

MANUAL DE ASISTENCIA MÉDICA

Estado de Virginia

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

www.dmas.virginia.gov



Effective 6/1/2025

RSVD: 6/3/2025

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

600 East Broad Street

Richmond, Virginia 23219-1857

*Nuestra misión es mejorar la salud y el bienestar de los virginianos
ofreciéndoles acceso a una cobertura de atención médica de calidad.*

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

En vigor desde el 6/3/2025

www.dmas.virginia.gov

Manual de Asistencia Médica

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL.....	1
GRUPOS CON COBERTURA	9
MEDICAID Y OTROS SEGUROS	13
TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA	14
CÓMO USAR LA COBERTURA DE MEDICAID	15
ATENCIÓN MÉDICA POR MEDIO DE MEDICAID	17
SERVICIOS DE TRANSPORTE	26
BENEFICIOS A TRAVÉS DE MEDICAID	31
¿QUÉ SERVICIOS NO TIENEN COBERTURA DE MEDICAID?	35
SERVICIOS PARA NIÑOS O EPSDT	36
SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO	38
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	39
FRAUDE Y OTRAS INDEMNIZACIONES.....	40
CUÁNDO Y CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN	41
INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD.....	43
SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES	43
DEFINICIONES	48
DIRECCIONES, NÚMEROS TELEFÓNICOS, SITIOS WEB.....	52
RECURSOS.....	53

Información general

Programas de Asistencia Médica en Virginia

Los programas de Asistencia Médica en Virginia, también conocidos como Medicaid y el programa de Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica (FAMIS, por sus siglas en inglés) son administrados por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés). Las dependencias locales del Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés), Cover Virginia o el Mercado de Seguros Médicos de Virginia determinan cuáles son los requisitos para los programas. Medicaid y FAMIS están financiados por los gobiernos federal y estatal.

El Mercado de Seguros Médicos de Virginia

Al evaluar su solicitud o renovar su caso, se le informará por escrito sobre cualquier medida que se haya tomado. Si no califica para la cobertura de Medicaid o FAMIS, se envía automáticamente una referencia al Mercado de Seguros Médicos de Virginia a fin de evaluar su elegibilidad para obtener la cobertura y la ayuda financiera del Mercado y brindarle ayuda para inscribirse en un programa de seguro médico.

Si necesita ayuda para solicitar asistencia o seguro médico, visite el sitio web de Cover Virginia, www.coverva.dmas.virginia.gov, o llame sin costo al: 1-855-242-8282 • TDD: 1-888-221-1590. Para solicitar directamente seguro médico, subsidios o Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC, por sus siglas en inglés), visite el sitio web del Mercado de Seguros Médicos de Virginia, www.marketplace.virginia.gov, o llame al 1-888-687-1501.

Medicaid

Medicaid ayuda a pagar la atención médica a las personas que cumplen los requisitos. Para calificar para Medicaid, debe tener un ingreso limitado (y recursos limitados para ciertos grupos) y debe estar en uno de los grupos de personas cubiertos por Medicaid. Todas las personas dentro de un grupo de cobertura que son elegibles para Medicaid reciben el mismo trato. Consulte la sección de Grupos de Cobertura en la página 9.

Medicaid ofrece cobertura total o limitada.

- La **cobertura total** ofrece una gama completa de beneficios médicos incluido doctor, dental y servicios farmacéuticos para las personas que no están inscritas en Medicare.
- **Cobertura limitada**
 - Las personas y las familias que hayan cumplido con la cantidad de reducción por gastos tienen cobertura **total** limitada temporalmente.
 - La cobertura **limitada a la planificación familiar** también se ofrece por medio de Plan First a las personas que cumplen con los requisitos de ingresos.

- La cobertura de **servicios de emergencia** limitada a ciertos procedimientos médicos se proporciona a las personas elegibles con base en las fechas de servicio.
- La **cobertura del Programa de Ahorros de Medicare** ofrece pagos de Medicaid para las primas de Medicare Parte A y/o Parte B; los solicitantes con ingreso más bajo también podrían recibir pagos de deducibles y coseguros de Medicare, hasta los pagos máximos de Medicaid.
- **Presunta Elegibilidad Hospitalaria (HPE, por sus siglas en inglés):** La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio exige a los estados que permitan a los hospitales a inscribir pacientes que cumplen con las pautas de ciertos grupos de cobertura de Medicaid por un tiempo limitado con base en su presunta elegibilidad. El Departamento de Servicios de Atención Médica (DMAS) es responsable de coordinar el Acuerdo HPE con los hospitales autorizados, proporcionar capacitación y asistencia técnica y supervisar el uso adecuado de las inscripciones de la HPE. La HPE no está a disposición de personas que ya están activamente inscritas en Medicaid o FAMIS. El personal local de elegibilidad no determina la elegibilidad para la HPE.

Nota: Los manuales de FAMIS (*Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica*), Programa de Seguro Médico para Niños en Virginia con límites de ingresos más altos (CHIP, por sus siglas en inglés); FAMIS MOMS, programa para mujeres embarazadas; y Plan First (programa de planificación familiar de Virginia) están disponibles a través de Cover Virginia www.coverva.dmas.virginia.gov o su Departamento Local de Servicios Sociales. FAMIS cubre muchos de los servicios de Medicaid, salvo el servicio de transporte que no sea para una emergencia médica (consulte la página 27), EPSDT (consulte la página 37) y LTSS (consulte la página 39).

¿Cómo solicito la Asistencia Médica?

No se requiere una entrevista presencial. Se puede completar en línea una solicitud para la Asistencia médica de Virginia en el sitio web de CommonHelp <https://commonhelp.virginia.gov/access/> o llamando por teléfono al 1-855-242-8282, la línea sin costo de Cover Virginia. El formulario de solicitud para obtener la Asistencia Médica se puede imprimir en www.coverva.dmas.virginia.gov (seleccione la pestaña de “Solicitar”). También puede comunicarse con la oficina local del DSS en la ciudad o condado donde vive para obtener una solicitud. Los números telefónicos de las oficinas locales del DSS (a veces llamadas “servicios humanos” o “servicios familiares”) figuran en las páginas azules del directorio telefónico y en línea en www.dss.virginia.gov/localagency/. Las solicitudes también se pueden presentar en algunos hospitales.

La solicitud debe ser firmada por la persona de 18 años o más que necesita la asistencia, a menos que esta haya sido completada y firmada por el tutor legal, curador, apoderado o representante

autorizado del solicitante. Un padre, tutor, representante autorizado adulto, o un cuidador familiar adulto con quien viva el menor tiene que firmar la solicitud por un niño menor de 18 años. Sin embargo, si un menor de 18 años de edad tiene un hijo propio, como el padre, podrá presentar una solicitud por el hijo. Puede nombrar un asesor o navegador de solicitud por medio de CommonHelp para que lo ayuden a completar una solicitud, pero esa persona no puede firmar la solicitud en su nombre. Se aceptan las firmas electrónicas, pero las firmas telefónicas solo pueden aceptarse en Cover Virginia.

Se puede obtener más información sobre los criterios de elegibilidad de Medicaid en el sitio web de Cover Virginia en coverva.dmas.virginia.gov. La decisión definitiva con respecto a la elegibilidad la tomará un trabajador de elegibilidad en su oficina local del DSS o en Cover Virginia.

¿Qué información necesito proporcionar?

Los solicitantes de asistencia médica tendrán que proporcionar su número de seguro social, en caso de contar con uno, declarar si son residentes de Virginia, y se les podría pedir que proporcionen documentación de ciudadanía estadounidense y de identidad. Si usted no es ciudadano estadounidense, tiene que proporcionar información y documentos sobre su estatus migratorio. Algunos inmigrantes pueden calificar para la cobertura completa de Medicaid; otros pueden calificar solo para el pago de Medicaid para los servicios de emergencia.

Excepción a los requisitos de inmigración habituales para las personas embarazadas sin seguro que cumplan todos los demás criterios de elegibilidad: a través del programa de Cobertura Prenatal FAMIS, estas personas pueden recibir beneficios completos durante el embarazo y hasta los 60 días posparto. Estas personas no tienen que ser ciudadanos estadounidenses, ni proporcionar documentación migratoria o número de Seguro Social; sin embargo, deben cumplir con los límites de ingresos y de residencia en Virginia.

Si usted está embarazada, se le preguntará cuántos bebés espera dar a luz y la fecha estimada de parto. Si estuvo embarazada dentro de los últimos 12 meses, se le preguntará cuándo nació su bebé o cuándo terminó el embarazo. No se requiere que presente comprobante médico de embarazo.

Se le preguntará si tiene alguna afección médica o si se necesita alguna asistencia en el hogar. Esta información se utiliza para asegurar que se le colocará en la categoría correcta de Medicaid.

Si usted declara que no puede trabajar debido a una discapacidad, se le preguntará si ha solicitado los beneficios por discapacidad, o si ha apelado una denegación de discapacidad.

Ingresos

Los ingresos que recibe deben enumerarse en la solicitud. Los ingresos incluyen el ingreso ganado, tales como sueldos y auto-empleo, así como otros ingresos como Seguro Social, pensiones de jubilación, ciertos beneficios para veteranos con discapacidades, pensión alimenticia, etc. Por lo general no se cuenta la manutención de menores recibida. Las fuentes contables de ingreso se suman y se comparan con el límite de ingreso para determinar la elegibilidad. También se le harán preguntas acerca de cómo declara sus impuestos para asegurar que estemos contando el ingreso correcto para su solicitud. La mayoría de los límites de ingreso se basan en las pautas del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés) y están disponibles en el sitio web del DMAS: www.dmas.virginia.gov/#/eligibilitypolicy.

Los límites de ingreso varían de acuerdo con el grupo y el tipo de cobertura. Para algunos grupos, los límites de ingresos varían según el condado o la ciudad donde vive. Se evalúa el “ingreso bruto” total; se permiten las deducciones según la política de Medicaid, y la cantidad de ingreso restante se compara con el límite adecuado de Medicaid. El “ingreso bruto” es la cantidad antes de declarar impuestos o cualquier deducción del ingreso que se haya retenido. Sus facturas y sus deudas no se consideran cuando calculamos si sus ingresos se encuentran dentro del límite de Medicaid.

Algunas personas que cumplen todos los requisitos de Medicaid, con excepción de los ingresos, pueden ser colocadas en un plan de “Reducción por Gastos”. La cantidad de reducción por gastos es similar a un deducible de seguro médico: si los gastos médicos son superiores a la cantidad de la reducción por gastos, la persona puede ser elegible para recibir la cobertura de Medicaid por un periodo de tiempo limitado. Si califica bajo una reducción por gastos, se le pedirá que presente un informe de sus recursos y que proporcione el comprobante de su valor. La política de reducción por gastos solo aplica a los grupos de cobertura con necesidades médicas.

Recursos (Activos)

Se le podría requerir que proporcione información acerca de todos los recursos que le pertenecen a usted o a su cónyuge. Para ciertos grupos de cobertura, los recursos no se evalúan y no requieren verificación. Un recurso puede ser dinero disponible, en una cuenta bancaria o en una caja fuerte; acciones; bonos; certificados de depósito; fideicomisos; o planes funerarios prepagados. Los recursos también incluyen artículos como automóviles, camiones, botes, pólizas de seguro de vida o bienes inmuebles. Para ciertos grupos de cobertura, se tienen que presentar informes sobre los recursos; no obstante, no todos los recursos se consideran cuando se determinan los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid. Por ejemplo, se debe presentar un informe que contenga la titularidad de todos los vehículos, pero la titularidad de un vehículo no se considera un recurso contable para los fines de Medicaid.

Si el valor de sus recursos es superior al límite de recursos de Medicaid al solicitar la cobertura de Medicaid, podría calificar para la cobertura de Medicaid si reduce el valor de sus recursos a un nivel inferior al límite.

Transmisión de activos en los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Si necesita los servicios LTSS (anteriormente conocidos como atención a largo plazo), ya sea en un establecimiento de enfermería o en su hogar, se le pedirá que describa todas las transmisiones de activos (recursos) que se hayan llevado a cabo en los últimos cinco (5) años. Esto puede incluir acciones tales como la transmisión del título de un vehículo, eliminar su nombre de una escritura de propiedad, establecer un fideicomiso o donar dinero. Los solicitantes o participantes de Medicaid que transmiten (venden, donan o desechan) activos sin recibir suficiente compensación podrían no calificar para recibir los pagos de los servicios de atención a largo plazo de Medicaid por un periodo de tiempo, conocido como “periodo de sanción”. El periodo de sanción es determinado por la cantidad de recursos transferidos comparados con la tarifa promedio del establecimiento de enfermería. Es posible que algunas transmisiones de activos no afecten los requisitos de elegibilidad dependiendo de las circunstancias o si el programa de Medicaid determina que la denegación de la elegibilidad para Medicaid podría causar una dificultad excesiva. Las transmisiones que se lleven a cabo después del periodo de inscripción en Medicaid también podrían resultar en una penalización sobre el pago de sus servicios de atención a largo plazo.

Normas especiales para personas casadas

Medicaid se vale de normas especiales para determinar los requisitos de cobertura de Medicaid cuando un miembro de una pareja casada recibe la atención a largo plazo y el otro miembro no la recibe. Estas normas se denominan “protecciones de empobrecimiento conyugal”. Los recursos se evalúan para determinar cuánto se puede reservar para el cónyuge que no necesita los LTSS sin afectar los requisitos para obtener la cobertura de Medicaid del otro cónyuge. Estas “reglas especiales para personas casadas” no aplican a los Adultos con Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) que necesitan o solicitan los LTSS.

Se podría solicitar una revisión de recursos (evaluación de recursos) sin presentar una solicitud de Medicaid cuando un cónyuge es paciente en un establecimiento de enfermería. A menos que el solicitante califique para ser Adulto MAGI, se **tiene que** completar una evaluación de recursos cuando una persona hospitalizada casada con un cónyuge en la comunidad solicita la cobertura de Medicaid, incluso si la pareja no cohabita.

Dado que la política de los LTSS es bastante compleja, comuníquese con su DSS si tiene más preguntas. El personal de la dependencia local del DSS no asesorará a ninguna persona sobre cómo volverse elegible para Medicaid, pero podrá proporcionar información detallada de la política concerniente a su solicitud.

Reglas para los Adultos MAGI que reciben los Apoyos y Servicios de Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Una persona en ciertas categorías de Adulto MAGI puede recibir LTSS (también conocido como atención de largo plazo); sin embargo, cualquier transferencia de activos, fideicomisos, rentas vitalicias y valor de la vivienda debe informarse y evaluarse.

¿Quién toma la decisión y cuánto tiempo tarda?

Una vez que se reciba una solicitud firmada, un trabajador de elegibilidad determinará si usted cumple los requisitos de un grupo de cobertura de Medicaid (véase la sección sobre los Grupos con cobertura en las páginas 8, 9 y 10) y si sus recursos (de ser necesario) e ingresos se encuentran dentro de los límites requeridos. La cantidad de ingresos y recursos que puede tener, y aún calificar para obtener la cobertura de Medicaid, dependerá de cuántos miembros de su familia viven en el mismo hogar y los límites establecidos para su grupo de cobertura.

DESPUÉS de que la agencia haya recibido la solicitud firmada y se haya proporcionado toda la información requerida, la decisión sobre los requisitos de su solicitud de Medicaid se emitirá:

- (1) dentro de un plazo de 45 días naturales **O**
- (2) dentro de un plazo de 90 días naturales si se requiere una determinación de discapacidad **O**
- (3) dentro de un plazo de 10 días hábiles para participantes en el programa BCCPTA - Ley de Tratamiento y Prevención de Cáncer Cervical y de Seno ofrecido a través del Programa *Every Woman's Life* del Departamento de Salud de Virginia (véase la página 10).
- (4) dentro de un plazo de 7 días naturales para las mujeres embarazadas

Se le enviará por correo o se le entregará un aviso escrito en el que se indicará si su solicitud ha sido aprobada o denegada. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación (véase la sección sobre **Cuándo y cómo presentar una apelación** en la página 44).

¿Cuándo comienza la Asistencia Médica?

La cobertura de Medicaid por lo general comienza el primer día del mes en el que presenta su solicitud y se ha determinado que califica. La cobertura puede comenzar desde tres meses antes del mes en que usted presentó la solicitud si usted recibió un servicio médico durante ese periodo y cumplía con todos los requisitos de elegibilidad. Esto se conoce como cobertura retroactiva. La cobertura del grupo Beneficiario de Medicare Calificado (QMB, por sus siglas en inglés) **siempre** comienza el mes **posterior** a la aprobación. La cobertura de la Reducción por Gastos inicia una vez que se cumple con la reducción de gastos y continua hasta el final del periodo de reducción de gastos. Los Servicios de Emergencia de Medicaid inician en el primer día del mes en el que presenta su solicitud, pero cubrirán solamente procedimientos de emergencia específicos. Su aviso indicará cuándo inicia su elegibilidad.

Los niños menores de 19 años obtienen 12 meses de cobertura continua independientemente de los cambios que ellos o sus hogares experimenten, con excepciones limitadas. Esto significa que la cobertura está protegida y no se puede reducir ni cancelar hasta el final del periodo de 12 meses, con excepciones limitadas. Los recién nacidos de personas inscritas en Medicaid y *FAMIS MOMS* obtienen 12 meses de cobertura continua desde el nacimiento. La mayoría de las personas embarazadas obtienen 12 meses de cobertura continua posparto (aquellas inscritas en *FAMIS Prenatal* obtienen 60 días de cobertura posparto).

Comuníquese con su oficina local del DSS o con Cover Virginia si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicaid.

¿Cómo puedo mantener mi cobertura?

Una vez que le hayan aprobado la cobertura de Medicaid, esta continuará durante el tiempo que se sigan cumpliendo los requisitos. La cobertura de Asistencia Médica **debe** ser evaluada al menos cada 12 meses para determinar si continúa cumpliendo con los requisitos para dicha cobertura (o al final de su periodo de elegibilidad posparto).

EXCEPCIÓN:

- Las adultos que hayan alcanzado la cantidad de reducción por gastos están inscritas en un período cerrado de cobertura que no supera los seis (6) meses y deben alcanzar una nueva cantidad de reducción por gastos para reanudar la cobertura (a menos que califiquen para la cobertura limitada).
- Los niños menores de 19 años están inscritos por un periodo de cobertura de 12 meses y deben cumplir con otra reducción por gastos para que se reanude la cobertura.

Cuando llegue el momento de su revisión anual, el estado intentará confirmar su elegibilidad y renovar su cobertura sin comunicarse con usted. Si el DSS local puede renovar su cobertura con información conocida por la agencia o disponible en fuentes electrónicas, recibirá un aviso informándole que la cobertura ha sido renovada y la fecha de su próxima renovación anual.

Si su cobertura no se puede renovar con la información disponible en el DSS local, se le enviará un formulario de renovación para que lo complete. También se le puede pedir que proporcione prueba de sus ingresos actuales, recursos u otros cambios que ocurrieron desde su última revisión de elegibilidad.

Si se le pide que complete un formulario de renovación o envíe un comprobante de ingresos o recursos, es sumamente importante que lo haga **de inmediato**. Si usted no proporciona la información antes del plazo dado, podría cancelarse la cobertura de Asistencia Médica. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con su trabajador de elegibilidad en su dependencia local del DSS.

También puede completar el formulario electrónicamente visitando el sitio web de CommonHelp o por teléfono llamando a Cover Virginia al **1-855-242-8282**.

RECUERDE: Usted debe informar sobre cualquier cambio de circunstancias (tales como mudarse a un condado o ciudad distintos, cambios en los ingresos o la adquisición de una cobertura de seguro médico) **dentro de un plazo de 10 días naturales de haberse dado el cambio**. Puede informar sobre dichos cambios en el sitio web de CommonHelp, llamando a Cover Virginia o

comunicándose con su dependencia local del DSS. No puede recibir cobertura de Asistencia Médica en más de un estado al mismo tiempo.

ES MUY IMPORTANTE que nos informe de inmediato si se muda o se cambia de domicilio. Si no tenemos el domicilio correcto en nuestros registros, es posible que no reciba un aviso cuando corresponda renovar la cobertura de Asistencia Médica y **la cobertura podría cancelarse**. Informe de inmediato sobre cualquier cambio para proteger su cobertura.

Si el cambio que nos informa afecta a sus requisitos para recibir la cobertura de Asistencia Médica, se evaluará su caso y se le enviará un aviso sobre el resultado. Si usted solicita o es evaluado para otro programa ofrecido por los servicios sociales [tales como SNAP (Programa de Alimentos de Nutrición Suplementaria, antes conocido como estampillas de comida) o TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas)], el trabajador de elegibilidad podría renovar su Asistencia Médica al mismo tiempo y extender su cobertura por otro periodo de 12 meses a partir de esa fecha.

Si continúa recibiendo la cobertura aun cuando haya incumplido con su deber de informar cambios de manera oportuna, su caso podría ser remitido a la Unidad de Auditoría del Beneficiario de DMAS (RAU, por sus siglas en inglés) para una evaluación de un posible fraude de Asistencia Médica. Dicha evaluación podría resultar en una orden de reembolso de los cobros por servicios médicos en su nombre o de las primas pagadas a una Organización de Atención Administrada para cubrir los servicios médicos.

Grupos con cobertura

Las leyes federales y estatales describen los grupos de personas que podrían calificar para obtener la cobertura de Asistencia Médica, denominados “grupos de cobertura de Asistencia Médica”. Las personas que cumplen con las pautas de un grupo de cobertura podrían calificar para obtener la Asistencia Médica si los ingresos y los recursos (si requieren ser evaluados) se encuentran dentro de los límites requeridos para un grupo de cobertura. Los servicios podrían variar según el grupo de cobertura. Los recursos no se evalúan para los grupos de MAGI salvo que se soliciten los Apoyos y Servicio a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés). Los límites de ingresos varían según la cantidad de personas que vivan en el hogar.

Los **grupos de cobertura de Asistencia Médica** para familias y niños son los siguientes:

- Las **mujeres embarazadas** con ingresos familiares iguales o inferiores al 143% del límite del FPL (Nivel de Pobreza Federal) para las Mujeres embarazadas de Medicaid o ingresos familiares entre el 143% y el 200% del FPL (+5% del ingreso no considerado) para la elegibilidad del programa FAMIS MOMS. Las mujeres embarazadas de bajos ingresos sin seguro que no son elegibles para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su estatus migratorio con ingresos familiares inferiores al 200 % del FPL (+5% del ingreso no considerado).
- **Niños**
 - Desde el nacimiento a la edad de 19 años cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 143% del límite del FPL.
 - Desde el nacimiento a la edad de 19 años cuyos ingresos familiares sean entre el 143% y el 200% (más el 5% del ingreso no considerado) del límite del FPL podrían calificar para el programa FAMIS.
 - Niños menores de 21 años que se encuentran bajo cuidado de crianza o adopciones subsidiadas.
 - Bebés nacidos de mujeres inscritas en Medicaid o FAMIS MOMS.
- **Adultos**
 - Menores de 26 años de edad que estaban bajo cuidado de crianza y recibiendo la cobertura de Medicaid cuando cumplieron los 18 años de edad (anteriormente en cuidado de crianza).
 - Entre los 19 y 64 años de edad que son padres o familiares adultos que viven con un niño menor de 19 años de edad que cumplan con los requisitos de elegibilidad financiera del plan estatal AFDC del 16 de julio de 1996 (LIFC).
 - Expansión de la cobertura

Entre los 19 y 64 años de edad que no tienen hijos y cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 133% (+5% del ingreso no considerado) del límite del FPL (Adultos MAGI).

- Personas **médicamente necesitadas** que califican para el grupo con cobertura, tienen ingresos superiores al límite de los médicamente necesitados, y cumplen los requisitos para una reducción por gastos.
- El programa de la **Ley de Tratamiento y Prevención de Cáncer Cervical y de Seno** (BCCPTA, por sus siglas en inglés) incluye a personas a quienes se les hayan realizado pruebas de detección por medio del programa *Every Woman's Life* del Departamento de Salud de Virginia (o las personas que viven en el norte de Virginia y a través del *programa Project Wish*) y a quienes les hayan diagnosticado y necesiten tratamiento para el cáncer de mama y de cuello uterino o tratamiento para afecciones precancerosas. Mediante un acuerdo entre el estado de Virginia y el Distrito de Columbia (DC), se les permite a los residentes del norte de Virginia (las ciudades de Alexandria, Fairfax, Falls Church, Manassas, Manassas Park y los condados de Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William) realizarse pruebas de detección y obtener diagnósticos de cáncer de mama y de cuello uterino y de afecciones precancerosas mediante el DC Center for Disease Control (Centro de Control de Enfermedades de DC) y el programa de prevención "*Project Wish*".

Los **grupos con cobertura de Asistencia Médica para Personas de Edad Avanzada, Ciegas y Discapacitadas** son los siguientes:

- **Personas de edad avanzada** (65 años de edad en adelante), **ciegas** o **discapacitadas** (que se determinan con base en las normas de la Administración del Seguro Social)
 - que reciben Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI, por sus siglas en inglés) y que cumplen con los límites de recursos de Medicaid **O**
 - que tienen ingresos que no superan el 80% del límite del FPL y cumplen con los límites de recursos de MEDICAID **O**
 - que tienen ingresos de hasta el 300% del importe de pago de los Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI), cumplen con los límites de recursos de Medicaid y han sido evaluadas y aprobadas para recibir los servicios en un centro de enfermería o por medio de una de las exenciones de atención con base en el hogar y en la comunidad.
- Participantes de **Subsidio Auxiliar** (AG, por sus siglas en inglés) en centros de vida asistida u hogares de acogida para adultos.

- **Personas con ingresos de hasta el 138%** del FPL que son ciegas o discapacitadas, al menos de 16 años de edad pero menores de 65 años edad, y que trabajan o pueden trabajar (programa **MEDICAID WORKS**).
- Personas **Médicamente Necesitadas** que cumplen los requisitos de los grupos con cobertura de Medicaid, pero tienen un exceso de ingresos.
- **Personas con enfermedad terminal** y que han sido elegidos para recibir atención de **hospicio**.

Los Grupos con cobertura relacionados con Medicare (Planes de ahorro de Medicare o MSP): las personas que califican para recibir la cobertura de la Parte A de Medicare y que cumplen las pautas de los siguientes grupos de cobertura podrían recibir cobertura limitada de Medicaid. Medicaid paga los gastos de Medicare en nombre de estos beneficiarios de Medicare según se indica a continuación (los límites de recursos aplican a todos los grupos de cobertura relacionados con Medicare).

- **Beneficiarios de Medicare que llenan los requisitos (los QMB):** los ingresos deben ser iguales o inferiores al 100% del límite del Nivel de Pobreza Federal. Medicaid paga las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los coseguros y deducibles que Medicare no paga.
- **Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** los ingresos deben ser entre el 100% y el 120% del límite del FPL. Medicaid paga las primas de la Parte B de Medicare.
- **Personas Calificadas (QI, por sus siglas en inglés):** los ingresos deben ser iguales o superiores al 120% pero inferiores al 135% del límite FPL. Medicaid paga las primas de Medicare Parte B.
- **Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Medicaid puede pagar las primas de la Parte A de Medicare para ciertas personas discapacitadas que pierden la cobertura de Medicare a causa de su trabajo. Estas personas deben tener ingresos inferiores al 200% del FPL y los recursos deben ser iguales o inferiores a \$4,000 para una persona soltera o \$6,000 para una pareja.

Servicios de emergencia para no ciudadanos

Las personas que no son ciudadanas estadounidenses deben cumplir con ciertos requisitos de estatus migratorio para ser elegibles para los beneficios completos de Medicaid. Si no cumplen con estos requisitos, pero cumplen con todos los requisitos de elegibilidad de Medicaid pueden ser elegibles para los pagos de Medicaid limitados a tratamientos médicos de emergencia.

Plan First: Programa de Servicios de Planificación Familiar de Virginia

Las personas que cumplen los requisitos de ingresos, pero no cumplen los requisitos para un grupo de cobertura total de Asistencia Médica pueden calificar para la cobertura limitada de Asistencia Médica conocida como Plan First, si los ingresos contables del hogar se encuentra entre el 138% y el 200% (+5% de ingreso no considerado) del límite del FPL. Plan First cubre lo siguiente:

- Exámenes anuales para personas con fines de planificación familiar, tales como las pruebas de Papanicolaou para mujeres con el fin de detectar cáncer de cuello uterino; pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) —incluidos los servicios de laboratorio— y educación y asesoramiento de planificación familiar
- Procedimientos de esterilización
- Transporte a los servicios de planificación familiar
- La mayoría de los anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) —métodos proporcionados por un clínico u obtenidos mediante receta médica—.

A las personas que solicitan la cobertura total o que pierden la cobertura total porque ya no cumplen las pautas de un grupo con cobertura total se les podría evaluar para la elegibilidad bajo el programa Plan First. **Si los solicitantes desean ser considerados para la inscripción en *Plan First*, deben marcar “sí” en el formulario de solicitud o renovación para optar por participar.** Las personas de 65 años de edad o mayores o los padres de personas menores de 19 años de edad pueden solicitar una determinación de requisitos en este grupo de cobertura, si así lo desean. Los participantes del programa Plan First serán remitidos al Mercado de Seguros Médicos de Virginia para que los evalúen con respecto al Crédito Fiscal Anticipado para la Prima o a las reducciones de costos compartidos. A las personas inscritas se les emitirá una tarjeta de identidad aparte para el programa Plan First. Si se emitió otra tarjeta de asistencia médica mientras estaba inscrito anteriormente en otro programa de Asistencia Médica, esta ya no tendrá validez.

MEDICAID Y OTROS SEGUROS

Si usted ya tiene un seguro médico (incluido Medicare), es probable que todavía pueda obtener la cobertura de Medicaid. El otro seguro siempre se factura primero. Si usted elimina la cobertura de seguro médico privado o se inscribe en un plan de seguro médico privado, infórmesele a su trabajador de elegibilidad. Si no se lo informa, se podrían retrasar los pagos de las facturas médicas.

Algunas veces Medicaid paga los reclamos de servicios con cobertura y posteriormente se descubre que estaba disponible otra fuente de pago. En este caso, DMAS tratará de recuperar el dinero de la otra fuente, ya sea del seguro comercial, Medicare, indemnización por accidente laboral o seguro de responsabilidad (si el reclamo es por un accidente). El acuerdo sobre “Cesión de derechos de atención médica y pagos a terceros” se incluye en la solicitud de Asistencia Médica. Si una aseguradora le paga a usted después de que Medicaid ya haya pagado la misma factura, usted deberá enviar el dinero al DMAS.

Programas de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, por sus siglas en inglés)

La Asistencia Médica podría ayudar a cubrir los costos de las primas del seguro médico privado cuando se cumplen ciertos criterios. Los Programas HIPP solamente reembolsan las primas de los planes de seguro médico grupales patrocinados por empleadores, no las de pólizas individuales. El DSS puede proporcionar información con respecto a este programa o usted puede llamar a la Unidad de Pago de Primas de Seguro Médico de DMAS al 1-800-432-5924 o enviar un correo electrónico a HIPPcustomerservice@dmass.virginia.gov.

Medicaid de Virginia actualmente utiliza un portal en línea, llamado HIPP Online, que sirve para cargar documentos anuales y trimestrales del HIPP. HIPP Online ofrece funciones diseñadas para que los miembros de HIPP ahorren tiempo y aumenten su control sobre la información de HIPP. Las funciones incluyen lo siguiente:

- portal en línea seguro para recibir actualizaciones anuales y trimestrales,
- recordatorios automáticos para presentar documentos, y
- confirmaciones del sistema para indicar que la información ha sido cargada satisfactoriamente.

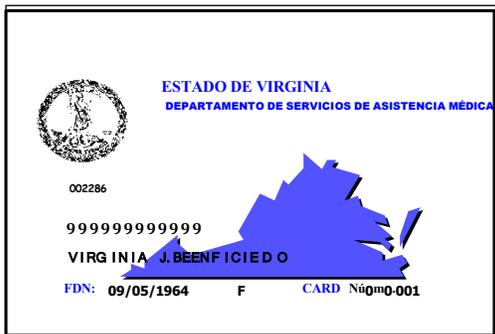
Visite el sitio web del HIPP en www.dmass.virginia.gov/for-members/premium-assistance/health-insurance-premium-program/hipp-online-portal, para acceder al portal y registrarse en HIPP Online.

TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA

TARJETAS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA

Al determinarse que califica para obtener la cobertura, se le enviará por correo una tarjeta plástica del programa de asistencia médica en el que aparecerá impreso su nombre, fecha de nacimiento, género y número de identificación. **Es su responsabilidad presentar su Tarjeta de Asistencia médica del Estado de Virginia (COV) a los proveedores al momento de acudir a los servicios y asegurarse de que el proveedor acepte pagos del programa de Asistencia Médica de Virginia. Los beneficiados de la cobertura de FAMIS reciben la misma tarjeta.** Si usted tiene una tarjeta de Asistencia Médica de Virginia porque usted cumplía los requisitos anteriormente, **consérvela.** Esta tarjeta volverá a tener validez si se restituye su cobertura, y cuando se restituya.

Tarjetas anteriores de identificación (ID) de Medicaid



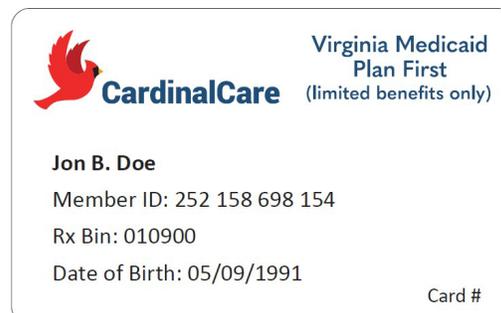
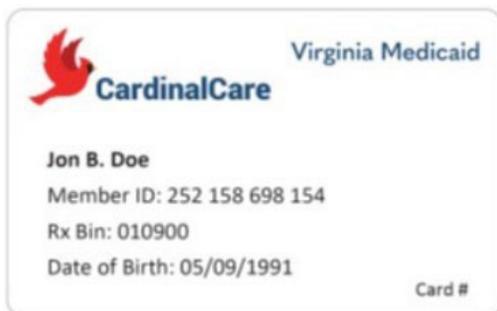
Tarjeta de Asistencia médica de COV



Tarjeta de Plan First

Tarjetas actuales de identificación (ID) de Medicaid

Cardinal Care combina los programas de atención administrada de Medicaid de Virginia bajo una sola marca. Su tarjeta azul y blanca seguirá siendo válida hasta que sea reemplazada.



El uso de sus tarjetas médicas

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

En vigor desde el 6/3/2025

Cada miembro de su familia que califica para la Asistencia Médica recibirá su propia tarjeta (salvo que la persona solo cumpla los requisitos para que Medicaid pague las primas de Medicare). **No se le enviará** por correo una tarjeta nueva si cambia su cobertura. **Se le enviará** por correo una tarjeta nueva si cambia su nivel de cobertura, como por ejemplo si cambia de la cobertura de Plan First a la cobertura total de Medicaid o FAMIS. Si pierde su tarjeta, se la roban o se daña, usted puede solicitar una tarjeta de reemplazo por medio del sitio web de CommonHelp, llamando a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o comunicándose con la dependencia local del DSS.

Muestre su tarjeta(s) **cada vez que reciba un servicio médico** para que su proveedor médico pueda verificar electrónicamente el estado actual de su elegibilidad.

La mayoría de los beneficiados de la Asistencia Médica de Virginia serán inscritos en una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) y usted recibirá una tarjeta aparte de dicha organización. **Usted tiene que presentar tanto la tarjeta de la MCO como la de Medicaid de Virginia cuando reciba atención médica.** Si usted no muestra sus tarjetas, es posible que lo atiendan como a un paciente que paga privadamente y que reciba una factura del proveedor de atención médica. Asegúrese de que el proveedor acepte los pagos de Medicaid de Virginia o de la MCO que le ha sido asignada.

Notifique la pérdida o el robo de su tarjeta de Asistencia médica de Virginia y solicite una tarjeta nueva llamando a su oficina local del DSS o a Cover Virginia (sin costo) al 1-855-242-8282. La pérdida o el robo de su tarjeta de la MCO debe ser notificada a su MCO.

CÓMO USAR LA COBERTURA DE MEDICAID

Medicaid proporciona servicios médicos ya sea mediante pagos directos a proveedores o pagando las primas de los participantes de las Organizaciones de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés).

Si usted califica para la cobertura completa de Medicaid, lo más probable es que vaya a ser inscrito a una MCO. Las personas que residen en establecimientos de enfermería operados por la Administración de Veteranos o las personas que eligen recibir servicios en un establecimiento de enfermería ya sea en el Establecimiento de Enfermería *The Virginia Home* o en hogares de enfermería pertenecientes a un gobierno local, no tienen que inscribirse en una MCO.

Cuando califica para Medicaid por primera vez, es posible que lo coloquen en una cobertura médica de cuota por servicio, y luego se le asignará una MCO. Es probable que le seleccionen una MCO, a menos que anteriormente haya tenido una MCO, en cuyo caso se le inscribirá de nuevo en esa MCO. Una vez que esté inscrito en una MCO, se le enviará una tarjeta de identidad e información que le indicará cuándo puede comenzar a usar los servicios. Si desea seleccionar una MCO distinta, es posible que pueda cambiarse de inmediato, o quizás tenga que esperar a que se abra el siguiente periodo de inscripción.

Cobertura Médica de “cuota por servicio”

Los proveedores que están inscritos en DMAS ofrecen atención directamente a algunos participantes de Asistencia Médica. Si no se le ha asignado una MCO, puede seleccionar cualquier proveedor de servicios médicos siempre y cuando esté inscrito en DMAS para aceptar pagos. Los proveedores pueden llamar a los Servicios de Inscripción de Proveedores al 1-888-829-5373 o visitar virginia.hppcloud.com para inscribirse como proveedor de DMAS. Si recibe servicios de proveedores que no están inscritos como proveedores de DMAS, **tendrá que pagar la factura. DMAS no le reembolsará por las facturas médicas que haya pagado.** Trate de usar solo un médico y una farmacia para la mayor parte de su atención médica, y continúe usando los servicios de ese médico salvo que sea derivado a un especialista. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que acepte la Asistencia Médica, eche un vistazo al buscador de proveedores de DMAS www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal/searchforproviders. Si el tipo de proveedor que busca no se encuentra en el directorio, comuníquese con nuestra Línea de ayuda para beneficiarios al (804) 786-6145.

Atención Administrada

La mayoría de los beneficiarios de Medicaid y FAMIS deben recibir su atención médica a través de una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés), a través del programa de Atención Administrada Cardinal Care. Una MCO es una organización de servicio de salud que coordina los servicios de atención médica por medio de una red de proveedores, tales como proveedores de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas, hospitales, clínicas, compañías de suministro médico, proveedores de servicios de transporte, farmacias y otros proveedores de servicios médicos. Si usted reúne las condiciones para que se le asigne una MCO, recibirá una carta del DMAS en la que se le requerirá que seleccione una MCO para que reciba su atención médica. Usted recibirá información acerca de los programas tales como un cuadro comparativo y un folleto de una MCO. **Si usted no selecciona una, se le asignará una MCO.** Una vez que esté inscrito en una MCO, se le enviará por correo un paquete informativo directamente. También recibirá una tarjeta de identidad de la MCO para que la use con su tarjeta plástica de Asistencia Médica.

Conserve ambas tarjetas consigo y muestre ambas tarjetas cada vez que reciba atención médica.

La MCO le pedirá que seleccione un PCP en su red y este será quien administrará todas sus necesidades de atención médica. No se requiere que inscriba a todos los miembros de su familia en la misma MCO o en el mismo PCP. Será su obligación seguir todas las normas del programa de atención administrada. Estas normas se describen en el manual para afiliados de la MCO, el cual se incluye en el paquete informativo que su MCO le enviará. Si usted no sigue las normas del programa de atención administrada (por ejemplo, si recibe servicios sin obtener una referencia de su PCP o una autorización de su MCO), es probable que tenga que pagar la factura completa por cuenta propia. Consulte el manual para miembros de su MCO, visite el sitio web de la Línea de Ayuda de Atención Administrada en <https://virginiamanagedcare.com/es> o llame a la Línea de

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

En vigor desde el 6/3/2025

Ayuda de Atención Administrada de DMAS al 1-800-643-2273 (TDD: 1-800-817-6608) para obtener más información.

Inscripción abierta

Hay un período anual de inscripción abierta para los planes de las MCO. Este periodo de inscripción abierta le permite cambiar su MCO. Si desea saber cuándo se lleva a cabo su periodo de inscripción abierta o tiene otras preguntas con respecto a su inscripción en atención administrada, visite el sitio web de la Línea de Ayuda de Atención Administrada <https://www.virginiamanagedcare.com/es> o llame a la Línea de Ayuda de Atención Administrada al 1-800-643-2273 (TDD: 1-800-817-6608).

Información de contacto de la Organizaciones de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) de Cardinal Care

Organización de Atención Administrada	Número de teléfono	Sitio web
Aetna Better Health	(800) 279-1878	www.aetnabetterhealth.com/virginia
Anthem HealthKeepers Plus	(800) 901-0020	www.anthem.com/vamedicaid
Humana Healthy Horizons	(844) 881-4482 (TTY:711)	www.humana.com/healthyvirginia
Sentara Health	(800) 881-2166	www.sentarahealthplans.com/familycare
UnitedHealthcare Community Plan	(844) 752-9434	www.uhccommunityplan.com/va

ATENCIÓN MÉDICA POR MEDIO DE MEDICAID

La mayoría de la atención médica, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, está cubierta por Medicaid. Por ejemplo, algunos procedimientos médicos deben llevarse a cabo como cirugía de paciente ambulatorio salvo que haya una necesidad médica para recurrir a la hospitalización. No se cubre la atención en centros para el tratamiento de enfermedades mentales de personas entre los 21 y 64 años de edad. Hay límites en la cantidad de consultas autorizadas para los servicios de atención domiciliaria, psiquiátrica y otros servicios profesionales. Algunos servicios requieren de autorización previa.

Servicios de salud del comportamiento

Magellan Behavioral Health, Inc. (Magellan de Virginia) administra todos los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias y salud mental cubiertos por Medicaid para los afiliados inscritos con tarifa por servicio, y coordina los beneficios con las organizaciones de atención administrada. Las organizaciones de atención administrada gestionan estos servicios para sus afiliados. Estos servicios de salud del comportamiento incluyen:

Servicios de salud mental

Servicio	Para adultos (21+)	Para adolescentes (12-20)	Para niños (birth-12)
Servicios intensivos en el hogar para niños y adolescentes (IIH, por sus siglas en inglés): Asesoría y capacitación de habilidades de superación que toma lugar en el hogar o en la comunidad para apoyar a los jóvenes con una variedad de desafíos de salud del comportamiento.		✓	✓
Administración de casos de salud mental: Este servicio es para jóvenes y adultos viviendo en un entorno comunitario. Ayuda con servicios médicos, sociales, educativos y otros servicios que puedan ser necesarios.	✓	✓	✓
Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental (MHSS): Este servicio ayuda a los jóvenes mayores y adultos a gestionar la recuperación de salud mental. Puede incluir la enseñanza de habilidades para la vida, como el cuidado del hogar, la alimentación saludable y la administración del dinero.	✓	✓	
Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: Estos servicios incluyen pruebas, asesoría/terapia y apoyo con medicamentos en un entorno clínico con un profesional de salud mental autorizado.	✓	✓	✓
Centros de Tratamiento Residencial Psiquiátrico para Niños y Adolescentes (PRTF): Es un entorno seguro en el que un joven puede vivir mientras recibe tratamiento por problemas graves de salud mental y uso de sustancias que hacen que sea inseguro quedarse en casa con sus cuidadores.		✓	✓
Rehabilitación psicosocial: Este es un programa que proporciona capacitación en habilidades para la vida para adultos para apoyar una vida seguro e independiente en la comunidad.	✓		

<p>Tratamiento Terapéutico de Día para Niños y Adolescentes (TDT, por sus siglas en inglés): Se trata de un servicio intensivo que se puede prestar en la escuela, después de la escuela y durante el verano. Incluye tratamiento de salud mental, aprendizaje sobre medicamentos, asesoramiento individual y grupal y enseñanza de habilidades sociales.</p>		✓	✓
<p>Servicios de Hogar Grupal Terapéutico para Niños y Adolescentes (THD, por sus siglas en inglés): Es un lugar donde los jóvenes pueden vivir mientras reciben tratamiento. Los jóvenes bajo este nivel de atención tienen problemas graves de salud mental y consumo de sustancias.</p>		✓	✓
<p>Servicios de apoyo para la recuperación entre pares: Este servicio es brindado por un Especialista en Recuperación entre Pares (PRS, por sus siglas en inglés), que es una persona que se identifica a sí misma con una experiencia vivida con una afección de salud mental y/o adicción que se encuentra en una recuperación de los retos de la salud mental y/o la adicción exitosa y continua. Los Especialistas en</p>	✓	✓	✓
<p>Recuperación entre Pares utilizan la experiencia vivida para apoyar la recuperación de otra persona.</p>			

Servicios de Project BRAVO



Los servicios de Rediseño de Salud del Comportamiento para Acceso, Valor y Resultados (BRAVO, por sus siglas en inglés) son servicios nuevos a partir del 2021 que están diseñados para brindar una gama de servicios más completa y basada en evidencia a los miembros de Medicaid. Estos nuevos servicios mejorados incluyen:

Servicio	Para adultos (21+)	Para adolescentes (12-20)	Para niños (birth-12)
<p>Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): Es un servicio para jóvenes que ayuda con habilidades que se necesitan para hablar, jugar y vivir. El servicio se enfoca en comportamientos específicos para aumentar los comportamientos positivos y disminuir los comportamientos dañinos o que causan problemas. Los cuidadores reciben capacitación para ayudar a apoyar el aprendizaje y la práctica de habilidades.</p>		✓	✓
<p>Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT, por sus siglas en inglés)*: Este programa ayuda a los adultos a manejar enfermedades severas de salud mental utilizando un enfoque de equipo. En vez de participar en servicios con muchos proveedores diferentes, los adultos pueden recibir todos los servicios de salud del comportamiento que necesitan a través de un equipo para promover la recuperación en la comunidad donde vive el adulto.</p>	✓		
<p>Estabilización en la Comunidad: Es un servicio de corto plazo que toma lugar en la comunidad y</p>	✓	✓	✓
<p>está destinado a estabilizar a los jóvenes y adultos después de una crisis de salud mental.</p>			
<p>Terapia Familiar Funcional (FFT, por sus siglas en inglés): Es un programa de corto plazo para abordar las necesidades de comportamiento y emocionales de los jóvenes. El enfoque es en el fortalecimiento de las conexiones familiares y en la creación de comportamientos positivos.</p>		✓	✓
<p>Atención Ambulatoria Intensita de Salud Mental (MH-IOP): Este programa brinda un promedio de 6-19 horas semanales de terapia en un entorno clínico en el que los jóvenes y adultos participan en capacitación de habilidades de superación y en asesoría/terapia.</p>	✓	✓	✓

<p>Hospitalización Parcial de Salud Mental (MH-PHP, por sus siglas en inglés): Este programa brinda al menos 20 horas semanales en un entorno clínico en el que jóvenes y adultos participan en capacitación de habilidades de superación y en asesoría/terapia. Este servicio es la cantidad de intervención que una persona recibiría si estuviera en el hospital, aunque la persona no duerma durante la noche en el programa.</p>	✓	✓	✓
<p>Respuesta Móvil a Crisis: Este servicio brinda un equipo móvil de crisis para responder a jóvenes y adultos en la comunidad, ayuda a superar una crisis y garantizar la seguridad.</p>	✓	✓	✓
<p>Terapia Multisistémica (MST, por sus siglas en inglés): Este servicio trabaja con la familia, escuela y comunidad para ayudar a los jóvenes que necesitan ayuda con su comportamiento, estado de ánimo o uso de sustancias. Este servicio ayuda a los jóvenes a estar en el hogar y en la escuela cuando corren el riesgo de tener que dejar el hogar para recibir más atención en un centro.</p>		✓	✓
<p>Unidad de Estabilización de Crisis Residencial (RCSU, por sus siglas en inglés): Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cuando una persona experimenta una crisis de salud mental o de uso de sustancias.</p>	✓	✓	✓
<p>Está dirigido a apoyar jóvenes y adultos durante este tiempo y evitar que necesiten ir al hospital.</p>			
<p>Estabilización de Crisis las 24 Horas: Este servicio brinda acceso 24/7 a apoyos de crisis relacionados con la salud mental y/o sustancias sin previa cita para apoyar a jóvenes y adultos que están experimentando una crisis aguda y que requieren de un entorno seguro para la observación y la evaluación.</p>	✓	✓	✓

**El Tratamiento Comunitario Asertivo es para adultos que viven con enfermedades mentales graves. Si es médicamente necesario, también puede ser para personas de 18 años y menos.*

**El Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés): si es médicamente necesario, puede ser para personas mayores de 18 años.*

Para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento, comuníquese con Magellan de Virginia al 1-800-424-4046 o a los servicios para afiliados de su organización de atención administrada.

Programa de Servicios de Tratamiento para Adicción y Recuperación (ARTS, por sus siglas en inglés)



Hay muchos enfoques de tratamiento cubiertos por su beneficio de Medicaid y estamos aquí para ayudarle a entender las opciones disponibles. El programa de Medicaid de Virginia incluye un beneficio mejorado para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias – Servicios de Tratamiento para Adicción y Recuperación (ARTS, por sus siglas en inglés). El beneficio ARTS ofrece tratamiento para aquellos que sufren de trastornos por uso de sustancias en todo el estado. El beneficio de ARTS expande el acceso a una serie completa de servicios de tratamiento de adicciones para todos los afiliados inscritos en Medicaid, FAMIS y FAMIS MOMS, incluyendo los servicios ampliados de tratamiento de adicciones y recuperación para pacientes ambulatorios / basados en la comunidad incluida la cobertura de desintoxicación para pacientes hospitalizados y tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias. Estos servicios están disponibles para adultos y jóvenes.

Servicio	Descripción del servicio
Servicios Intensivos para Pacientes Hospitalizados	Este programa ofrece la prestación de servicios organizados en un entorno de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados. Estos servicios incluyen atención médica primaria y atención de enfermería.
Servicios para Pacientes Hospitalizados/Residenciales	Estos programas ofrecen servicios de tratamiento organizados que incluyen atención planeada y estructurada en un entorno residencial o para pacientes hospitalizados de 24 horas donde las personas pueden vivir de forma segura y en un ambiente de recuperación positivo.

Servicios de Hospitalización Parcial	Este programa incluye al menos 20 horas por semana en un entorno clínico en el que jóvenes y adultos participan en capacitación de habilidades de superación y asesoría/terapia. Este servicio es la cantidad de intervención que una persona recibiría si estuviera en el hospital, aunque la persona no duerma durante la noche en el programa.
Servicios Ambulatorios Intensivos	Este programa incluye un promedio de 6-19 horas semanales de terapia en un entorno clínico en el que jóvenes y adultos participan en capacitación de habilidades de superación y en asesoría/terapia.
Servicios Ambulatorios	Estos servicios incluyen pruebas, asesoría/terapia y apoyo con medicamentos en un entorno clínico con un profesional certificado de salud mental.
Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés)	Este servicio está dirigido a adultos con trastornos por consumo de opioides e incluye medicamentos que se toman a diario en estas clínicas.
Tratamiento de Adicciones en Consultorio (OBAT, por sus siglas en inglés)	Este servicio es para jóvenes y adultos con trastornos por uso de sustancias y se brinda en un entorno clínico de atención primaria. Este servicio incluye ambos servicios, médicos y de comportamiento, para ayudar a las personas con trastornos por uso de sustancias.
Gestión de Casos de Uso de Sustancias	Los servicios de administración de casos de uso de sustancias y sus familiares pueden acceder a los apoyos médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, educativos, vocacionales, de recuperación y otros apoyos esenciales para satisfacer las necesidades básicas del afiliado.
Servicios de Apoyo de Recuperación entre Pares	Un Especialista en Recuperación entre Pares (PRS, por sus siglas en inglés), es una persona que se identifica a sí misma con una experiencia vivida con una afección de salud mental y/o adicción que se encuentra en una recuperación de los retos de la salud mental y/o la adicción exitosa y continua. Los Especialistas en Recuperación entre Pares utilizan la experiencia vivida para apoyar la recuperación de otra persona.

Puede hablar con su médico de atención primaria sobre opciones de tratamiento del uso de sustancias o alcohol. Su médico y/o equipo de atención médica trabajará con usted para encontrar el mejor programa para usted. También puede comunicarse con su coordinador de atención de ARTS en su organización de atención administrada. Visite [aquí](#) para obtener más información.

Atención dental, Cardinal Care Smiles

El programa *Cardinal Care Smiles* ahora ofrece beneficios dentales integrales para toda la familia.

Niños: Los afiliados menores de 21 años inscritos en Medicaid y FAMIS MOMS actualmente son elegibles para recibir beneficios integrales, que incluyen ortodoncia, a través del programa *Cardinal Care Smiles*. Los afiliados de FAMIS califican hasta los 19 años de edad.

Adultos afiliados: Todos los adultos afiliados (incluyendo embarazadas, LTSS, edad avanzada, ciegos, discapacitados y de bajo ingreso) reciben servicios dentales integrales (incluyendo dentaduras, pero sin incluir ortodoncias/frenos y puentes).

DentaQuest es el único administrador de los beneficios dentales que coordina la prestación de todos los servicios dentales de *Cardinal Care Smiles*. Si usted necesita ayuda para encontrar a un dentista o para programar una consulta dental, llame al 1-888-912-3456 para hablar con un representante de *Cardinal Care Smiles*.

Admisiones hospitalarias

Su médico debe llamar para obtener una autorización previa antes de que usted pueda ser hospitalizado, o dentro de un plazo de 24 horas después de una admisión hospitalaria de emergencia.

Visitas médicas profesionales

Las consultas para terapias psiquiátricas, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla deben ser autorizadas previamente.

Farmacia

Puede que su médico deba obtener autorización previa para que una farmacia dispense ciertas recetas médicas. Dentro de una familia de medicamentos, puede haber uno o algunos medicamentos específicos que Medicaid o su MCO prefieran que su médico para tratar su condición porque son seguros, eficaces y menos costosos. Esto se conoce como Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) o formulario. Todavía puede recibir medicamentos para tratar eficazmente su condición médica. Se requiere aprobación previa para que se dispense la receta si el medicamento no está en la PDL o formulario. La PDL está disponible para consultarse aquí: www.viriniamedicaidpharmacyservices.com/provider/preferred-drug-list.

Es posible que el médico le recete u ordene algunos medicamentos de Venta Libre (OTC, por sus siglas en inglés) que equivalen a ciertos medicamentos de venta con receta si es rentable hacerlo. Puede encontrar una lista de clases de medicamentos de venta sin libre cubiertos en <https://www.viriniamedicaidpharmacyservices.com/member/documents>, haga clic en el enlace "Lista de medicamentos de venta libre". Los miembros inscritos en una MCO deben comunicarse con la MCO para obtener una lista de los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos. Cuando estén disponibles, se dispensarán medicamentos genéricos a menos que el médico especifique que alguna marca particular es medicamento necesaria.

La Administración de Medicaid de Magellan es la responsable de autorizar recetas para miembros inscritos en la Asistencia Médica de Pago por Servicio. Si tiene preguntas sobre el PDL o formulario, llame a Magellan al 1-800-932-3923. Si está inscrito en una MCO, consulte el sitio web del formulario del plan para conocer la cobertura. Cualquier autorización previa para los afiliados de una MCO es manejada por el plan individual. Llame a la línea de ayuda para obtener instrucciones.

Los afiliados que tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B deben recibir cobertura de recetas médicas con la Parte D de Medicare. Medicaid de Virginia no pagará los medicamentos de prescripción médica para afiliados que son elegibles para Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de la Parte D de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Servicios basados en la escuela

Si su hijo califica para la cobertura de Medicaid o FAMIS y recibe servicios relacionados con la salud de parte de alguien del personal empleado por la escuela (enfermera escolar, psicólogo escolar), los servicios escolares de salud pueden incluir, entre otros:

- fisioterapia y terapia ocupacional o del habla;
- audiología;
- enfermería;
- servicios de salud mental y del comportamiento;
- evaluaciones físicas, de visión y auditivas

El hecho de que su hijo reciba servicios relacionados con la salud en la escuela de parte de un proveedor empleado por la escuela no impacta de ninguna manera la cobertura del estudiante por los mismos servicios fuera de la escuela.

Servicios de transporte para los servicios con cobertura de Medicaid

El transporte para acceder a los servicios de Asistencia Médica puede estar cubierto por una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) o un plan de Pago por Servicio (FFS, por sus siglas en inglés). Dependiendo de su plan de cobertura de Asistencia Médica, los beneficios de transporte podrían cubrir los servicios de ambulancia de emergencia y el transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés). Las reservaciones para transporte se pueden hacer para consultas de rutina y urgentes. A continuación, se presenta una explicación de estos servicios:

- Ejemplos de citas de rutina de servicios con cubiertos incluyen, entre otros: tratamientos médicos; servicios con exención; asesoramiento; diálisis; fisioterapia; y ortodoncia para adolescentes. El transporte de rutina se debe coordinar al menos cinco (5) días hábiles antes de la fecha de la cita.
- Las consultas urgentes son de carácter “URGENTE”, pero no se consideran emergencias. Por ejemplo, usted o su hijo amanecen enfermos y necesitan de inmediato la atención de un médico. Si su médico puede atenderlos tan pronto como lleguen a su consultorio o en menos del aviso de cinco (5) días hábiles mencionado anteriormente, entonces llame al número telefónico para “reservaciones” de su plan y solicite un “viaje urgente”. Su médico o el proveedor de servicios médicos verificará las reservaciones para viajes urgentes.

Para acceder a su beneficio de transporte de NEMT o averiguar si califica, llame a la línea de “reservaciones” de su MCO o visite www.dmas.virginia.gov/media/2712/dmas-all-programs-transportation-contact-list-07-22-2020.pdf. Tenga a la mano su número de identidad de Asistencia Médica (Número de ID), su número telefónico y las direcciones donde se recogerá y se dejará al paciente. Se le dará una hora de recogida y el número de viaje para que anote esta información. Su plan de cobertura designa los proveedores y los medios de transporte.

Si cumple con los requisitos, hay distintas formas de recibir los servicios de transporte. Métodos de transporte adicionales se enumeran a continuación:

- Asistencia de viaje (Ride Assist) por medio de la MCO;
- Servicios de ambulancia que no son de emergencia;
- Boleto de autobús —si vive cerca de una ruta local de autobús—; (si necesita ayuda para entender cómo usar los servicios de autobús, puede solicitar y recibir “capacitación de viaje”. Mencione esto cuando haga la reservación. La capacitación de viaje es un proceso

en el que puede aprender a usar el transporte público de manera segura e independiente.)

- Reembolso de gasolina para que un amigo o familiar lo lleve —el reembolso es solo por transporte directo ida y vuelta del lugar de residencia a la cita—;
- Conductor voluntario designado por su MCO;
- Proveedor de transporte —servicios de furgoneta ambulatorios y/o para silla de ruedas—;
- Taxi;
- Furgoneta para camilla; y
- Compañía de red de transporte (por ejemplo, Uber y Lyft – puede que se apliquen excepciones y restricciones)

Cada MCO tiene un número telefónico de asistencia de viaje (“Ride Assist”) para que llame cuando tenga alguna pregunta o necesite ayuda con el transporte. El número telefónico al que debe llamar se basa en su plan de cobertura. Consulte el cuadro en las dos páginas siguientes para obtener el número telefónico correcto.

Ejemplos de razones para llamar al número telefónico de “Ride Assist” de su plan.

- Tiene alguna pregunta acerca del transporte;
- Desea saber su hora de recogida;
- Cancelar o cambiar sus reservaciones de transporte;
- Tiene alguna inquietud acerca del transporte;
- El servicio de transporte está demorado;
- El transporte no ha llegado a su hora de recogida programada;
- Tiene un cumplido o una queja, y
- Está listo para volver a casa usando el viaje “*Will Call*”.

Servicios de ambulancia de emergencia: Si se ha producido una lesión grave o una emergencia de vida o muerte, llame al 911. El transporte en ambulancia de emergencia podría ser un servicio que tenga cobertura a través de su plan. Consulte el manual para afiliados de su plan si desea obtener una explicación de la cobertura de ambulancia.

Las coberturas de pago por servicio y transporte de la MCO podrían cubrir los servicios de “transporte fuera del estado” que sean superiores a 50 millas de la frontera estatal de Virginia. Todos los servicios de transporte fuera del estado deben ser aprobados **ANTES** del viaje. Si su plan es de pago por servicio, llame a la línea de ayuda médica del DMAS al (804)786-8056 para obtener aprobación **ANTES** del viaje. Si tiene la cobertura de una MCO, comuníquese con su MCO para obtener la aprobación **ANTES** de su viaje. Su MCO le dará instrucciones concernientes a sus reservas de viaje y su reembolso.

Recuerde: Los beneficios de transporte deben usarse cuando vaya a un servicio con cobertura de Medicaid que su plan de beneficios cubre. Los beneficios de transporte de FFS y MCO varían

según su plan de cobertura. Consulte su Manual para Afiliados de su plan de salud para obtener los servicios con cobertura.

Los afiliados de Medicaid que tengan una exención de Vida Comunitaria (CL, por sus siglas en inglés), Camino a la Independencia (BI, por sus siglas en inglés) o Apoyos Familiares e Individuales (FIS, por sus siglas en inglés) recibirán los beneficios de transporte para los servicios con exención a través de las Reservaciones FFS y Asistencia de Viaje (Ride Assist). Llame a los números telefónicos para reservaciones y Asistencia de Viaje de su plan CCC Plus para obtener los servicios de transporte a su consulta médica de Medicaid. Es posible que tenga que saber en qué zona geográfica se encuentra.

La lista de los números de Asistencia de Viajes (Ride Assist) la puede encontrar en: tinyurl.com/mrnwtd35

Zonas geográficas de los servicios regionales:

Región 1	Tidewater
Región 2	Central
Región 3	Oeste /Charlottesville
Región 4	Roanoke / Alleghany / Lynchburg
Región 5/6	Sureste /Norton /Abingdon /Bristol
Región 7	Virginia del norte/ Winchester

Puede encontrar información adicional acerca del programa de transporte de pago por servicio (FFS) en la siguiente dirección transportation.dmas.virginia.gov.

Los números telefónicos gratuitos de contacto para el Transporte Médico No Urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) de todos los programas de Medicaid de DMAS se enumeran a continuación:

Números telefónicos de reservaciones del NEMT

Encuentre a continuación el plan de Medicaid en el que está inscrito y llame a ese número telefónico para programar el servicio de transporte o para consultar si califica para dicho servicio. Pregunte sobre boletos de autobús con destino a su consulta de Medicaid o reembolsos de gasolina para usted, un amigo o vecino por realizar dicho viaje.

Pago Por Servicio (FFS)	Número de reservación	Detalles
Pago Por Servicio (FFS); incluye todos los servicios con exención: CL, BI y FIS	(866) 386-8331	Servicios para todas las edades y todos los niveles

Cardinal Care	Número de reservación	Detalles
Aetna Better Health of Virginia ¹	(800) 734-0430	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Anthem HealthKeepers	(877) 892-3988	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Humana Healthy Horizons	(877) 718-4215	Servicios para todas las edades y todos los niveles
Sentara Health	(877) 892-3986	Pacientes ambulatorios de todas las edades y en silla de ruedas
United HealthCare Community Health Plan ²	(833) 215-3884	Servicios para todas las edades y todos los niveles

1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare

2 –United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

Transporte Ride Assist / Números de teléfono de atención al cliente

Si necesita cancelar su viaje, hacer preguntas acerca de su viaje o transporte, o tiene un cumplido o una queja, llame a su plan de Asistencia Médica (enumerado a continuación). Para obtener más información, use el siguiente enlace: : <https://dmas.virginia.gov/for-providers/benefits-services-for-providers/transportation/non-emergency-transport/> y haga clic en "Transportation Contacts for Reservations and Ride Assist/Customer Service".

Transporte de cuota por servicio	Número telefónico
Pago Por Servicio; todas las regiones	(866) 246-9979

Manual de pasajero de pago por servicio, preguntas frecuentes (FAQ) y reservaciones en línea: transportation.dmas.virginia.gov

Servicios de transporte de Cardinal Care	Número telefónico
Aetna Better Health ¹	(800) 734-0430 Opción 2
Anthem HealthKeepers	(877) 892-3988 Opción 2
Humana Healthy Horizons	(877) 718-4215 (TTY: 711)
Sentara Health	(877) 892-3986 Opción 1
United Healthcare ²	(833) 215-3885 {TTY: (844) 488-9724}

- 1 – Aetna Better Health anteriormente conocido como CoventryCare
2 – United HealthCare anteriormente conocido como InTotal Health

BENEFICIOS A TRAVÉS DE MEDICAID

A continuación, se presenta una lista general de los servicios con la cobertura de Medicaid. La mayoría de los beneficiados de Medicaid están inscritos a una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés). Esta es solamente una lista general y las coberturas podrían variar. Si una MCO le proporciona la cobertura, comuníquese con la MCO para obtener las pautas de cobertura ya que podrían ofrecer otros servicios o coberturas distintos a los que se enumeran a continuación.

BabyCare (atención médica para bebés): Gestión de casos para mujeres con embarazos de alto riesgo y bebés de hasta dos años de edad inscritos en Medicaid, FAMIS y FAMIS MOMS. Los servicios prenatales ampliados que presta BabyCare están disponibles para ayudar a las afiliadas a que el resultado de su embarazo sea positivo. Estos servicios son:

- Educación prenatal sobre una variedad de temas tales como abandonar el consumo de tabaco, la preparación para el parto y la crianza;
- Asesorías y consejos nutricionales;
- Servicios de trabajo doméstico para afiliados a quienes el médico les haya ordenado guardar reposo absoluto, y
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias.

Servicios clínicos: centro (público y privado) para el diagnóstico y el tratamiento de personas que reciben atención ambulatoria.

Servicios de atención dental: los dentistas que participan en el programa **Cardinal Care Smiles** brindan servicios dentales sin costo para los beneficiarios cubiertos. Las personas menores de 21 años de edad y afiliadas embarazadas cumplen los requisitos para obtener servicios integrales como diagnósticos, preventivos, y procedimientos restaurativos / quirúrgicos. Las dentaduras, los frenos y las coronas permanentes están cubiertos para personas menores de 21 años de edad cuando estos han sido ordenados por un dentista y autorizados previamente por el DentaQuest. Los adultos afiliados reciben servicios dentales integrales, sin incluir ortodoncias/frenos y puentes. Llame a **Cardinal Care Smiles** al 1-888-912-3456 si desea obtener ayuda para encontrar un dentista.

Equipos y Suministros Médicos Durables (DME, por sus siglas en inglés): Los equipos y suministros médicos clínicamente necesarios podrían tener cobertura cuando son indispensables para llevar a cabo un tratamiento ordenado por un médico. Por ejemplo:

- Suministros de ostomía;
- Equipo y suministros de oxígeno y respiratorios, y
- Equipo y suministros de diálisis domiciliaria.

Detección Periódica Temprana, Diagnósticos y Tratamientos (EPSDT, por sus siglas en inglés): Beneficio de cobertura de atención médica preventiva que ofrece exámenes de bienestar para

niños con pruebas adecuada y vacunas para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad con el fin de mantener a los niños saludables. Los servicios médicamente necesarios, los cuales se requieren para corregir o mejorar afecciones de la salud o evitar que empeoren, y las enfermedades físicas o mentales que son detectadas durante alguna prueba podrían contar con la cobertura del programa EPSDT aun cuando no tengan la cobertura de un plan de seguro médico del estado.

Intervención temprana: Gestión de casos y otros servicios diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de bebés y niños pequeños de hasta 3 años de edad con retrasos en el desarrollo. Este programa también ayuda a satisfacer las necesidades de la familia que se debe encargar de mejorar el desarrollo del niño.

Exámenes de la vista: Limitado a un examen cada dos años.

Anteojos: Cobertura solo para los menos de 21 años.

Servicios de planificación familiar /control de natalidad: Servicios que retrasan o evitan el embarazo que incluyen diagnósticos, tratamientos, medicamentos, suministros, aparatos y ciertos procedimientos de esterilización electivos (para hombres y mujeres). La cobertura de dichos servicios no incluye servicios para tratar la infertilidad o que promueven la fertilidad.

Tiras reactivas para medir la glucosa: En casos de necesidad médica, están cubiertas las tiras reactivas para llevar un autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

Servicios de atención médica domiciliaria: Las visitas de enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o terapeutas del habla o del lenguaje requieren previa autorización para más de cinco visitas. Las visitas de un asistente de atención médica domiciliaria se limitan a 32 visitas anuales.

Atención hospitalaria:

- **Hospitalizado:** Paciente que ha sido hospitalizado para ocupar una cama y recibir servicios hospitalarios. Los días aprobados están cubiertos.
- **Pacientes ambulatorios:** Paciente que recibe servicios médicos, pero que no ha sido hospitalizado.

Servicios hospitalarios psiquiátricos para personas menores de 21 años de edad y para personas de 65 años de edad en adelante: servicios que ofrecen diagnósticos, tratamientos o atención a personas con enfermedades mentales en un entorno hospitalario. Los servicios psiquiátricos hospitalarios podrían tener cobertura en un hospital o en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos. Una persona entre 22 y 64 años de edad podría recibir los servicios psiquiátricos internos en una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos.

Sala de emergencia de hospital: Las visitas para recibir tratamiento de emergencia de problemas de salud graves con riesgo de muerte están cubiertas.

Institución: Establecimiento que suministra comida, albergue y varios niveles de atención. Los ejemplos de instituciones incluyen establecimientos de enfermería, centros de atención

intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICFs/IID, por sus siglas en inglés), hospitales de cuidado a largo plazo, IMD, o un Centro de Tratamiento Psiquiátrico Residencial (PRTF, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, consulte www.dmas.virginia.gov/#/ltss.

Pruebas de plomo: Las pruebas para medir los niveles de plomo en sangre se requieren para todos los niños que cumplen los requisitos de Medicaid como parte de las pruebas de detección del EPSDT en niños de entre 12 y 24 meses de edad. La prueba también se aplica a cualquier niño entre las edades de 36 y 72 meses a quien no se le haya tomado la prueba anteriormente.

Apoyos y servicios a largo plazo: Estos servicios podrían incluir atención médica en un entorno institucional como un centro de enfermería o un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades de desarrollo o ser prestados en la comunidad por medio de una exención de cuidado domiciliario y comunitario. Consulte www.dmas.virginia.gov/#/ltss.

Atención en centros de enfermería: Atención en un centro autorizado y certificado que presta servicios a personas que no requieren del nivel de atención y tratamiento que se presta en un entorno hospitalario.

Trasplantes de órganos: Están cubiertos los trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, córnea, quimioterapia de alta dosis, y de médula ósea o célula madre. Todos los trasplantes, excepto el de córnea, requieren autorización.

PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores): Alternativa basada en la comunidad para la atención institucional a largo plazo. PACE ayuda a los participantes a permanecer en sus hogares brindándoles servicios médicos y sociales integrales con base en un solo establecimiento.

Atención personal: Servicios de apoyo para ayudar con actividades cotidianas (bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, comer, continencia de los intestinos y la vejiga necesaria para mantener la salud y la seguridad), supervisión de medicamentos auto administrados y el monitoreo del estado de salud y la condición física. Estos servicios se prestan a personas inscritas en una exención domiciliaria o comunitaria que reúnen las condiciones de pautas de necesidad médica establecidas, para afiliados menores de 21 años de edad en el programa EPSDT (cuando se cumplan los criterios de necesidad médica) y por medio de Medicaid Works. Los servicios no adoptan la forma de sistemas de apoyo informales.

Servicios de médicos: Servicios médicos prestados por médicos generalistas, especialistas y osteópatas.

Servicios de podología (cuidado de los pies): El cuidado rutinario y preventivo de los pies no cuenta con la cobertura de Medicaid. El pago por el corte de uñas para afecciones tales como la diabetes se limita a una vez cada 2 meses.

Medicamentos recetados cuando los ordena un médico: Medicaid tiene una Lista de Medicamentos Preferenciales (PDL, por sus siglas en inglés), pero los medicamentos que no figuren en la lista pueden tener cobertura si son autorizados previamente. Las recetas se

Departamento de Servicios de Atención Médica

En vigor desde el 6/3/2025

dispensan con un suministro para no más de 34 días a la vez. Cuando estén disponibles, los medicamentos genéricos se dispensan a menos que el médico especifique que alguna marca particular es médicamente necesaria. Algunos medicamentos de venta sin receta puede tener cobertura si algún médico receta estos en lugar de medicamentos recetados. **Los afiliados de Medicaid que tienen la cobertura de Medicare deben recibir su cobertura de medicamentos recetados bajo la cobertura de la Parte D de a Medicare.** Para obtener información acerca de la cobertura de la Parte D de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Aparatos prostéticos: Se limitan a brazos y piernas artificiales y artículos necesarios para acoplar las prótesis; deben ser autorizados previamente.

Servicios psiquiátricos o psicológicos: Medicaid cubre visitas para salud mental o trastorno por uso de sustancias. No se necesita autorización previa para estos servicios.

Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial para niños y adolescentes menores de 21 años de edad (servicios EPSDT): Los servicios de tratamiento residencial incluyen los servicios de terapia grupal domiciliaria y de tratamiento psiquiátrico residencial.

Visita a clínica para diálisis renal (riñón): Las visitas ambulatorias para el tratamiento de diálisis por enfermedad renal en etapa final son servicios que tienen cobertura. La visita podría componerse de dos partes: el centro ambulatorio y la evaluación del médico, y las cuotas de administración.

Servicios de rehabilitación: Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.

Telesalud: Algunas visitas y servicios médicos pueden realizarse utilizando una computadora o teléfono. Consulte con su proveedor de servicio.

Servicios de transporte para tratamientos médicos:

Véase la sección que comienza en la página 25.

Tratamiento de cuidado de crianza -gestión de casos—: servicios de gestión de casos para niños que están en cuidado de crianza terapéutico.

¿QUÉ SERVICIOS NO TIENEN LA COBERTURA DE MEDICAID?

- Abortos, a menos de que el embarazo implique riesgo de perder la vida;
- Acupuntura;
- Gastos administrativos, tales como completar formularios o copias de expedientes;
- Inseminación artificial, fecundación in vitro u otros servicios para estimular la fecundación;
- Citas incumplidas;
- Ciertos medicamentos cuya eficacia no se haya comprobado y los ofrecidos por fabricantes farmacéuticos no participantes (los médicos inscritos, las farmacias y los departamentos de salud tienen listas de estos medicamentos);
- Determinados procedimientos quirúrgicos y diagnósticos;
- Servicios quiroprácticos;
- Tratamiento o cirugía cosmética;
- Guardería, incluidos los servicios de cuidado para adultos mayores (excepto en algunas exenciones de servicio domiciliario y comunitario);
- Servicios de un médico durante días de hospitalización sin cobertura;
- Medicamentos prescritos para tratar la pérdida de cabello, blanquear la piel o tratar la disfunción eréctil;
- Anteojos o sus reparaciones para miembros de 21 años de edad o mayores;
- Cargos por hospitalización por días de atención cuya cobertura no ha sido autorizada, incluyendo la hospitalización en viernes o sábado por motivos que no sean de emergencia o por hospitalización de más de un día antes de la cirugía;
- Vacunas para afiliados de 21 años en adelante (excepto las de gripe o neumonía para las personas en peligro);
- Atención hospitalaria en una institución de tratamiento de enfermedades mentales para afiliados menores de 65 años de edad (a menos que sean menores de 21 años de edad y estén recibiendo servicios psiquiátricos internos o que tengan entre 21 y 64 años y estén recibiendo tratamiento hospitalario de SUD bajo la exención de ARTS);
- Atención médica recibida de proveedores que no están inscritos o que no aceptan la cobertura de Medicaid de Virginia;
- Las ortodoncias / frenos y puentes no están cubiertas para los adultos;
- Servicios de cuidado personal (excepto en algunas exenciones de servicio basado en el hogar o en la comunidad bajo el programa EPSDT);
- Medicamentos recetados si el afiliado tiene la cobertura de la Parte A o Parte B de Medicare;
- Servicios de enfermería privada (excepto en algunas exenciones de servicio basado en el hogar o en la comunidad según el programa EPSDT);
- Pruebas psicológicas llevadas a cabo para fines escolares, diagnósticos educativos, admisión y/o en en una escuela o institución o por orden judicial (las pruebas psicológicas realizadas por agencias de educación locales que están en el Plan Individual de Educación (IEP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la cobertura de salud basada en la escuela);
- Educación remedial;
Exámenes físicos escolares o deportivos rutinarios;
- Esterilización de afiliados menores de 21 años de edad;
- Consultas telefónicas; y

- Programas clínicos de pérdida de peso.

Esta lista no incluye todos los servicios que no son pagados por Medicaid. Si usted recibe un servicio que no tiene la cobertura de Medicaid o recibe más servicios que el límite de Medicaid para dicho servicio, usted tendrá que pagar esas facturas. Algunos servicios podrían tener cobertura para miembros de 21 años de edad o menores en el programa EPSDT.

SERVICIOS PARA NIÑOS / EPSDT

El programa de Detección Temprana y Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) es la cobertura médica integral y preventiva para niños que ofrece Medicaid para afiliados de hasta 21 años de edad inscritos en Medicaid o FAMIS Plus. El EPSDT detecta y trata problemas de salud por medio de:

- Exámenes médicos, dentales, oculares y auditivos regulares;
- Diagnóstico de problemas, y
- Tratamiento de problemas dentales, oculares, auditivos y de otro tipo que se descubran durante los exámenes.

EL EPSDT ES GRATIS:

- Medicaid cubrirá los gastos de los exámenes del EPSDT.
- Medicaid cubrirá los gastos por el tratamiento de problemas dentales, oculares, auditivos y de otro tipo que se descubran durante los exámenes si los servicios son médicamente necesarios para eliminar un problema o evitar que empeore.
- Si califica para la cobertura de transporte, Medicaid proporcionará el servicio de transporte para la consulta de su niño. Comuníquese con su Organización de Atención Administrada, o, si no tiene una MCO, llame a la línea de ayuda gratuita.

El médico de su niño lleva a cabo los exámenes del EPSDT y deben incluir:

- Un historial completo de la salud, la nutrición y el desarrollo de su niño;
- Un examen físico de pies a cabeza;
- Educación de la salud;
- Una revisión del crecimiento y el desarrollo;
- Pruebas de laboratorio;
- Pruebas de exposición al plomo a los 12 y 24 meses de edad o antes de los 6 años de edad si no se le ha administrado la prueba anteriormente;
- Inmunizaciones / vacunas, según sea necesario;
- Examen ocular;
- Examen auditivo, y
- Referencia a un dentista a la edad de un año.

Los exámenes dentales con un dentista se deben llevar a cabo cada 6 meses. Para obtener una referencia a un dentista, llame a *Cardinal Care Smiles* al 1-888-912-3456 o visite dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/member-page.

Usted debe llevar a su niño al médico para que le realicen exámenes desde una edad temprana y de forma regular. Obtener los exámenes regulares del EPSDT, incluso si su niño no esté enfermo, es la mejor manera de asegurar que su hijo se mantenga sano.

Use el cuadro a continuación para saber cuándo debe hacerse exámenes regulares su niño.

Los bebés necesitan	Los niños pequeños necesitan exámenes a la edad de:	Los niños mayores necesitan	Los adolescentes necesitan
exámenes a la edad de:		exámenes a la edad de:	exámenes a la edad de:
3 a 5 días	15 meses	5 años	12 años
1 mes	18 meses	6 años	13 años
2 meses	2 años	7 años	14 años
4 meses	30 meses	8 años	15 años
6 meses	3 años	9 años	16 años
9 meses	4 años	10 años	17 años
12 meses		11 años	18 años
			19 años
			20 años

Pida a su médico más información acerca de las vacunas

Si se requiere un tratamiento o servicio para corregir o mejorar un problema detectado durante un examen del EPSDT, o evitar que empeore un problema, hable con el médico de su niño. Hay servicios que tienen la cobertura del EPSDT que por lo general no cuentan con la cobertura de Medicaid. Su niño podría ser referido a atención especializada médicamente necesaria u otros servicios de atención médica si el médico de cabecera o proveedor de pruebas de detección no puede proporcionar el tratamiento.

APOYOS Y SERVICIOS A LARGO PLAZO (LTSS, por sus siglas en inglés)

Medicaid cubre los gastos de los servicios de LTSS (también conocidos como atención a largo plazo) en hogares y comunidades por medio de exenciones, y en algunos entornos institucionales, tales como centros de enfermería, centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales, y para personas en la comunidad por medio de una exención de atención basada en el hogar y la comunidad.

Para calificar para los servicios de LTSS, la persona debe reunir ciertas condiciones de nivel de cuidado. Estos requisitos podrían incluir asistencia en actividades de la vida diaria y una necesidad de cuidados de enfermería. Para recibir los servicios LTSS, hay un requisito federal que implica que la persona debe estar en peligro de institucionalización dentro de un plazo de 30 días si no se prestan los servicios LTSS.

Existen reglas y requisitos de elegibilidad (como evaluaciones de admisión / autorización de servicio, evaluación de transferencia de activos y pago de paciente) que solo aplican a personas que necesitan la cobertura de Medicaid para los servicios a largo plazo. Si un niño ha sido examinado médicamente, ha sido institucionalizado por 30 días y requiere los servicios LTSS, los ingresos y los recursos de sus padres no se incluyen en la determinación financiera.

Comuníquese con su dependencia local del DSS si se requieren los servicios de atención a largo plazo de Medicaid.

Existen exenciones que están dirigidas específicamente a personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo. Colectivamente, estos se conocen como Exenciones de Discapacidad del Desarrollo (DDW). Estas exenciones brindan apoyo en la comunidad en vez de una alternativa institucional.

Para atender a las personas, deben tener una discapacidad del desarrollo que cumpla con el nivel institucional de criterios de atención según el Código de Virginia - § 37.2-100 , y se determina que están en riesgo inminente de colocación institucional, y pueden proporcionar servicios críticos basados en la comunidad bajo la exención permitiendo al individuo recibir los servicios que necesita en la comunidad y evitar institucionalizarlo.

Estas exenciones pueden tener una lista de espera de participación en todo el estado. Las exenciones (de acuerdo a 12VAC30-122-240, 250 y 260) son las siguientes:

- **Exención de apoyo familiar e individual (anteriormente conocida como exención de apoyo DD):** Para personas que viven con sus familias o en su propio hogar, incluidos apoyos para aquellos con algunas necesidades médicas o de comportamiento. Disponible para ambos, niños y adultos.
- **Exención de vida en la comunidad (anteriormente conocida como exención de identificación):** Esta exención incluye apoyos residenciales y una gama completa de asistencia médica, del comportamiento y no médica. Disponible para adultos y niños para apoyar a aquellos que requieren alguna forma de servicio residencial de 24 horas al día, siete días a la semana.

- **Creación de la exención de independencia (anteriormente conocida como exención de DS)** - Para adultos (mayores de 18 años) capaces de vivir independientemente en la comunidad. Los individuos poseen, arriendan o controlan sus propios arreglos de vivienda y los apoyos son se complementan con subsidios de renta no financiados por exenciones. Las personas requieren apoyos mínimos.

Comuníquese con su dependencia local del DSS, la Junta Directiva de Servicios Comunitarios, el Departamento de Salud del Comportamiento y Servicios para el Desarrollo, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y de Rehabilitación (DARS, por sus siglas en inglés), o la División de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS, por sus siglas en inglés) de DMAS al (804) 692-0481 para obtener más información.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derecho a...

- Presentar una solicitud para recibir atención Recibir información escrita acerca de las políticas específicas de elegibilidad;
- Que las decisiones se tomen de inmediato (dentro de los límites establecidos por las normas estatales y federales);
- Recibir notificación escrita de la decisión;
- Que se mantenga la confidencialidad de su información personal y de salud;
- Recibir avisos previos a las acciones que dan por finalizada su cobertura o la reducen, y
- Apelar cualquier acción, tal como:
 - cualquier decisión que deniegue, dé por finalizada o reduzca su elegibilidad de Medicaid;
 - cualquier periodo de tiempo poco razonable que haya demorado decidir si usted es elegible, y
 - cualquier decisión que deniegue, dé por finalizada o reduzca los servicios médicos con cobertura de Medicaid.

Usted es responsable de...

- Completar con exactitud y veracidad los formularios de solicitud y renovación;
- Proporcionar la información solicitada, o de informar a su trabajador de elegibilidad acerca de cualquier problema que pudiera tener en obtener la información necesaria;
- Informar a su trabajador de requisitos sobre cualquier otro seguro médico que pudiera cubrir algunas de sus facturas;
- **Notificar inmediatamente** cambios en sus circunstancias, como:
 - Cambios de domicilio, nacimiento de un hijo, fallecimiento de un miembro de la familia, matrimonio, empleo nuevo, añadir o eliminar otro seguro médico o cualquier cambio en las condiciones en el hogar;
 - La interrupción temprana o pérdida del embarazo;
 - Cambios en sus condiciones financieras (las cuales incluyen tanto ingresos

salariales como no salariales, tales como seguro social, Ingreso de Seguridad Suplementaria —SSI, por sus siglas en inglés—, asistir al trabajo, cambios en el empleo, transmisión de activos o herencias). Cualquier seguro médico que pudiera cubrir algunas de sus facturas;

- Presentar un reclamo de lesiones personas a causa de un accidente;
- Cumplir con sus consultas programadas, y
- Mostrar a su proveedor de atención médica su tarjeta(s) plástica del seguro cuando acude a recibir dicha atención.

FRAUDE Y OTRAS INDEMNIZACIONES

Cometer un fraude de Medicaid significa retener u ocultar deliberadamente información o dar información falsa para obtener la cobertura de Medicaid. También se comete fraude de Medicaid cuando un proveedor factura a Medicaid por servicios que no fueron prestados a un afiliado de Medicaid, o si un afiliado permite a otra persona usar su número de Medicaid para obtener atención médica y no se ha determinado si dicha persona es elegible para recibir la cobertura de Medicaid.

A cualquier persona condenada por cometer fraude de Medicaid en un tribunal de justicia se le podría requerir que reembolse al programa de Medicaid todas las pérdidas (reclamos pagados y primas de atención administrada) y no podrá obtener la cobertura de Medicaid por un año después de la condena. Asimismo, la pena podría incluir una multa de hasta \$25,000 y/o hasta 20 años de prisión. También es posible que tenga que reembolsar al programa de Medicaid por cualquier reclamo y prima de atención administrada pagados durante los periodos en que no cumplía con los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid debido a actos que no se consideran delictivos. El fraude y el abuso deben ser denunciados a su dependencia local del Departamento de Servicios Sociales o a la Unidad de Auditorías de Beneficiados del DMAS al (804) 786-1066 (local) y sin costo al 866-486-1971. El fraude y el abuso también pueden ser denunciados por correo electrónico a recipientfraud@dmas.virginia.gov.

Medicaid también puede solicitar la recuperación de pagos efectuados por servicios recibidos por, o por primas de administración de la atención pagados en nombre de, afiliados que no cumplen los requisitos, los cuales no pretendían cometer fraude. **Esto también incluye la recuperación por servicios médicos recibidos durante un procedimiento de apelación cuando la acción de la agencia se sostenga.** No hay limitación para las recuperaciones de Medicaid.

Si usted está inscrito en una MCO de Medicaid, este programa paga las primas a la MCO cada mes para asegurar la cobertura, aun cuando usted no haya usado ningún servicio médico ese mes. Estas primas se consideran servicios pagados por el programa y pueden ser recuperados si se determina que usted no califica para ningún periodo de tiempo. Si se determina que usted es inelegible para la cobertura de meses anteriores debido a que usted no declaró información verdadera, ni informó sobre cambios en sus circunstancias al trabajador del caso, podría ser responsable de pagar las indemnizaciones por estas primas mensuales.

Responsabilidad de terceros y reclamos por lesiones personales

Si usted se ha lesionado en cualquier tipo de accidente y ha presentado un reclamo por lesión personal, debe informar a su trabajador de elegibilidad en su dependencia local del DSS. Se le notificará a Medicaid para que puedan recuperar los pagos de servicios médicos relacionados con su accidente de las partes responsables. El DSS necesitará información como la fecha del accidente / lesión, tipo de accidente, y el nombre del abogado o la aseguradora implicados en el reclamo de lesión personal.

Recuperación de patrimonio

La muerte de un afiliado de Medicaid debe notificarse a la dependencia local del DSS de la persona fallecida tan pronto como sea posible. El DMAS es responsable de recuperar dinero del patrimonio de un afiliado de Medicaid de 55 años en adelante.

La recuperación solo se puede llevar a cabo después de la muerte del cónyuge sobreviviente y solo si no hay hijos que sean ciegos, discapacitados o menores de 21 años de edad. Los dependientes o herederos de un patrimonio también pueden reclamar una dificultad excesiva (una acción que requiere una dificultad o gasto significativo) durante el proceso de recuperación. Si el reclamo de la dificultad se concede, DMAS podría renunciar a la totalidad o a una parte de la recuperación y, si se niega, se le concede a la persona la oportunidad de apelar la decisión.

Para obtener más información sobre una recuperación de patrimonio, consulte la hoja informativa de Recuperación de Patrimonio en el sitio web del DMAS.

CUÁNDO Y CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene derecho de solicitar una apelación sobre cualquier acción adversa relativa a la elegibilidad inicial o continua de Medicaid. Lo anterior incluye demoras en el procesamiento de su solicitud, acciones para denegar su solicitud de servicios médicos o acciones para reducir o dar por finalizada la cobertura después de que se hayan determinado su elegibilidad. Debe solicitar una apelación dentro de los 30 días de haber recibido la notificación de la agencia sobre dicha acción.

Usted o alguien que usted desee que lo represente pueden solicitar una apelación. Si desea que alguien lo represente en una apelación, esta persona debe tener su consentimiento escrito. Puede designar a un familiar, amigo, consejero legal (abogado), u alguien más que lo represente durante su apelación.

El plazo estándar para la decisión es de 90 días a partir de la fecha en que presentó su solicitud de apelación. Las demoras solicitadas o provocadas por usted o su representante autorizado pueden extender la fecha de vencimiento para que completemos su decisión. La fecha de vencimiento extendida será determinada por el número de días y el motivo de la demora.

Puede solicitar una apelación rápida (acelerada) si usted o su médico creen que esperar una decisión podría poner en peligro su salud o su vida. No todas las apelaciones reúnen las condiciones para ser aceleradas. El DMAS decidirá y le informará si su apelación se agilizará o no.

Puede solicitar que continúe su cobertura durante la apelación. Para recibir cobertura continua, debe presentar su apelación antes de la fecha en que termine la cobertura o dentro de los diez (10) días de haber recibido la notificación de la agencia acerca de la acción. No todas las personas califican para la cobertura continua. Es probable que usted tenga que reembolsar a Medicaid por la cobertura adicional que recibió si pierde su apelación.

¿Cómo solicito una apelación?

Puede solicitar una apelación:

1. En el portal del Sistema de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS, por sus siglas en inglés). Puede acceder al portal en: www.dmas.virginia.gov/appeals.
2. Por correo electrónico. Puede enviar por correo electrónico su solicitud de apelación a: appeals@dmas.virginia.gov.
3. Vía fax. Puede faxear su solicitud de apelación a DMAS al (804) 452-5454.
4. Por correo postal o en persona. Envíe o traiga su solicitud de apelación a: División de Apelaciones, Departamento de Servicios de Asistencia Médica, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219.
5. Por teléfono. Llame a la División de Apelaciones de DMAS al (804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120).

Para ayudarle a solicitar una apelación con un formulario de solicitud de apelación en papel, si así lo desea, DMAS lo pone a su disposición en www.dmas.virginia.gov/appeals. También puede preguntar por el formulario en su Departamento Local de Servicios Sociales o solicitar una copia llamando al (804) 371-8488. También puede escribir su propia carta solicitando la apelación.

Si escribe su propia carta para solicitar una apelación, por favor incluya información de identificación como su nombre completo, fecha de nacimiento, número de afiliado de Medicaid, o Número de Seguro Social. También debe incluir la razón de su apelación y el nombre de la agencia u oficina que envió la carta o Notificación de Acción que está apelando. Si es posible, por favor incluya una copia de la Notificación de Acción con su solicitud de apelación. También puede incluir cualquier documento que le gustaría que DMAS revisara durante su apelación.

Si su solicitud de apelación califica para una audiencia, su audiencia se agendará con la agencia que tomó la acción que está apelando. Usted y la agencia serán notificados por escrito sobre la fecha, hora y lugar de su audiencia con DMAS. Algunas audiencias pueden ser conducidas por teléfono; es importante que tengamos el número de teléfono correcto para localizarle.

Es posible que nos comuniquemos con usted para pedir información adicional, por eso es importante que revise su buzón o correo electrónico frecuentemente, dependiendo de cómo nos pidió que le contactáramos. Asegúrese de prestar atención a las fechas límites en nuestras

cartas y de enviar la información antes de la fecha límite. Incluya el número de apelación en los documentos que nos envíe.

La decisión del Funcionario de Audiencia es la decisión administrativa final emitida por DMAS. Si no está de acuerdo con la decisión del Funcionario de Audiencia, puede apelarla con su corte de circuito local.

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD

Cuándo recibe servicios de atención médica de una agencia como DMAS, esta agencia podría obtener información médica (de salud) acerca de usted. De conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y cualquier requisito posterior como el Omnibus de 2014, su información médica está protegida. La información médica incluye cualquier información relativa a: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la atención médica que se le presta, o (3) los pagos de su atención médica pasados, presentes o futuros.

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Lo siguiente describe cómo se podría usar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. **Por favor revise en detalle.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos;
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamos;
- Solicitar comunicación confidencial;
- Pedir que se limite la información que compartimos;
- Obtener una lista de los terceros con quienes hemos compartido su información;
- Obtener una copia de este aviso de privacidad;
- Decidir que alguien actúe en su nombre; y
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Sus opciones

Tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Respondemos a preguntas de cobertura enviadas por su familia o amigos; y
- Brindamos ayuda para catástrofes.

Nuestros usos y divulgaciones

Podríamos usar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe;

- Operamos nuestra organización;
- Cubrimos los gastos de sus servicios de atención médica;
- Administramos su plan de salud;
- Ayudamos en asuntos de salud y seguridad pública;
- Realizamos trabajos de investigación;
- Acatamos la ley;
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con un médico forense o director funerario;
- Atendemos solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales, y
- Respondemos a demandas y acciones judiciales.

Sus derechos y nuestras responsabilidades

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de expedientes médicos y de reclamos

- Puede solicitar consultar u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos y otra información médica que tengamos acerca de usted. Pregúntenos cómo puede solicitarla.
- Le proporcionaremos una copia o resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, por lo general dentro de un plazo de 30 días de haber recibido su solicitud. Podríamos cobrar una cuota razonable con base en el costo.

Solicitarnos corregir sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que corriamos sus expedientes médicos y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo puede solicitarlo.
- Podríamos “denegar” su solicitud, pero le informaremos la razón por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su número telefónico de casa u oficina) o que enviemos la correspondencia a un domicilio distinto.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos “aceptarla” si usted nos informa de que estaría en peligro si la denegáramos.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos;

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos “denegarla” si afectara su atención médica.

Obtener una lista de los terceros con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (explicación) de las veces en que hemos compartido su información médica en los últimos seis años contados a partir de la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (tales como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos una explicación gratis por año, pero cobraremos una cuota razonable y con base en el costo si solicita otra dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede pedirnos una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir un aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel lo mas pronto posible.

Decidir que alguien actúe en su nombre

- Si usted ha otorgado a alguien una carta poder médica o si alguien es su tutor legal, esta persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

Presente una queja si cree que sus derechos han sido violados

- No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja.
- Puede presentar una queja 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) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el funcionario de privacidad del DMAS, 600 East Broad Street, Richmond, VA 23219 o enviando un correo electrónico a HIPAAprivacy@dmas.virginia.gov.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones acerca de lo que desea que compartamos. Si usted tiene una preferencia clara acerca de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho y la opción de permitirnos:

- compartir información con su familia, amigos u otras personas que participan en el pago de su atención médica, y
- compartir información en caso de ayuda para catástrofes.

Si usted no puede indicarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que sería lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando fuera necesario reducir una amenaza inminente a la salud o a la seguridad.

Nunca compartimos ni vendemos su información con fines mercadológicos.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le están brindando tratamiento.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos tramitar servicios adicionales.

Operar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para operar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando fuera necesario.
- Tenemos prohibido usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo. *Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

Cubrir los gastos de sus servicios de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos sus servicios de atención médica.

Ejemplo: Compartimos su información médica con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administrar su plan

Podríamos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de seguro médico para fines administrativos.

Ejemplo: La empresa para la que trabaja nos contrata para proporcionar un plan de seguro médico, y le proporcionamos a esta empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras: por lo general de formas que contribuyen al bien común, tales como salud e investigación públicas. Debemos cumplir varias condiciones de conformidad con la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en asuntos de salud y seguridad pública

Departamento de Servicios de Atención Médica

En vigor desde el 6/3/2025

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades;
- Ayudar a retirar productos;
- Informar sobre reacciones adversas a medicamentos;
- Informar sobre supuestos abusos, negligencia o violencia doméstica, y
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Trabajos de investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones sobre salud.

Cumplimiento de la ley

Compartiremos su información si así lo requieren las leyes federales o estatales, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea saber si estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboración con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona muere.

Respuesta a solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de indemnización laboral;
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de policía;
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, y
- Para funciones especiales de gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respuesta a demandas y acciones judiciales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Por ley se nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le notificaremos de inmediato en caso de una violación de datos que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos acatar los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.

- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a lo descrito aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si usted nos lo autoriza, puede revertirlo en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si desea revertir esta autorización.c

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible en nuestro sitio web, o por solicitud, y le enviaremos por una copia por correo.

DEFINICIONES

Actividades de la Vida Diaria (ADL, por sus siglas en inglés)	Tareas de cuidado personal (p. ej. bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse y comer/alimentarse). El nivel de dependencia de una persona para llevar a cabo estas actividades forma parte de la decisión sobre el nivel adecuado de necesidades de atención y servicio.
Transmisión de Activos	Se debe compensar íntegramente a los solicitantes y beneficiarios de Medicaid por cualquier transmisión de dinero, bienes u otros activos.
Representante Autorizado	Persona que está autorizada por escrito a llevar a cabo los asuntos personales o financieros de otra persona física.
Trabajador del caso	Es el trabajador de elegibilidad en el departamento local de servicios sociales que procesa la solicitud para determinar la elegibilidad de Medicaid y es la persona que mantiene la continuidad del caso. Esta es la persona con la que se debe comunicar con respecto a cambios, como cambio de domicilio o de ingresos, o sobre problemas, como no recibir la tarjeta de Medicaid.
Coseguro	La porción de los cobros permitidos de Medicare, Medicaid u otro seguro que el paciente es responsable de pagar.
Cubre Virginia	Es una unidad de operaciones de DMAS que presta una serie de servicios, que incluyen un centro de llamadas para responder preguntas o enviar solicitudes y renovaciones. Es una unidad de procesamiento central para tramitar las solicitudes de Asistencia Médica y FFM, y desempeña funciones para grupos especializados como personas encarceladas o aquellas que califican para la elegibilidad presunta del hospital. También es la entidad encargada de mantener el sitio web de Cubre Virginia: www.coverva.dmas.virginia.gov .

DMAS	Departamento de Servicios de Asistencia Médica, agencia que administra los programas FAMIS y Medicaid en Virginia.
DSS	Departamento de Servicios Sociales, agencia que determina la elegibilidad para la asistencia médica y otros servicios, como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y el de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). El DSS también puede referir a las dependencias locales de servicios sociales.
EPSDT	El programa de Detección Temprana, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) es un beneficio de atención médica preventiva que ofrece exámenes de bienestar infantil con pruebas y vacunas para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Los servicios médicamente necesarios requeridos para corregir, mejorar o prevenir afecciones de la salud o evitar que empeoren, y las enfermedades físicas o mentales (detectadas durante alguna evaluación), podrían contar con la cobertura del programa EPSDT incluso si no están cubiertas bajo el plan de beneficios estatal de Medicaid.
FAMIS	La Garantía de Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica es el Programa de Seguro Médico para Niños de Virginia (CHIP, por sus siglas en inglés) que ayuda a pagar la atención médica de niños menores de 19 años de edad y de mujeres embarazadas (FAMIS MOMS). FAMIS tiene límites de ingresos más altos que Medicaid.
Fraude	Retener u ocultar deliberadamente información o dar información falsa para obtener o intentar obtener la cobertura de Medicaid.
Medicamentos genéricos	Réplicas de medicamentos que tienen las mismas características de dosis, seguridad, potencia, calidad, desempeño y uso previsto que un medicamento de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos requieren que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, potencia, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos no tienen los mismos costos de inversión que los desarrolladores de medicamentos nuevos; por tanto, los medicamentos genéricos son menos costosos.

Mercado de Seguros Médicos de Virginia	Mercado en línea de planes de seguro privados operado por la Comisión de Corporaciones del Estado de Virginia en conjunto con el gobierno federal. Las personas pueden buscar un seguro médico, comparar primas y planes privados y determinar si califican para recibir asistencia financiera que les ayude a pagar el seguro.
Atención Administrada	Prestación de servicios de atención médica que destaca la relación entre un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y el afiliado de Medicaid (denominado “el hogar médico”). El objetivo de la atención administrada es el de tener un punto central por medio del cual se coordina toda la atención médica. Se ha comprobado que la atención administrada mejora el acceso a la atención médica, promueve el cumplimiento y la responsabilidad de los pacientes cuando tratan de encontrar la atención y los servicios médicos, brinda continuidad de la atención, fomenta el cuidado preventivo y produce mejores resultados médicos. La mayoría de los afiliados de Medicaid en Virginia tienen que recibir su atención médica por medio de organizaciones de atención administrada.
Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés)	Una Organización de Atención Administrada es un plan de seguro médico contratado para prestar servicios médicos y coordinar los servicios de atención médica por medio de una red de proveedores.
Medicaid	Programa de asistencia que ayuda a ciertas personas y familias de escasos recursos a pagar la atención médica.
Medicare	El programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad en adelante, personas menores de 65 años que reciben Seguro por Discapacidad del Seguro Social o personas menores de 65 años que padecen Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés).

Medicamento frágil	Término que podría describir a una persona que padece enfermedades crónicas, y podría incluir a personas con trastornos de salud mental o abuso de sustancias. Además, podría definir a una persona para quien la atención médica de intervención profesional diaria (enfermería) es médicamente necesaria.
Medicamento Necesario	Servicios razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento físico.
Pago de paciente	Es posible que las personas con ingresos tengan que aportar para cubrir el costo de sus servicios de atención médica a largo plazo.
Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	Es el médico o clínica que atiende la mayoría de necesidades de atención médica personal, refiere a otros proveedores de atención médica cuando sea necesario y da seguimiento a la salud del afiliado de Medicaid. Un PCP puede ser un médico especialista en medicina interna, un pediatra (médico de los niños), médico de obstetricia/ginecología (médico de la mujer) o ciertas clínicas y departamentos de salud.
Recursos (Activos)	Los recursos pueden ser dinero disponible, en una cuenta bancaria o en una caja fuerte; acciones; bonos; certificados de depósito; fideicomisos; planes funerarios pre pagados; automóviles; botes; pólizas de seguro de vida, y bienes inmuebles tales como una casa o un terreno.
SSA	La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) es la agencia federal que administra los programas de jubilación, de sobrevivientes y de seguro por discapacidad del Seguro Social. También administra el programa de Ingreso de Seguridad Suplementario para los adultos mayores, ciegos y discapacitados.

SSI	El Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) es un programa federal administrado por la Administración del Seguro Social que paga las coberturas mensuales de personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años de edad con ingresos y recursos limitados. Los niños ciegos y discapacitados, así como los adultos, pueden obtener las coberturas del SSI.
Instrumento de Evaluación Uniforme (UAI, por sus siglas en inglés)	Un formulario de evaluación completado por un equipo que evalúa la capacidad del solicitante de llevar a cabo actividades de la vida diaria.

DIRECCIONES, NÚMEROS TELEFÓNICOS y SITIOS WEB

Departamentos locales de servicios sociales en su ciudad o condado
www.dss.virginia.gov/localagency

Consulte las páginas (azules) gubernamentales del directorio telefónico local para obtener el número de contacto indicado si desea la siguiente información:

- Preguntas sobre cómo solicitar la cobertura de Medicaid o sus requisitos para el programa;
- Informar acerca de un cambio de domicilio, ingresos u otro suceso importante;
- Preguntas acerca de los exámenes previos a la admisión en los servicios de atención a largo plazo, y
- Solicitar hojas informativas sobre la elegibilidad de Medicaid.

Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS, por sus siglas en inglés)
www.dss.virginia.gov

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a las acciones del personal contratado por su dependencia local de servicios sociales, escriba a Virginia Department of Social Services, Bureau of Customer Service, 801 E. Main Street, Richmond, VA 23219. También puede llamar a VDSS al (804) 726-7000 o enviar inquietudes por correo electrónico a citizen.services@dss.virginia.gov. El sitio web del DSS es www.dss.virginia.gov.

Departamento de Servicios de Asistencia Médica www.dmas.virginia.gov

- Para obtener información sobre las **apelaciones** de Medicaid, llame al (804) 371-8488 o visite www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview
- Para asistencia técnica relacionada con el portal del Sistema de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS, por sus siglas en inglés), comuníquese con el Servicio de Asistencia de AIMS al (804) 486-2865.
- Servicios dentales, **Cardinal Care Smiles**, 1-888-912-3456.
- Para obtener información acerca de **FAMIS y Medicaid**, llame a Cover Virginia al 1-855-242-

Departamento de Servicios de Atención Médica

En vigor desde el 6/3/2025

8282.

- Para denunciar **fraude o abuso, llame** a la Unidad de Auditoría al Beneficiario de DMAS al (804) 786-0156 o a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales al (804) 786-1066 y sin costo al 1-866-486-1971.
Los fraudes y abusos también pueden denunciarse por correo electrónico en recipientfraud@dmas.virginia.gov
- Para el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, por sus siglas en inglés), llame sin costo al 1-800-432-5924.
- Para obtener información acerca de la **Atención administrada**, llame al 1-800-643-2273.
- Información o problemas de la **Atención a Largo Plazo**, llame al (804) 225-4222.
- Si tiene problemas de facturación o con los servicios de los proveedores, llame a la **Línea de Ayuda del Beneficiario** al 804-786-6145, o escriba a la Unidad de Servicios del Beneficiario a la dirección que figura en la portada de este manual.
- **Transporte**; si necesita transporte para acudir a una cita de un servicio cubierto por Medicaid y no está inscrito en una MCO, llame a **ModivCare** (antes Logisticare) sin costo al 1-866-386-8331.

- Los proveedores de servicios médicos envían solicitudes para autorización previa de tratamiento a **KePRO**, la compañía de administración de utilización de atención médica de Virginia. Los servicios que no requieren de autorización previa incluyen los farmacéuticos, dentales y de transporte.
- Para obtener información sobre la salud conductual, llame a Magellan al 1-800-424-4046 o visite www.magellanofvirginia.com.

RECURSOS ÚTILES

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que administra y supervisa el programa de Medicaid en Virginia, brindando acceso a la atención médica a las personas más vulnerables del Estado.

Cover Virginia

Los virginianos pueden recibir información acerca de Medicaid, FAMIS (el programa de seguro médico de niños), y otras opciones de atención médica comunitaria de Cover Virginia. Cover Virginia también tramita ciertas solicitudes de Medicaid en su Unidad de Procesamiento Central. Para obtener más información, visite www.coverva.dmas.virginia.gov. Las personas sin acceso a una computadora pueden presentar una solicitud llamando a Cover Virginia al 1-855-242-8282.

El Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS, por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que desarrolla y administra programas que ofrecen una gama de opciones para ayudar a los ciudadanos. Esto incluye determinar la elegibilidad de las solicitudes de Asistencia Médica (MA, por sus siglas en inglés) para los Programas de Medicaid y seguro médico para niños (conocido como FAMIS), Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), Asistencia de Enfriamiento y Calefacción (LIHEAP) y Asistencia a la Atención Médica de Niños. Puede localizar su oficina local del departamento de servicios sociales en www.dss.virginia.gov/localagency. También supervisan al servicio web de CommonHelp ubicado en commonhelp.virginia.gov.

CommonHelp es un servicio en Internet que le permitirá:

- Evaluar la elegibilidad para los beneficios de los servicios sociales y servicios;
- Solicitar beneficios y servicios (incluidas las renovaciones);
- Revisar el estado de los beneficios, y
- Notificar cambios.

RECURSOS ADICIONALES

Los servicios de **intervención temprana** están disponibles en todo el estado de Virginia para ayudar a bebés y niños pequeños (menores de tres años de edad que tienen retrasos o discapacidades de desarrollo, o que están en peligro de padecerlos) y sus familias. Comuníquese con *Infant & Toddler Connections of Virginia* al 1-800-234-1448 o visite <https://itcva.online/>

Head Start es un programa preescolar financiado por el gobierno federal que atiende a niños y familias de bajos recursos. Comuníquese con su división escolar local para obtener más información o visite www.headstartva.org.

El **Mercado de Seguros Médicos de Virginia** (Mercado de Seguros) es la plataforma de Virginia para comprar un seguro médico de alta calidad y solicitar subsidios que ayuden con el costo. El Mercado también determina la elegibilidad para Medicaid y FAMIS. El *Virginia Health Benefit Exchange*, división de la Comisión de Corporaciones del Estado de Virginia, opera el Mercado. Hay más información disponible en marketplace.virginia.gov o llamando al 1-888-687-1501.

Medicare

Las personas inscritas en Medicare, los familiares y los cuidadores deben visitar Medicare.gov, el sitio oficial del gobierno de EE. UU. para las personas en el programa Medicare, para obtener la información más reciente sobre inscripciones, coberturas y otras herramientas útiles.

El **Programa de Madres Recurso** capacita y supervisa a mujeres de apoyo para que sirvan de apoyo a adolescentes embarazadas y padres adolescentes de bebés. Las adolescentes corren alto riesgo de tener resultados desfavorables en el parto, tanto médica como socialmente. El programa ayuda a adolescentes embarazadas de bajos recursos a obtener cuidados prenatales y otros servicios comunitarios, seguir buenas prácticas de cuidado de la salud, y continuar en la escuela. También fomenta la participación del padre del bebé y los padres de la adolescente a fin de crear un hogar estable y propicio. Para obtener más información, comuníquese con la División de Salud de Niños y Familias, Departamento de Salud de Virginia al (804) 864-7673 o visite <https://www.vdh.virginia.gov/family-home-visiting/>

Las **escuelas** son eslabones clave para mejorar la salud de los niños. Las escuelas ayudan a identificar los problemas de salud de los niños y a informar a las familias acerca de la asistencia de Medicaid y el programa de EPSDT. Visite el sitio web del Departamento de Educación de Virginia para obtener más información: <https://www.doe.virginia.gov/parents-students>

VirginiaNavigator

Visite el sitio web de **VirginiaNavigator** para encontrar programas, servicios e información útiles para adultos mayores, cuidadores, *baby boomers* y sus familias. También proporcionan enlaces a sus otros sitios web, tales como SeniorNavigator, disAbilityNavigator, VeteransNavigator y el Lindsay Institute for Innovations in Caregiving. Visite www.seniornavigator.org o llame al (804) 525-7728.

Administración de Seguro Social

Para obtener información acerca de las coberturas y servicios del seguro social y para encontrar información acerca de obtener una tarjeta del seguro social o para solicitar las coberturas, visite www.ssa.gov.

El Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) es un programa educativo de alimentos y nutrición suplementarios que proporciona cupones para la compra de alimentos nutritivos específicos. Ofrece asesoría de

nutrición a mujeres embarazadas, posparto o lactantes, bebés y niños menores de 5 años de edad con necesidades nutricionales y financieras. El médico de su niño o los proveedores de exámenes del EPSDT deben referir a bebés y niños que cumplen los requisitos al departamento local de salud para que obtengan información adicional y una determinación para saber si califican para WIC. Comuníquese con ellos en www.vdh.virginia.gov/wic/ o llamando al 1-877-835-5942.

Virginia Easy Access

El programa Virginia Easy Access ofrece información a personas que necesitan apoyos a largo plazo acerca de apoyos comunitarios, preparación en caso de emergencia, ayuda financiera, vivienda, derechos, transporte, veteranos y otros enlaces relacionados. El enlace es www.easyaccess.virginia.gov. Puede comunicarse con Virginia Easy Access marcando 211 o también llamando al 1-800-552-3402.

El **Virginia Healthy Start Loving Steps Initiative** (VHSI) se ha creado para reducir la mortalidad infantil en las siguientes zonas: Norfolk/Portsmouth, Petersburg y el Condado de Westmoreland. Comuníquese con el coordinador del programa Healthy Start en el Departamento de Salud de Virginia llamando al 1-804-864-7788 o visite <http://www.vdh.virginia.gov/family-home-visiting/healthy-start-loving-steps/>.

Virginia No Wrong Door (NWD) es una sociedad público / privada a nivel estatal con un sistema y red virtual de recursos compartidos en todo el estado, diseñada para facilitar el acceso a los servicios y apoyos a largo plazo; conectar a personas, proveedores y comunidades en todo el Estado. Puede comunicarse llamando al (804) 662-7000 o visitando <https://www.nowrongdoorvirginia.org/>.

2-1-1 Virginia es un servicio gratuito que conecta a personas a información gratuita acerca de los servicios comunitarios disponibles. Un profesional capacitado escucha su situación y sugiere fuentes de ayuda usando una de las bases de datos de salud y servicios humanos más grandes de Virginia. El servicio ofrece acceso a recursos en su comunidad y en todo el estado. Usted puede comunicarse con ellos en 211virginia.org/ o usar su número telefónico fácil de recordar, 2-1-1.

Los **Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid** (CMS, por sus siglas en inglés) es una agencia federal que pertenece al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) que administra el programa Medicare, trabaja conjuntamente con el estado de Virginia para administrar Medicaid y los Programas de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), tiene a su cargo la supervisión del Mercado de Seguros Médicos (HIM, por sus siglas en inglés), y administra los estándares de portabilidad de seguros médicos. El sitio web del CMS se encuentra en <https://www.cms.gov/>.

- Fin -