencia para más información.
- Tenga un plan para ir a un lugar seguro (como un refugio para mujeres o la casa de un familiar o persona de confianza).
- Tenga siempre una maleta pequeña empacada.
- Déle su maleta a una persona de confianza para que la guarde hasta que la necesite.

Si tiene preguntas, por favor, llame a la Línea Nacional Contra la Violencia Doméstica al 1-800-799-7233.

### **MENORES DE EDAD**

Para la mayoría de los miembros de AMERIGROUP Community Care que son menores de 18 años, la red de doctores y hospitales de AMERIGROUP Community Care no puede brindarles atención sin el consentimiento de sus padres o de su tutor legal. Esto no es pertinente si se necesita atención de emergencia. Los padres y el tutor legal también tienen el derecho de saber qué contienen los expedientes médicos del menor. Los miembros menores de 18 años pueden pedir al doctor que no les diga nada a los padres sobre el expediente médico, salvo que los padres le pidan al doctor verlo.

Estas normas no son pertinentes para menores emancipados. Los menores emancipados son miembros menores de 18 años que:

- Están casados.
- Están embarazadas, o
- Tienen un hijo.

Los menores emancipados pueden tomar sus propias decisiones sobre la atención médica que reciben ellos y sus hijos. Los padres ya no tienen el derecho de ver los expedientes médicos de los menores emancipados.

### **CÓMO HACER UN “TESTAMENTO VITAL” (DIRECTIVAS ANTICIPADAS)**

Los menores emancipados y los miembros de 18 años en adelante tienen derechos bajo las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre cómo hacer un “testamento vital”. Un testamento vital indica que usted quizás no quiera recibir atención médica si tiene una enfermedad o lesión grave y no va a mejorar. Para garantizar que va a recibir el tipo de atención que usted desea si está demasiado enfermo para decidir por sí mismo, puede firmar un testamento vital. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento que les indica al doctor y a su familia el tipo de atención que usted desea o no desea recibir si está enfermo o lesionado de gravedad.

Puede obtener un testamento vital de su doctor o llamando a Servicios para Miembros. Puede llenarlo usted mismo o llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda; sin embargo, los empleados de AMERIGROUP no pueden ofrecer consejo legal o actuar como testigos. Después de llenar la forma, llévesela al doctor o envíesela por correo. Su doctor sabrá entonces qué tipo de atención desea obtener.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado un testamento vital. Llame a su doctor para sacar el testamento vital de su expediente médico. También puede hacer cambios en el testamento vital llenando y firmando uno nuevo.

También puede firmar un documento llamado poder perdurable. Este documento le permitirá nombrar a una persona para que tome decisiones cuando usted no las pueda tomar por sí mismo. Pregúntele a su doctor sobre estas formas.

### **QUEJAS Y APELACIONES**

Si tiene preguntas o problemas con sus beneficios de AMERIGROUP Community Care, por favor, llame a Servicios para Miembros.

### **QUEJAS**

Si tiene problemas con los servicios o la red de proveedores de AMERIGROUP Community Care y desea hablarnos de ello, por favor, llame a Servicios para

Miembros al 1-800-600-4441. El Representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una queja. También puede llamar al Defensor de Miembros al 713-218-5100.

### **Primer Nivel de Queja**

AMERIGROUP Community Care intentará solucionar su queja por teléfono. Si no podemos solucionar el problema durante su llamada, le enviaremos una carta dentro de cinco días. Adjuntaremos una forma de queja. Por favor, llene esta forma y envíenosla. Necesitamos esta forma para investigar su queja. Si necesita ayuda para llenar la forma, por favor, llame a Servicios para Miembros. Envíe esta forma a:

AMERIGROUP Community Care  
Attn: Member Advocate  
6700 West Loop South Ste 200  
Bellaire TX 77401

Le enviaremos una carta dentro de 30 días de haber recibido su queja. Esta carta le indicará lo que hemos hecho para tratar su queja.

Si su queja es una emergencia, la investigaremos dentro de 72 horas de recibir su llamada o forma de queja.

### **Segundo Nivel de Queja**

Si no está satisfecho con la respuesta que hemos dado a su queja al primer nivel, puede pedirnos que la investiguemos de nuevo. Esto es una queja al segundo nivel. Debe hacer esto antes de 30 días de haber recibido nuestra carta con la respuesta a su queja al primer nivel.

Nos reuniremos con cierto personal de AMERIGROUP Community Care, proveedores de la red y otros miembros de AMERIGROUP Community Care para investigar su queja. Intentaremos encontrar una fecha y una hora para que usted pueda asistir a la reunión si así lo desea. Puede venir a la reunión con alguien si lo desea. No tiene que venir a la reunión. Le enviaremos los documentos que examinaremos durante esta reunión por lo menos cinco días antes de la misma.

Le enviaremos una carta dentro de cinco días después de esta reunión para comunicarle la decisión del grupo sobre su queja.

Por favor, llame a Servicios para Miembros. También puede llamar al Defensor de Miembros local de su área de servicio, indicado anteriormente.



Una vez que haya agotado los pasos del trámite de quejas de AMERIGROUP Community Care, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando gratis al 1-800-252-8263 ó enviando una carta a:

Texas Health and Human Services Commission  
ATTN: Resolution Services  
Health Plan Operations – H-320  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

Si presenta una queja, AMERIGROUP Community Care no lo tomará en su contra. Todavía estaremos para ayudarle a obtener atención médica de calidad.

### **APELACIONES MÉDICAS**

Quizás haya veces cuando AMERIGROUP Community Care decide no pagar ni cubrir, en su totalidad o en parte, atención que ha sido recomendada. Por ejemplo, si solicita un servicio que no está cubierto, AMERIGROUP Community Care no está autorizado a pagarlo. Si negamos la cobertura, usted o su doctor pueden apelar la decisión. Al apelar, usted pide que AMERIGROUP Community Care examine de nuevo el servicio que solicitó su doctor y que decidimos no pagar. Debe presentar la apelación dentro de 30 días a partir de la fecha en que recibió la primera carta que indica que no pagaremos un servicio.

Para continuar recibiendo servicios que ya han sido aprobados por AMERIGROUP Community Care pero que pueden ser parte del motivo de su apelación, debe presentar la apelación antes o en la misma fecha de lo que ocurra más tarde:

- 10 días después de que enviamos el aviso para comunicarle que no pagaremos el servicio que ya ha sido aprobado;
- La fecha en que el aviso indica que se terminará el servicio.

Si pide que los servicios continúen mientras su apelación está pendiente, debe saber que quizás tenga que pagar estos servicios.

Si la decisión de su apelación sostiene nuestra primera decisión, se le pedirá que pague los servicios que recibió durante el trámite de apelación.

Si la decisión de su apelación revoca nuestra primera decisión, AMERIGROUP Community Care pagará los

servicios que usted recibió mientras la apelación estaba pendiente.

Puede pedir una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento durante o después del trámite de apelación salvo que haya pedido una apelación acelerada. Consulte la sección acerca de las apelaciones aceleradas para más información.

### **Primer Nivel de Apelación**

Usted o un representante designado pueden presentar una apelación al primer nivel. Deber hacerlo dentro de 30 días de haber recibido la primera carta de AMERIGROUP Community Care donde se indica que el servicio no se pagará.

Si le pide a alguien (un representante designado) que presente la apelación por usted, también debe enviar una carta a AMERIGROUP Community Care para informarnos de que ha escogido a una persona para representarlo. AMERIGROUP Community Care tiene que tener esta carta para poder considerar a esta persona como su representante. Lo hacemos así para proteger su privacidad y seguridad.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

- Puede llamar a Servicios para Miembros. Si nos llama, todavía tiene que enviarnos su apelación por escrito. Puede utilizar la forma de apelación que le enviamos con nuestra carta. Llene la forma de apelación y envíenosla a la dirección a continuación dentro de 10 días de habernos llamado. Si no envía la forma de apelación antes de 10 días, AMERIGROUP Community Care cerrará su apelación.
- Nos puede enviar una carta a la dirección a continuación. Incluya información como los servicios que desea recibir y quién participa en ellos. Dígale a su doctor que nos envíe su información médica sobre este servicio.

AMERIGROUP Community Care  
Attn: Member Appeals  
6700 West Loop South Ste 200  
Bellaire, TX 77401

Si necesita ayuda para entender o utilizar el trámite de apelación, puede llamar a Servicios para Miembros.

Cuando recibamos su carta o su llamada, le enviaremos una carta dentro de cinco días. Esta carta le informará de que recibimos su apelación.

También le informaremos si necesitamos otra información para tramitar su apelación. AMERIGROUP Community Care se comunicará con su doctor si necesitamos información médica sobre este servicio.

Un doctor que no haya visto su caso antes examinará su apelación y decidirá como debemos tratarla.

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación al primer nivel. La enviaremos dentro de 30 días calendarios desde que recibimos su apelación salvo que necesitemos más información de usted o de la persona a la que le pidió que presentara la apelación por usted. Si necesitamos más información, puede que extendamos el trámite de apelación por 14 días. Si extendemos el trámite de apelación, le informaremos del motivo del retraso. Usted también puede pedirnos que extendamos el proceso si conoce más información que deberíamos considerar.

### **Segunda Nivel de Apelación/Revisión de un Especialista**

Si no está satisfecho con la resolución de su apelación al primer nivel, usted o un representante designado puede pedirnos que revisemos su apelación. Este proceso se llama segundo nivel de apelación/Revisión de un especialista. Usted o la persona a la que usted pide que presente la apelación por usted debe enviarnos una carta para pedir una revisión de un especialista. Esta carta debe enviarse dentro de 10 días a partir de la fecha en que recibió nuestra carta con la resolución a su apelación al primer nivel. Para apelaciones médicas, envíe esta carta a la dirección indicada anteriormente bajo "Primer nivel de apelación."

Cuando recibamos su carta, le enviaremos una carta dentro de cinco días. Le informará de que recibimos su carta solicitando una revisión de un especialista. Su caso será examinado por un doctor especializado en el tipo de servicios que decidimos no pagar. Le enviaremos una carta con la decisión de este doctor dentro de 15 días hábiles. Esta carta es nuestra decisión definitiva. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedir una audiencia imparcial ante el estado.

Si solicita una apelación médica, AMERIGROUP Community Care no lo tomará en su contra. Todavía estaremos para ayudarle a obtener atención médica de calidad.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL**

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento durante o después del trámite de apelación de AMERIGROUP Community Care. Si no está de acuerdo con la decisión de AMERIGROUP Community Care, puede pedir una audiencia imparcial ante el estado.

Tiene 90 días a partir de la fecha de la carta para pedir una audiencia imparcial. Tiene el derecho de continuar cualquier servicio que recibe actualmente en espera de la decisión final de la audiencia imparcial, siempre y cuando usted pida la audiencia dentro de los 10 días de haber recibido el aviso de la determinación adversa de AMERIGROUP Community Care. Si no pide la audiencia imparcial dentro de 10 días de recibir el aviso, se suspenderá el servicio que está apelando.

Puede pedir una audiencia imparcial comunicándose con la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-800-252-8263. Si quiere hacer su petición por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission  
Health Plan Operations – H-320  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200  
ATTN: Resolution Services

No tiene derecho a una audiencia imparcial si Medicaid no cubre los servicios que pidió.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá una carta del funcionario de audiencias. La carta le dirá la fecha y la hora de la audiencia. También le dirá lo que tiene que saber para prepararse para la audiencia. La audiencia se puede hacer por teléfono y usted puede explicar por qué pidió este servicio. También puede pedir que el funcionario de audiencias revise la información que mande para que tome una decisión.

La HHSC le dará la decisión final dentro de los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

### **APELACIONES PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO**

También puede pedir una audiencia imparcial ante el estado para apelaciones relacionadas con servicios de atención a largo plazo. Si llena los requisitos para recibir servicios por medio del

Programa Opcional de Alternativas en la Comunidad [el programa opcional 1915 (c)], puede llamar al 713-767-3919. O puede firmar al final de la forma que le enviamos y enviarla a:

STAR+PLUS Support Unit  
P.O. Box 16017  
Houston, TX 77222-6017

Los demás pueden llamar al 1-800-252-8263 ó enviar la forma a:

Texas Health and Human Services Commission  
Health Plan Operations – H-320  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

### **APELACIONES ACELERADAS**

Usted o la persona a la que usted pidió que presentara la apelación por usted (un representante designado) puede solicitar una apelación acelerada. La apelación acelerada ocurre cuando AMERIGROUP Community Care tiene que tomar una decisión rápidamente basada en su estado de salud cuando el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o su salud. Puede solicitar una apelación acelerada de dos maneras:

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-600-4441. También puede pedir a Servicios para Miembros ayuda para presentar la apelación
- Nos puede enviar una carta a la dirección a continuación:

AMERIGROUP Community Care  
Attn: Medical Management  
6700 West Loop South Ste 200  
Bellaire, TX 77401

Cuando recibamos su carta o su llamada, le enviaremos una carta con la resolución de su apelación. La enviaremos dentro de tres días hábiles.

Si su apelación está relacionada con una emergencia en curso o con su estadía en el hospital, la cual dijimos que no íbamos a pagar, le llamaremos con una respuesta dentro de un día hábil. Le enviaremos una carta con la resolución de su apelación dentro de tres días hábiles.

Si necesitamos más información de usted o de la persona a quien usted pidió que presentara la apelación por usted, quizás extendamos el trámite de la apelación por 14 días. Si extendemos el trámite de

apelación, le informaremos del motivo del retraso. También puede pedirnos que extendamos el proceso si conoce más información que deberíamos considerar. Si no aceptamos que se acelere su petición de apelación, lo llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta dentro de 2 días calendarios para informarle de cómo se tomó la decisión y de que su apelación se revisará por medio del trámite estándar de revisión.

Si la decisión de su apelación acelerada sostiene nuestra primera decisión y AMERIGROUP Community Care no pagará los servicios que su doctor solicitó, lo llamaremos y le enviaremos una carta para informarle de cómo se tomó la decisión y de su derecho de solicitar una audiencia imparcial acelerada ante el estado.

### **APELACIONES DE PAGOS**

Si recibe un servicio de un proveedor y AMERIGROUP Community Care no paga ese servicio, en su totalidad o en parte, quizás reciba un aviso de AMERIGROUP Community Care llamado Explicación de beneficios (EOB). **No es una cuenta.** La EOB le indicará la fecha en que usted recibió el servicio, el tipo de servicio y la razón por la cual no podemos pagarlo. El proveedor, entidad de atención médica o persona que le brindó este servicio recibirá un aviso llamado Explicación de pago.

**Si usted recibe una EOB, no necesita llamar ni hacer nada en ese momento, salvo que usted o su proveedor quiera apelar la decisión.** Al apelar, usted pide a AMERIGROUP Community Care que revise el servicio que dijimos que no pagaríamos. Debe solicitar una apelación dentro de 30 días de haber recibido la EOB. Para apelar, usted o su doctor puede llamar a Servicios para Miembros o enviar su petición e información médica en relación con el servicio a:

AMERIGROUP Community Care  
Central Appeals Processing  
P.O. Box 61599  
Virginia Beach, VA 23466-1599

AMERIGROUP Community Care puede aceptar su apelación por teléfono, pero usted también tendrá que presentarla por escrito dentro de 15 días después de habernos llamado.

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento durante o después de su apelación a AMERIGROUP Community Care. Puede pedir una audiencia imparcial llamando a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 1-800-252-8263 ó enviando una carta a:

Texas Health and Human Services Commission  
Attn: Resolution Services  
Health Plan Operations – H-320  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

Debe pedir una audiencia imparcial dentro de 90 días a partir de la fecha en que recibió la explicación de beneficios. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelar o de pedir una audiencia imparcial, llame a Servicios para Miembros.

## **OTRA INFORMACIÓN**

### **SI SE MUDA**

Avise tan pronto como pueda de su nueva dirección a la Oficina de Elegibilidad local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y al Departamento de Servicios para Miembros de AMERIGROUP Community Care llamando al 1-800-600-4441. Debe llamar a AMERIGROUP Community Care antes de que pueda recibir cualquier servicio en su nueva área, salvo que sea una emergencia. Seguirá recibiendo atención por medio de AMERIGROUP Community Care hasta que se cambie la dirección, a menos que se haya mudado fuera del área de servicio.

Si se muda a otro lugar en la misma área de servicio, continuará recibiendo su cobertura médica por medio de AMERIGROUP Community Care. Si se muda fuera del área de servicio, tendrá que consultar con la Oficina de Elegibilidad de la HHSC para informarse sobre su nueva cobertura médica.

### **SI YA NO LLENA LOS REQUISITOS PARA RECIBIR MEDICAID**

Si ya no llena los requisitos para recibir Medicaid, se le cancelará la membresía de AMERIGROUP Community Care. Si deja de llenar los requisitos para recibir Medicaid, pero vuelve a llenarlos dentro de los seis (6) meses siguientes, será reinscrito automáticamente en el mismo plan de atención médica en el que estaba inscrito antes de dejar de llenar los requisitos de Medicaid. También lo inscribirán con el mismo Proveedor de Cuidado Primario que tenía antes.

## **CÓMO CANCELAR LA MEMBRESÍA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

Si hay algo que no le gusta de AMERIGROUP Community Care, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para arreglar el problema. Si todavía no está satisfecho, puede cambiarse a otro plan de salud.

Si no está en el hospital, puede cambiar de plan de salud llamando a la Línea de Ayuda STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan las veces que quiera, pero no más de una vez al mes. Si está en el hospital, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el primero de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el primero de junio.

## **MOTIVOS POR LOS QUE SU MEMBRESÍA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE PUEDE SER CANCELADA**

Hay varias maneras de que se cancele su membresía de AMERIGROUP Community Care sin que usted lo solicite. Estas maneras se indican a continuación. Si ha hecho algo que pueda causar la cancelación de su membresía, nos pondremos en contacto con usted. Le pediremos que nos cuente qué ocurrió.

Se le puede cancelar la membresía de AMERIGROUP Community Care si:

- Ya no llena los requisitos para recibir Medicaid.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care.
- Intenta hacerle daño al proveedor, a un miembro del personal o a un empleado de AMERIGROUP Community Care.
- Roba o destruye propiedad de un proveedor o de AMERIGROUP Community Care.
- Acude a la sala de emergencias varias veces cuando no tiene una emergencia.
- Intenta hacer daño a otros pacientes o les impide recibir la atención que necesitan.

Si tiene preguntas sobre su inscripción, llame a Servicios para Miembros.



## SI RECIBE UNA CUENTA

Cuando vaya al doctor, al hospital o a hacerse pruebas, muestre siempre su tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care y la Forma 3087 actual de Medicaid. Incluso si su doctor le dijo que fuera, debe mostrar su tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care y la Forma 3087 actual de Medicaid para asegurarse de que no se le envíe una cuenta por los servicios que AMERIGROUP Community Care cubre. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de AMERIGROUP Community Care antes de recibir atención de emergencia.** Si recibe una cuenta, envíela junto con una carta indicando que ha recibido una cuenta al Defensor de Miembros. (Vea la sección "Quejas y apelaciones" para obtener las direcciones). En la carta, indique su nombre, el número telefónico donde se le pueda encontrar y su número de identificación de AMERIGROUP Community Care. Si no puede enviar la cuenta, no olvide indicar en la carta el nombre del proveedor que le brindó los servicios, la fecha de los servicios, el número telefónico del proveedor, la cantidad facturada y el número de cuenta si lo sabe. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

## SI TIENE OTRO SEGURO MÉDICO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)

Como condición de elegibilidad de Medicaid, usted tiene que dar al programa toda la información sobre seguros médicos. Si su seguro médico privado se cancela, si ha adquirido nueva cobertura de seguro médico o si tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros, debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid (TPR) para actualizar sus expedientes y recibir respuesta a sus preguntas. Puede llamar gratis a la línea directa de TPR al 1-800-846-7307.

**Tener otro seguro no afecta su capacidad de llenar los requisitos de Medicaid.** Es necesario que informe sobre otros seguros para asegurar que Medicaid siga siendo el pagador de último recurso.

**IMPORTANTE:** Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo debido a que usted tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

## CAMBIOS EN SU COBERTURA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE

A veces AMERIGROUP Community Care quizás tenga que hacer cambios en la manera como funciona, los servicios que cubre o los doctores y hospitales con los que trabaja. Le enviaremos una carta al cambiar los servicios cubiertos. Puede llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas. Servicios para Miembros también puede enviarle una lista actual de los doctores de nuestra red.

## CÓMO AVISAR A AMERIGROUP COMMUNITY CARE DE LOS CAMBIOS QUE USTED CREE QUE DEBERÍAMOS HACER

Queremos saber qué le gusta y qué no le gusta de AMERIGROUP Community Care. Sus ideas nos ayudarán a mejorar AMERIGROUP Community Care. Por favor, llame a Servicios para Miembros para contarnos sus ideas. También contamos con un sitio web donde puede comunicarnos sus ideas. Comuníquese con nosotros en [www.myamerigroup.com](http://www.myamerigroup.com). También puede enviar una carta al Defensor de Miembros. Vea la sección "Quejas y apelaciones" para obtener las direcciones.

AMERIGROUP Community Care tiene un grupo de miembros que se reúnen cada mes para darnos sus ideas; estas reuniones se llaman reuniones consultivas de miembros. Es una oportunidad para que sepa más sobre nosotros, y para que nos haga preguntas y nos dé sugerencias para mejorar. Si quiere ser parte de este grupo, llame a Servicios para Miembros.

AMERIGROUP Community Care también envía cuestionarios a algunos miembros. Los cuestionarios preguntan sobre su satisfacción con AMERIGROUP Community Care. Si recibe un cuestionario, por favor, llénelo y envíenoslo. Nuestro personal también puede llamarlo para preguntarle si le gusta AMERIGROUP Community Care. Por favor, díganos lo que piensa. Sus ideas nos ayudarán a mejorar AMERIGROUP Community Care.

## CÓMO PAGA AMERIGROUP COMMUNITY CARE A LOS PROVEEDORES

Los proveedores de nuestra red han aceptado que les paguemos de maneras diferentes. Puede que se pague a su proveedor cada vez que lo atiende (pago por servicio). O, puede que se pague a su proveedor

una cuota fija cada mes por cada miembro si el miembro recibe servicios o no (“capitación”).

Estos tipos de pago pueden incluir maneras de cobrar más dinero llamadas bonificaciones. Este tipo de pago se basa en varias cosas, como la satisfacción del miembro y la calidad de la atención. En este momento, AMERIGROUP Community Care no ofrece ningún plan de incentivos para doctores a ninguno de nuestros proveedores.

Si desea obtener más información sobre cómo se paga a los doctores y a otros proveedores de la red de AMERIGROUP Community Care, por favor, llame al Departamento de Servicios para Miembros de AMERIGROUP Community Care. También puede enviar una carta al Defensor de Miembros. Vea la sección “Quejas y apelaciones” para obtener las direcciones.

## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

### **SUS DERECHOS**

**El miembro de AMERIGROUP Community Care tiene el derecho de:**

Ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:

- Ser tratado justa y respetuosamente, y
- Saber que se respetarán la reserva y confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores siguiendo las leyes federales y estatales sobre privacidad, entre ellas, la HIPAA.

Tener una oportunidad razonable de seleccionar un plan de atención médica y a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) (el médico o proveedor de servicios médicos que usted verá con mayor frecuencia y quien coordinará los servicios), y de cambiar de plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:

- Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario;
- Seleccionar cualquier plan de salud que usted quiera, de los que haya en la región donde vive, y de escoger a un PCP de ese plan;
- Cambiar de proveedor de cuidado primario;
- Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones, y

- Recibir instrucción sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.

Hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:

- Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos, y
- Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la cobertura de atención médica o del servicio.

Aceptar tratamiento o rechazarlo, y tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:

- Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted, y
- Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.

Usar todos los trámites de quejas disponibles por medio de la organización de atención médica administrada y de Medicaid; recibir una respuesta pronta a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:

- Presentar una queja ante su plan de salud o ante el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud;
- Recibir una respuesta pronta a su queja;
- Tener acceso al trámite de apelación del plan y al procedimiento para hacerlo, y
- Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y pedir información sobre el trámite para hacerlo.

Tener acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación.

Esto incluye el derecho de:

- Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente necesaria;
- Recibir atención médica de manera oportuna;
- Poder entrar y salir fácilmente del consultorio del proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, debe tener acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades;
- Tener un intérprete, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando se comunique

con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan el idioma nativo del cliente, ayudan con alguna discapacidad o ayudan a entender la información, y

- Recibir una explicación clara de las reglas del plan de salud, entre ellas, cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.

No ser sujetado a la fuerza ni aislado por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.

Solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre AMERIGROUP Community Care y los proveedores de la red.
- El nombre, la dirección y el número telefónico de los proveedores de la red y los idiomas que hablan (aparte del inglés), y el nombre y la dirección de los proveedores que no aceptan a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de la libertad del miembro de escoger entre los proveedores de la red.
- Derechos y responsabilidades del miembro.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación y audiencia imparcial.
- La cantidad, la duración y el alcance de los beneficios disponibles bajo el contrato, con detalles suficientes para asegurar que los miembros entiendan los beneficios a los cuales tienen derecho.
- Los procedimientos para obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Información sobre cómo el miembro puede obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Información sobre cómo y hasta qué punto se presta atención después de las horas de consulta y de emergencia, por ejemplo:
  - La explicación de un estado médico de emergencia, de los servicios de emergencia y de posestabilización;
  - La información de que no se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia;
  - Cómo obtener servicios de emergencia, entre ellos, el uso del sistema telefónico de 911 ó su equivalente local;
  - La dirección de las salas de emergencia y otros lugares donde proveedores y hospitales prestan

servicios de emergencia cubiertos bajo el contrato (el miembro tiene derecho de acudir a cualquier hospital u otros lugares para recibir atención de emergencia), y

- Las reglas sobre la posestabilización.

## SUS RESPONSABILIDADES

### El miembro de AMERIGROUP Community Care tiene la responsabilidad de:

Aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:

- Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid;
- Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos, y
- Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.

Cumplir con las normas y procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:

- Aprender y seguir las normas del plan de salud y las de Medicaid;
- Seleccionar sin demora un plan de salud y a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP);
- Hacer cualquier cambio de plan de salud y de PCP, según lo indique Medicaid y el plan de salud;
- Acudir a las citas programadas;
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir;
- Llamar siempre primero a su proveedor de cuidado primario para consultar necesidades médicas que no sean de emergencia;
- Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista, y
- Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.

Compartir con su PCP toda información relacionada con su estado de salud y estar plenamente informado sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:

- Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud;
- Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos, y
- Ayudar a los proveedores a obtener sus expedientes médicos.

Participar activamente en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, tomar decisiones y acciones personales para conservar su salud. Esto incluye la responsabilidad de

- Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted;
- Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace;
- Hacer todo lo que pueda para mantenerse saludable, y
- Tratar con respeto a los proveedores y al personal.

Llame a AMERIGROUP Community Care si tiene algún problema y necesita ayuda.

AMERIGROUP Community Care proporciona cobertura médica a nuestros miembros de manera no discriminatoria, de acuerdo con las leyes estatales y federales, sin importar su sexo, raza, edad, religión, origen nacional, discapacidad física o mental, o tipo de enfermedad o padecimiento.

### **CÓMO DENUNCIAR A UNA PERSONA QUE ESTÁ ABUSANDO DEL PROGRAMA DE MEDICAID**

Si sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, terapeuta, etc.) ha cometido malgasto, abuso o fraude, usted tiene la responsabilidad y el derecho de denunciarlo.

#### **Cómo informar sobre el malgasto, abuso o fraude de clientes o proveedores**

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible. Puede denunciar a proveedores y clientes directamente a AMERIGROUP Community Care en la siguiente dirección:

AMERIGROUP Community Care  
Senior VP Medical Management  
6700 West Loop South Ste 200  
Bellaire TX 77401  
1-800-600-4441

O, si tiene acceso a Internet, vaya al sitio web de la Fiscalía General (OIG) de la [www.hhs.state.tx.us](http://www.hhs.state.tx.us) y seleccione "Reporting Waste, Abuse and Fraud". El sitio proporciona información sobre los tipos de malgasto, abuso y fraude que se deben denunciar. Si no tiene acceso a Internet y prefiere hablar con alguien, llame a la Línea Directa contra el Fraude de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184, ó

envíe una declaración por escrito a la OIG a las siguientes direcciones.

#### **Para denunciar a proveedores, use esta dirección:**

Office of Inspector General  
Medicaid Provider Integrity/Mail Code 1361  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

#### **Para denunciar a clientes, use esta dirección:**

Office of Inspector General  
General Investigations/Mail Code 1362  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

#### **Al denunciar a un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, consejero, etc.) dé la información siguiente:**

- El nombre, la dirección y el número telefónico del proveedor;
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.);
- El número de Medicaid del proveedor y del centro puede ser útil;
- El tipo de proveedor (doctor, terapeuta físico, farmacéutico, etc.);
- El nombres y teléfono de los testigos que puedan ayudar con la investigación;
- Las fechas de los sucesos, y
- Un resumen de lo ocurrido.

#### **Al denunciar a un cliente (una persona que recibe beneficios), dé la información siguiente:**

- El nombre de la persona;
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe;
- La ciudad donde vive la persona, y
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

**ESPERAMOS QUE ESTE LIBRO HAYA  
CONTESTADO LA MAYORÍA DE SUS PREGUNTAS  
SOBRE AMERIGROUP COMMUNITY CARE.  
PARA MÁS INFORMACIÓN, PUEDE LLAMAR AL  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS  
DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE.**



## Aquí Encontrará la Información que Necesita

¿QUÉ TIENE ESTE AVISO? .....	i
¿QUÉ ES INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA? .....	i-ii
¿QUÉ RESPONSABILIDAD TIENE AMERIGROUP COMMUNITY CARE DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA? .....	ii
¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA? .....	ii
OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA .....	ii-iv
¿CUÁLES SON SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA? .....	iv
DERECHO DE RECIBIR EL AVISO DE NORMAS SOBRE LA PRIVACIDAD DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE .....	v
DERECHO A PEDIR UN REPRESENTANTE PERSONAL .....	iv
DERECHO AL ACCESO .....	iv-v
DERECHO DE ENMENDAR .....	v
DERECHO DE RECIBIR UNA RELACIÓN DE CIERTAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA .....	v
DERECHO DE PEDIR LIMITACIONES .....	v-vi
DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN DE USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA .....	vi
DERECHO DE PEDIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES .....	vi
¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LA MANERA EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?? .....	vi
¿A DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR PETICIONES O PREGUNTAS RELACIONADAS CON SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA? .....	vii

## AVISO DE NORMAS SOBRE LA PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE.

ESTE AVISO ENTRÓ EN VIGOR EL 14 DE ABRIL DE 2003.

### ¿QUÉ TIENE ESTE AVISO?

Este aviso le informa sobre:

- Cómo se maneja su información médica protegida (PHI).
- Cómo usa y divulga AMERIGROUP Community Care su información médica protegida.
- Sus derechos en cuanto a su información médica protegida.
- Las responsabilidades de AMERIGROUP Community Care para proteger su información médica protegida.

Este aviso sigue las regulaciones conocidas como las "Regulaciones HIPAA sobre la Privacidad". Estas regulaciones fueron expedidas por el gobierno federal. El gobierno federal exige que las compañías como AMERIGROUP Community Care cumplan las condiciones de las regulaciones y las de este aviso.

**NOTA:** es posible que reciba un Aviso de Normas sobre la Privacidad del estado y de otras organizaciones.

### ¿QUÉ ES INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Las Regulaciones HIPAA sobre la privacidad definen la información médica protegida como:

- Información que lo identifica a usted o que se puede usar para identificarlo.
- Información que usted da o que un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro de intercambio de información sobre la atención médica ha creado o recibido.
- Información que tiene que ver con su salud o un problema físico o mental, sobre la

prestación de atención médica o sobre el pago de la prestación de atención médica.

Para propósitos de este aviso, "información médica protegida" también se llamará "información protegida".

### **¿QUÉ RESPONSABILIDAD TIENE AMERIGROUP COMMUNITY CARE DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

La información médica protegida de usted y de su familia es personal. Tenemos reglas sobre cómo mantener esta información en reserva. Estas reglas se formularon para cumplir los requisitos estatales y federales.

AMERIGROUP Community Care tiene que:

- Proteger la privacidad de la información médica protegida sobre usted que tenemos o guardamos.
- Darle este aviso sobre cómo obtenemos y guardamos su información protegida.
- Cumplir con las condiciones de este aviso.
- Cumplir con las leyes estatales sobre la privacidad que no están en conflicto con las Regulaciones de HIPAA sobre la privacidad o que son más estrictas que éstas.

No usaremos ni divulgaremos su información protegida sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

### **¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Las siguientes secciones describen algunas de las maneras en que podemos usar y divulgar la información protegida sin su autorización por escrito.

**PAGOS** – Podemos usar su información protegida para informarnos sobre los servicios de tratamiento y pagarlos. Por ejemplo, puede que se pague un cobro que su proveedor nos mandó que contenga información que lo identifique a usted, sobre su diagnóstico, los procedimientos o análisis y los artículos médicos que se usaron.

**ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA** – Puede que usemos su información médica para gestiones relacionadas con la atención médica. Por ejemplo, podemos usar la información de su expediente para revisar la atención y los resultados de su caso y de otros casos parecidos. Esta información luego se usará para mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica que recibe. O, por ejemplo, se usa la información para ayudarlo a inscribirse para tener cobertura médica.

Puede que usemos su información protegida para ayudar a darle cobertura para tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información que recibimos del proveedor (enfermera, doctor u otro miembro del equipo médico) se apunta y se usa para ayudar a determinar la cobertura del tratamiento que necesita. También podemos usar o divulgar su información protegida para:

- Enviarle información sobre uno de nuestros programas de control de enfermedades o de administración de casos.
- Enviarle recordatorios para que sepa que es hora de programar una cita o de recibir servicios como de EPSDT o de chequeos médicos para niños.
- Contestar una petición de servicio al cliente que recibimos de usted.
- Tomar decisiones sobre reclamaciones y apelaciones relacionadas con los servicios que recibió.
- Investigar casos de fraude o abuso y asegurar que las reglas se cumplan.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**SOCIOS** – Podemos contratar a "socios" que proporcionan servicios a AMERIGROUP Community Care usando su información protegida. Nuestros contratistas pueden prestar, entre otros, servicios dentales para los miembros, servicio de duplicación para hacer copias de su expediente y servicios de programación para computadora. Ellos usarán su información protegida para hacer el trabajo

que les asignamos. Los socios tienen que firmar un contrato aceptando proteger su información médica protegida.

**PERSONAS RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN MÉDICA O CON EL PAGO DE LA ATENCIÓN –**

Podemos divulgar su información protegida a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano u otro representante personal de su elección. Esto se basa en qué tanta participación tiene la persona en su atención, o en el pago relacionado con su atención. Podemos divulgar información a padres o tutores, si lo permite la ley.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY –** Podemos divulgar su información protegida si las autoridades policiales o judiciales nos la piden.

Divulgaremos su información protegida según lo exige la ley o en contestación a una citación, una petición de documento de prueba u otra orden legal o de la corte.

**OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS –** Podemos usar o divulgar su información protegida para ayudar a proveedores médicos con asuntos relacionados con el tratamiento, el pago o la administración de la atención. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida a un proveedor médico para que el proveedor lo pueda tratar.

**ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA –** Podemos usar o divulgar su información protegida para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos usar o divulgar información para ayudar a prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. También podemos divulgar información a una autoridad de la salud pública que puede recibir informes sobre el maltrato o descuido de niños o la violencia familiar.

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN**

**RELACIONADAS CON LA SALUD –** Podemos divulgar su información médica protegida a un departamento supervisor para actividades autorizadas por ley, como auditoría; investigación; inspección; expedición de licencias o acción disciplinaria; o procesos o

demandas civiles, administrativos o penales. Los departamentos que supervisan son, entre otros, departamentos gubernamentales que supervisan el sistema de salud; programas de beneficios como Medicaid, SCHIP o Healthy Kids; y otros programas reguladores del gobierno.

**ESTUDIOS –** Podemos divulgar su información protegida a investigadores cuando una junta institucional directiva de revisión o de asuntos relacionados con la privacidad haya cumplido los requisitos de HIPAA para tener acceso a la información.

**EXAMINADORES MÉDICOS, FUNCIONARIOS ENCARGADOS DE INVESTIGAR LA MUERTE,**

**DIRECTORES DE FUNERARIA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS –** Podemos divulgar la información protegida para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de su muerte o para que el examinador médico o el funcionario encargado de investigar la muerte pueda desempeñar sus funciones permitidas por la ley. También podemos divulgar información a directores de funeraria, según lo permita la ley. También podemos divulgar información protegida a organizaciones que coordinan la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**PREVENCIÓN DE UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O SEGURIDAD –** Podemos divulgar su información protegida si creemos que es necesario para evitar o reducir una amenaza grave y probable a la salud o seguridad de una persona o del público.

**ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL –**

Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información protegida si presta o prestó servicio en las fuerzas armadas. Esto puede ocurrir para actividades que las autoridades militares de mando adecuadas crean necesarias.

**DIVULGACIÓN A LA SECRETARÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS**

**HUMANOS DE EE.UU. –** Se nos exige que divulguemos su información protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y

Servicios Humanos de EE.UU. Esto ocurre cuando la Secretaría hace averiguaciones o determina si estamos cumpliendo las Regulaciones HIPAA sobre la privacidad.

### **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Queremos que sepa de sus derechos en cuanto a su información protegida y la de los miembros de su familia en AMERIGROUP Community Care.

#### **DERECHO DE RECIBIR EL AVISO DE NORMAS SOBRE LA PRIVACIDAD DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE**

Se nos exige enviar a todos los "jefes de caso" o "jefes de la unidad familiar" una copia impresa de este aviso a más tardar el 14 de abril de 2003. Después, cada persona encargada del caso o de la casa recibirá una copia impresa del aviso en el Paquete de Bienvenida al Nuevo Miembro.

Tenemos el derecho de cambiar este aviso. Una vez que lo cambiemos, se aplicará a la información protegida que tenemos en el momento en que hacemos el cambio y a la información protegida que teníamos antes de hacer el cambio. Le enviaremos a la dirección que tenemos en nuestros expedientes un nuevo aviso con los cambios y las fechas en que entran en vigor. Los cambios en el aviso también aparecerán en nuestro sitio web. Puede pedir una copia del Aviso de Normas sobre la privacidad en cualquier momento. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-600-4441. Si tiene problemas de la audición y quiere hablar con la oficina de Servicios para Miembros, llame gratis al AT&T Relay Service al 1-800-855-2880.

#### **DERECHO A PEDIR UN REPRESENTANTE PERSONAL**

**Usted tiene el derecho de pedir un representante personal para actuar en su nombre, y AMERIGROUP Community Care tratará a esa persona como si fuera usted.**

A menos que usted imponga limitaciones, su representante personal tendrá acceso absoluto a todos los expedientes de AMERIGROUP Community Care. Si desea que alguien actúe como su representante personal, AMERIGROUP Community Care dispone que lo solicite por escrito. Se debe llenar la forma del representante personal y enviarla a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Para solicitar la forma del representante personal, por favor, comuníquese con Servicios para Miembros. Podemos enviarle una forma para llenar. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

#### **DERECHO AL ACCESO**

**Tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su inscripción, reclamaciones, pago y administración de casos que AMERIGROUP Community Care tenga en sus expedientes. La información del expediente se llama colección de expedientes designados. Cada 12 meses, le daremos la primera copia de la información sin costo alguno para usted.**

Si desea obtener una copia de su información protegida, debe enviar una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. La dirección está al final de este aviso. Contestaremos su petición por escrito dentro de los 30 días calendarios. Puede que pidamos otros 30 días calendarios para tramitar la petición, si es necesario. Nos comunicaremos con usted si necesitamos el tiempo adicional.

- No guardamos copias completas de sus expedientes médicos. Si quiere una copia de su expediente médico, comuníquese con su doctor u otro proveedor. Siga las instrucciones del doctor o proveedor para obtener una copia. Su doctor o proveedor puede cobrarle una tarifa para cubrir los gastos de duplicación o envío del expediente.
- Tenemos el derecho de decir que, por ciertas razones, no puede ver o tener una copia de



toda su información protegida en su totalidad o en parte. Por ejemplo, si divulgar la información puede causarle daño a usted o a otra persona. O, si la información se recopiló o se creó para propósitos de estudio o como parte de un proceso penal o civil. Le diremos la razón por escrito. También le daremos información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nosotros.

#### **DERECHO DE ENMENDAR**

**Tiene el derecho de pedir que la información de su expediente se cambie si cree que no está correcta.**

Para pedir un cambio, envíe su petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

- Diga la razón por la cual pide el cambio.
- Si pide un cambio en el expediente médico, comuníquese con el doctor que apuntó la información en el expediente. El doctor le dirá lo que debe hacer para cambiar el expediente médico.

Contestaremos su petición dentro de los 30 días de la fecha en que la recibimos. Podemos pedir otros 30 días para tramitar su petición, si es necesario. Nos comunicaremos con usted si necesitamos el tiempo adicional.

Puede que neguemos la petición del cambio. Le mandaremos la razón de la negación por escrito si:

- AMERIGROUP Community Care no creó ni anotó la información.
- AMERIGROUP Community Care no guarda ni mantiene la información.
- La ley no permite que vea ni que reciba copia de la información.
- La información ya está correcta y completa.

#### **DERECHO DE RECIBIR UNA RELACIÓN DE CIERTAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Tiene el derecho de recibir una relación de ciertas divulgaciones de su información protegida. La relación es una lista de las veces que divulgamos su información cuando no fue con el propósito de pago o de administración de la atención médica.**

La mayoría de las divulgaciones de su información médica que hacemos nosotros y nuestros contratistas son para propósitos de pago o de administración de la atención médica.

Para pedir una lista de las divulgaciones, envíe su petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Para recibir una copia de la forma, comuníquese con Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. La petición debe mencionar el periodo de tiempo que le interesa. El periodo de tiempo no puede ser de más de 6 años y no puede incluir fechas de antes del 14 de abril de 2003.

#### **DERECHO DE PEDIR LIMITACIONES**

**Tiene el derecho de pedir que no se use ni se divulgue su información protegida. No tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información protegida si la piden las autoridades policiales o judiciales o los departamentos estatales y federales, según lo permita la ley. Tenemos el derecho de negar la petición de limitar el uso de la información protegida.**

Para pedir un límite en el uso de su información protegida, envíe una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir una copia de la forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este

aviso. La petición debe mencionar:

- La información que quiere que limitemos y la razón por la cual quiere limitar el acceso.
- Si quiere que limitemos el uso de la información, cuándo la divulgamos o ambas cosas.
- La persona o personas a quienes quiere que se apliquen las limitaciones.

Estudiaremos su petición y decidiremos dentro de los 30 días si la aprobamos o la negamos. Si negamos la petición, le mandaremos una carta diciéndole por qué.

#### **DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN DE USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Debemos tener su permiso (autorización) por escrito para usar o divulgar su información protegida para cualquier propósito que no sea pago, administración de atención médica u otros usos y divulgaciones enumerados en la sección, Otros usos de la información médica protegida. Si necesitamos su autorización, le enviaremos una forma de autorización donde se explicará el uso de esa información.**

Puede revocar su autorización en cualquier momento siguiendo las instrucciones a continuación.

Envíe su petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir una copia de la forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. Esta revocación sólo se aplica a las peticiones de usar y divulgar su información que se hacen después de que recibamos su aviso.

#### **DERECHO DE PEDIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

**Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información protegida de cierta manera o en cierto lugar. Por**

**ejemplo, nos puede pedir que mandemos el correo a una dirección distinta de su domicilio.**

Peticiones para cambiar cómo nos comunicamos con usted deben enviarse por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Para recibir una copia de la forma, comuníquese con Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. La petición debe indicar cómo y dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

#### **¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LA MANERA EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Si cree que se ha violado su derecho a la privacidad, puede presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o para apelar una decisión en relación con su información protegida, envíe una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care o llame a Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

Para presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, envíe su petición por escrito a:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
1301 Young Street – Suite 1169  
Dallas, TX 75202

No perderá su inscripción como miembro de AMERIGROUP ni sus beneficios de atención médica por haber presentado una queja. Aun si presenta una queja, continuará recibiendo cobertura de atención médica de AMERIGROUP mientras sea miembro.

**¿A DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR  
PETICIONES O PREGUNTAS  
RELACIONADAS CON SU INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA?**

Puede llamarnos gratis al 1-800-600-4441.

O puede enviar sus preguntas o peticiones, como las que se encuentran en este aviso, a la dirección a continuación:

AMERIGROUP Community Care  
Attn: Member Privacy Unit  
4425 Corporation Lane  
Virginia Beach, Virginia 23462

Envíe sus peticiones a esta dirección para que las podamos tramitar pronto. La tramitación de peticiones que se envían a personas, oficinas o direcciones distintas de la que aparece arriba se puede demorar.

Si tiene problemas de la audición, puede llamar gratis al AT&T Relay Service al 1-800-855-2880.

