



FAMIS

**Cobertura Médica para Niños
A un Bajo Costo**

**Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica
(FAMIS)**

MANUAL DEL AFILIADO

Mayo del 2025

coverva.dmas.virginia.gov

855-242-8282

(TTY: 888-221-1590)

Índice

LO QUE USTED DEBE SABER:.....	2
LOS NIÑOS DE FAMIS TIENEN 12 MESES DE COBERTURA CONTINUA	3
CUÁNDO Y CÓMO INFORMAR LOS CAMBIOS	4
RENOVACIÓN ANUAL DE FAMIS	5
¿CÓMO RECIBIRÁ MI HIJO LOS SERVICIOS?	5
SERVICIOS DENTALES.....	8
FAMIS <i>SELECT</i> PODRÍA AYUDAR a su familia A PAGAR UN PLAN DE SEGURO MÉDICO PRIVADO.....	9
¿QUÉ DEBO HACER SI UN RECLAMO POR ACCIDENTE PUDIERA SER PAGADO POR OTRO SEGURO?.....	10
¿QUÉ SERVICIOS CUBRE FAMIS?	11
COBERTURA MÉDICA FUERA DEL ESTADO	13
¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA?	14
¿QUÉ HAGO SI DESEO APELAR UNA DECISIÓN?	14
¿QUÉ ES FRAUDE?.....	16
¿CÓMO PROTEGE FAMIS MI PRIVACIDAD?.....	17
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	17
SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.	19

¡Bienvenido a FAMIS!

Bienvenido al programa de Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica (FAMIS, por sus siglas en inglés). FAMIS es un programa integral de seguro médico para los niños de Virginia. FAMIS está administrado por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés) y es financiado por los gobiernos federal y estatal.

Le recomendamos leer este manual de principio a fin. El mismo contiene información de importancia que usted debe conocer para asegurarse de que su hijo obtenga de FAMIS la atención médica que necesita.

1. LO QUE USTED DEBE SABER:

- Los niños en FAMIS obtienen 12 meses de cobertura continua a partir de la fecha de su inscripción o última renovación. Esto significa que la cobertura de su hijo está protegida y no se puede reducir ni cancelar hasta el final del periodo de 12 meses, incluso si hay un cambio en el hogar, como un aumento en los ingresos. Aún debe informar ciertos cambios durante el año, porque los cambios pueden afectar la elegibilidad de otros miembros del hogar. (Consulte “Cuándo y cómo informar cambios”).
- Si cambia de domicilio, debe contactar a Cover Virginia al **855-242-8282 (TTY: 888-221-1590)** o a su Departamento de Servicios Sociales y darnos su nueva dirección. Si no podemos localizarle, puede que su niño no pueda recibir asistencia médica y cuando llegue el momento de renovar FAMIS la cobertura de su niño podría ser cancelada. Al comunicarse con el Centro de Llamadas de Cover Virginia, un miembro deberá proporcionar información para verificar su identidad antes de poder obtener o modificar información sobre su caso.
- Debe renovar la cobertura FAMIS de su hijo al final del periodo de 12 meses. Su trabajador de elegibilidad intentará renovar su cobertura basándose en la información que conocemos y se lo notificará por correo. Si no pueden renovar o ha habido cambios, le enviaremos un formulario de renovación. Si no completa y devuelve la documentación a tiempo, se cancelará la cobertura de FAMIS. Sin embargo, si la cobertura de su hijo se cancela por no renovarla de manera oportuna, todavía tiene un periodo de gracia adicional de 90 días para responder. La cobertura de su hijo puede restablecerse si sigue siendo elegible.
- En la mayoría de los casos, su hijo recibirá asistencia médica a través de una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés). (Consulte la sección “¿Cómo recibirá mi hijo los servicios?”).

- Recibirá solamente una tarjeta permanente de seguro médico del estado de Virginia por cada niño inscrito. Si su niño está inscrito en una MCO, también recibirá otra tarjeta de esa MCO por separado. Siempre muestre ambas tarjetas cada vez que su hijo reciba servicios médicos o dentales. Guarde las dos tarjetas en un lugar seguro. Si pierde o le roban su tarjeta de Asistencia Médica de Virginia, puede solicitar una nueva tarjeta comunicándose con su oficina local del Departamento de Servicios Sociales o llamando a Cover Virginia. La pérdida o el robo de su tarjeta MCO debe informarse a su MCO.
- FAMIS paga por consultas de bienestar y vacunas que ayudarán a que su hijo se mantenga sano. ¡No espere hasta que su hijo esté enfermo para usar FAMIS! (Consulte la sección “¿Qué servicios cubre FAMIS?” para obtener una lista de servicios cubiertos).
- Si por algún motivo su hijo pierde la cobertura FAMIS, no necesita esperar hasta que haya un periodo de inscripción abierta para solicitar cobertura de salud a través del Mercado de Seguros Médicos de Virginia (Mercado de Seguros Médicos) o un plan de salud patrocinado por su empleador. La pérdida de la cobertura FAMIS se considera un “evento calificador” siempre que presente la solicitud y se inscriba dentro de los 90 días posteriores a la pérdida de la cobertura para el Mercado de Seguros Médicos de Virginia y dentro de 60 días para la mayoría de las coberturas de los empleadores. Simplemente proporcione una copia de su aviso de cancelación.
- FAMIS *Select* es un programa de asistencia con primas que podría ayudarle a pagar su prima mensual de seguro médico para la cobertura familiar patrocinada por el empleador. (Consulte “FAMIS *Select* podría ayudar a su familia a pagar un plan de seguro médico privado” para obtener más información).

2. LOS NIÑOS DE FAMIS TIENEN 12 MESES DE COBERTURA CONTINUA

FAMIS proporciona 12 meses de cobertura continua para todos los niños inscritos. Esto significa que la cobertura de su hijo está protegida y no se puede reducir ni cancelar durante los 12 meses posteriores a la inscripción y entre renovaciones, incluso si su familia tiene un cambio como un aumento en los ingresos del hogar.

Existen excepciones limitadas en las que la cobertura podría finalizar antes de que finalice el periodo completo de cobertura continua de 12 meses:

- Su hijo cumple 19 años (la elegibilidad de su hijo será reevaluada cuando cumpla 19 años, incluso si se inscribió o renovó hace menos de 12 meses)
- Su hijo se muda permanentemente fuera del estado
- Usted o su hijo solicitan finalizar su cobertura.

- El niño fue inscrito debido a un error de la agencia o fraude del solicitante.
- El fallecimiento del niño inscrito.

La elegibilidad se revisa al final del periodo de cobertura continua a través del proceso de renovación anual. Los niños que siguen siendo elegibles reciben un nuevo periodo de cobertura continua de 12 meses. ¡Recuerde abrir todas las cartas de Medicaid y responder a las solicitudes de información adicional! Si la elegibilidad continua de su hijo no se puede determinar electrónicamente, se le enviará una solicitud de renovación para que la complete y pueda continuar con la cobertura FAMIS por un año más. También puede llamar a Cover Virginia al 855-242-8282 (TTY: 888-221-1590) y renovar por teléfono con un representante.

3. CUÁNDO Y CÓMO INFORMAR LOS CAMBIOS

Debe continuar informando todos los cambios dentro de 10 días. Incluso si cuenta con 12 meses de elegibilidad continua para niños, los cambios aún pueden afectar la elegibilidad de los adultos en el hogar. Además, tener la información más actualizada sobre su hogar facilita el proceso de renovación.

- A. Ingresos.** Debe continuar informando los cambios en los ingresos del hogar. Los cambios pueden afectar la elegibilidad de los miembros adultos del hogar. Si los ingresos de su hogar disminuyen, su hijo puede calificar para Medicaid para niños, con **más** beneficios y su mismo plan de salud y médicos de atención administrada. La cobertura de su hijo nunca se reducirá durante el periodo de cobertura continua de 12 meses, excepto en los casos limitados enumerados en la sección 1 anterior.
- B. Cambio de dirección.** Siempre tiene que informar cuando cambie de dirección o de número de teléfono, para que nos podamos comunicar con usted. **Debe informarnos** si su familia, o uno de los niños en su familia, se muda fuera de Virginia. Puede llamar al número gratuito de Cover Virginia al 855-242-8282 o contacte el Departamento Local de Servicios Sociales.
- C. Añadir un miembro de la familia a su cobertura FAMIS.** Es importante comunicarse con nosotros de inmediato cuando nazca un bebé en su hogar para que pueda recibir cobertura FAMIS o Medicaid. También debe comunicarse con nosotros si desea solicitar cobertura para un niño que se ha mudado a su hogar.

Tenga en cuenta: una solicitud firmada para un nuevo bebé cuya madre no estaba inscrita en Medicaid, FAMIS MOMS o FAMIS debe recibirse dentro de los tres meses siguientes al mes de nacimiento del bebé para poder cubrir el nacimiento. Puede iniciar el proceso en línea en www.commonhelp.virginia.gov, o puede llamar a Cover Virginia para presentar la solicitud por teléfono, o visitar su Departamento Local de Servicios Sociales para presentar la solicitud en persona.

- D. Si su adolescente inscrita en FAMIS queda embarazada.** El recién nacido es elegible automáticamente para recibir seguro médico durante su primer año de vida si la adolescente está inscrita en FAMIS al momento del nacimiento. Háganos saber que el bebé ha nacido lo antes posible. Necesitamos saber el nombre de la madre, la fecha de nacimiento y su número de FAMIS (ID). También necesitamos saber el nombre completo del bebé, fecha de nacimiento, raza y el sexo para inscribir al bebé inmediatamente. Llame a Cover Virginia al 855-242-8282 o contacte el Departamento Local de Servicios Sociales.
- E. Solicitud para cancelar FAMIS.** Si su situación cambia y ya no desea la cobertura de FAMIS para sus niños, necesitamos su petición de cancelación de la cobertura por escrito. Contacte a su Departamento Local de Servicios Sociales o llame a Cover Virginia para obtener información sobre su Departamento de Servicios Sociales local.

4. RENOVACIÓN ANUAL DE FAMIS

Tiene que renovar su cobertura de FAMIS todos los años. Su Departamento de Servicios Sociales local intentará renovar electrónicamente la cobertura de FAMIS para su hijo. Si la elegibilidad continua de su hijo no se puede determinar electrónicamente, se le enviará una solicitud con la información que tenemos impresa en la forma para que confirme si dicha información que tenemos en el expediente es la correcta, o para que haga los cambios que sean necesarios. Puede hacerlo en línea a través de CommonHelp.virginia.gov, por teléfono llamando a Cover Virginia al 855-242-8282, o simplemente firmando y devolviendo la solicitud por correo.

Si usted no renueva en el plazo requerido, se cancelará la cobertura de FAMIS de su hijo.

Periodo de gracia - si la cobertura de su hijo es cancelada por no renovar a tiempo, todavía tiene un periodo adicional de 90 días para responder y la cobertura de su hijo podría restablecerse si continúa siendo elegible.

5. ¿CÓMO RECIBIRÁ MI HIJO LOS SERVICIOS?

Una vez que su hijo esté inscrito en FAMIS, recibirá una tarjeta (ID) del seguro médico del Estado de Virginia, una por cada niño inscrito en su hogar a no ser que el niño ya estuviera inscrito en FAMIS o FAMIS Plus o Medicaid para niños. Si su niño estaba inscrito en FAMIS o Medicaid para niños dentro de los últimos 12 meses, su niño ya debe de tener una tarjeta (ID) del Estado de Virginia y no recibirá otra tarjeta. Si ha perdido la tarjeta (ID) del seguro médico del Estado de Virginia, debe llamarnos al 855-242-8282 o contactar a su Departamento de Servicios Sociales local y solicitar una tarjeta de reemplazo.

A. La tarjeta de seguro médico de su hijo

Si su niño no estaba inscrito previamente en FAMIS o Medicaid para niños, recibirá una tarjeta (ID) nueva del seguro médico del Estado de Virginia por cada niño en su hogar que esté inscrito en FAMIS. **Solo recibirá una tarjeta de seguro médico del Estado de Virginia para su niño, por lo tanto, no tire la tarjeta. Manténgala en un lugar seguro.** Cuando reciba la tarjeta de seguro médico del Estado de Virginia de su niño, asegúrese que la información esté correcta. Si no es correcta, debe informarnos de todo cambio o corrección necesaria.

Si su niño también está inscrito en una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés), también recibirá otra tarjeta de identificación (ID) de la MCO.

Usted es responsable de enseñar la tarjeta del Estado de Virginia de su niño y la tarjeta (ID) de la MCO a los proveedores cada vez que reciba servicios médicos o dentales. También tiene que asegurarse de que el proveedor participa en el programa de FAMIS. Si no presenta la (s) tarjeta (s) en el momento del servicio puede que el padre o tutor sea responsable de todos los costos del servicio.

Use la tarjeta del Estado de Virginia para obtener servicios de atención médica para su niño. Deje de usar la tarjeta inmediatamente si se le notifica que el niño ya no tiene cobertura. Usted será responsable de cualquier factura/costo si la tarjeta se utiliza cuando un niño ya no está cubierto para los servicios.

No preste nunca la tarjeta (ID) del Estado de Virginia o la tarjeta (ID) de la MCO a nadie. Si pierde la tarjeta de la MCO de su niño, llame a la MCO para solicitar un reemplazo.

B. Tarifa por servicio

Cuando se inscribe un niño por primera vez en FAMIS, el niño puede acceder a la atención médica a través del programa cargo-por-servicio de FAMIS. Los niños pueden ver a cualquier proveedor en la red de cargo-por-servicio de FAMIS. Antes de pedir una cita o antes de que le surtan una receta, pregunte al médico, clínica, hospital, dentista, farmacia o proveedor de salud mental si acepta FAMIS. Los proveedores que aceptan Medicaid de Virginia también aceptan FAMIS. Llame al 1-855-242-8282 para obtener más información.

C. Planes de Atención Administrada

La mayoría de los beneficiarios de FAMIS deben recibir su atención médica a través de una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés). Una MCO es una organización de servicios de salud que coordina los servicios de atención médica a través de una red de proveedores,

incluyendo los Proveedores de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas, hospitales, clínicas, empresas de suministros médicos, proveedores de servicios de transporte, farmacias y otros proveedores de servicios médicos. Si cumple con los criterios para ser asignado a una MCO, recibirá una carta de DMAS solicitándole que elija una MCO para su atención médica. Si no elige una MCO, se elegirá una para su hijo. Su hijo será inscrito en una MCO uno o dos meses después de la inscripción en FAMIS. Durante el periodo de uno a dos meses previo a la inscripción en la MCO, su hijo recibirá servicios a través del programa de pago por servicio de FAMIS. Consulte el manual para afiliados 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 Ayuda de atención administrada de DMAS al 1-800-643-2273 (TDD: 1-800-817-6608) para obtener más información sobre el proceso de inscripción en MCO.

Al inscribirse en una MCO, su hijo debe recibir toda la atención médica a través de un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Los miembros mayores de 13 años también pueden elegir un ginecólogo/obstetra para que les brinde atención primaria y se encargue de la mayoría de los demás servicios. Si una afiliada selecciona un médico OB/GYN, éste (a) se considerará un PCP. Tiene que seleccionar un PCP de la red de PCP disponibles en la MCO de su niño. Ese PCP coordinará toda la atención médica de su niño dentro de la red de Organizaciones de Atención Administrada de proveedores, especialistas y hospitales. También tendrá beneficios adicionales cuando pertenece a una MCO. Estos beneficios incluyen los servicios de administración del caso y enfermedades, educación sobre la salud, servicios de enfermería especializada, atención quiropráctica y servicios por teléfono de acceso a personal de enfermería las 24 horas. Si tiene preguntas con respecto a la atención médica o sobre servicios específicos cubiertos, por favor póngase en contacto con la MCO.

Una vez que su niño está inscrito en la MCO, recibirá una tarjeta de identificación (ID) de afiliado, una guía para los afiliados y un directorio de proveedores de la MCO. Esto es además de la tarjeta de seguro médico del Estado de Virginia que también recibe. **Solo recibirá una tarjeta de identificación (ID) de la MCO y una tarjeta de seguro médico del Estado de Virginia para su niño, por lo tanto, no tire ninguna de las tarjetas y manténgalas en un lugar seguro.** La tarjeta de identificación (ID) de la MCO incluirá, como mínimo, el nombre del afiliado, un identificador de FAMIS, el nombre y dirección de la MCO, el nombre del proveedor de atención primaria del afiliado, el número de teléfono que se usará para acceder a los servicios que no son de urgencia después del horario de oficina, instrucciones sobre qué hacer en caso de urgencia, el número de identificación (ID) de Medicaid, el número de identificación de la MCO y otra información necesaria para procesar los reclamos o proporcionar números de servicio al cliente, si corresponde. Si usted pierde la tarjeta de identificación (ID) de la MCO de su niño, llame a la MCO para pedir otra. Mantenga la tarjeta de identificación (ID)

de la MCO de su niño con su tarjeta de identificación (ID) del seguro médico del Estado de Virginia. Siempre muestre tanto la tarjeta de identificación (ID) de la MCO como la tarjeta de identificación (ID) del seguro médico del Estado de Virginia cuando su niño reciba servicios médicos o dentales.

Si no está satisfecho con el Proveedor de Atención Primaria de su hijo, puede llamar a la MCO de su hijo en cualquier momento para cambiar de PCP. Si desea cambiar la MCO de su hijo, visite el sitio web de la Línea de Ayuda de Atención Administrada en <https://virginiamanagedcare.com/es> o llame a la Línea de Ayuda de Atención Administrada de DMAS al 1-800-643-2273 (TDD: 1-800-817-6608). Tiene que llamar en los primeros 90 días después de la inscripción con esa MCO. Después de 90 días, su niño permanecerá con esa MCO hasta la renovación anual de su niño. Cuando la cobertura FAMIS de su niño se renueve cada año, tendrá la oportunidad de elegir otra MCO o seguir en el plan de salud actual. Si no desea hacer un cambio, su niño permanecerá con su MCO actual. Si tiene preguntas, llame a Cover Virginia al 855-242-8282.

Si está inscrito en una MCO y tiene preguntas o inquietudes sobre cómo recibir servicios, comuníquese con su MCO.

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

6. SERVICIOS DENTALES

El Programa **Cardinal Care Smiles (Sonrisas para los niños)** proporcionará los servicios dentales de su niño. No hay costos en los servicios de atención dental en el programa **Cardinal Care Smiles**. Puede usar la tarjeta de identificación (ID) del seguro médico del Estado de Virginia de su niño para obtener atención dental para su niño. Recibirá una guía para los afiliados de **Cardinal Care Smiles**. La guía describirá los servicios dentales que están cubiertos. También incluirá una lista de los dentistas de **Cardinal Care Smiles** en su área. Llame a **Cardinal Care Smiles** al **1-888-912-3456** si tiene preguntas sobre los servicios dentales o si necesita ayuda para encontrar un dentista o hacer una cita con el dentista.

7. FAMIS *Select* PODRÍA AYUDAR A SU FAMILIA A PAGAR UN PLAN DE SEGURO MÉDICO PRIVADO

Una vez que un niño está inscrito en FAMIS, hay una opción especial disponible para las familias que tienen acceso a seguro médico en el trabajo. Se llama **FAMIS *Select***.

A. ¿Qué es FAMIS *Select*?

FAMIS *Select* es un programa que da a los padres de los niños inscritos en FAMIS la libertad de elegir entre cubrir a sus niños con el plan de seguro médico de FAMIS o con un plan médico del empleador. FAMIS *Select* da a los padres que eligen comprar un seguro médico patrocinado por el empleador hasta \$100 por niño inscrito al mes para ayudar a pagar la parte de la prima correspondiente al niño. El pago mensual total no puede exceder el total de la prima familiar.

B. ¿Por qué elegiría una familia participar en FAMIS *Select*?

FAMIS *Select* puede permitir que su niño continúe viendo a un médico o dentista que puede no aceptar FAMIS. En algunos casos, un plan patrocinado por el empleador puede darle a una familia mayores opciones de proveedores. Para algunas familias, el pago de FAMIS *Select* puede ser suficiente para hacer la cobertura médica accesible para toda la familia. Recuerde, los niños en FAMIS *Select* obtienen los beneficios médicos a través del plan médico patrocinado por su empleador. Es importante comparar los beneficios y decidir si FAMIS o el plan médico patrocinado por su empleador es el mejor plan para su familia.

C. ¿Quién es elegible para FAMIS *Select*?

Cualquier niño que está inscrito en FAMIS y tiene acceso a un plan médico patrocinado por un empleador (y cuyo titular de la póliza no ha sido ordenado por un tribunal a que proporcione seguro) es elegible para inscribirse en FAMIS *Select*.

D. ¿Cómo solicito FAMIS *Select*?

Para solicitar el programa FAMIS *Select*, su hijo primero debe estar inscrito en FAMIS. Llame gratuitamente a la unidad FAMIS *Select* al 888-802-KIDS (888-802-5437). FAMIS *Select* le enviará por correo un paquete que incluye una solicitud, instrucciones para completar la solicitud y un folleto del programa.

Solicitar FAMIS *Select* es voluntario. Una vez inscrito en FAMIS *Select*, tiene la opción de cancelar FAMIS *Select* y volver a FAMIS en cualquier momento durante los doce meses de cobertura de su hijo.

E. ¿Qué debo esperar si mis hijos están inscritos en FAMIS *Select*?

Debe presentar los talones de pago o comprobantes de pago de primas de seguro médico cada mes. Si su hijo todavía es elegible para FAMIS, está inscrito en FAMIS *Select* y todavía está pagando el seguro médico en el trabajo, se le enviará un cheque cada mes para reembolsarle hasta \$100 por la parte del costo de la prima de su seguro de salud que corresponde a cada niño de FAMIS. En algunos casos, el pago puede ser suficiente para cubrir el costo total de la cobertura familiar. Sin embargo, FAMIS *Select* no pagará más del costo total de su prima de atención médica.

Utilizará el plan de su empleador para recibir servicios de atención médica. Puede utilizar la tarjeta de identificación FAMIS para vacunas infantiles sólo si su seguro médico no proporciona esta cobertura. Usted es responsable de todos los copagos, deducibles y costos compartidos según lo requiera el plan de salud patrocinado por su empleador.

Para seguir siendo elegible para FAMIS *Select*, debe renovar la cobertura FAMIS de su hijo cada año. Si no renueva la cobertura, FAMIS y FAMIS *Select* serán cancelados.

Para obtener más información sobre FAMIS *Select*, visite el sitio web de Cover Virginia: www.coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-Select

8. ¿QUÉ DEBO HACER SI UN RECLAMO POR ACCIDENTE PUDIERA SER PAGADO POR OTRO SEGURO?

FAMIS se ha diseñado para ayudar a niños que no tienen un seguro médico integral. Algunos tipos de planes de seguro de accidente, del hogar o del colegio pueden proporcionar cobertura de seguro médico limitada. Si un niño que recibe seguro de atención médica a través de FAMIS sufriera lesiones en cualquier tipo de accidente por el que otra compañía de seguros pudiera pagar por el tratamiento médico o dental del niño, los padres o tutores del niño tienen que informar a la Unidad de Responsabilidad de Terceros del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) para que se pueda recuperar el pago de la otra compañía de seguros. La información que se necesita incluye: su nombre, el nombre y el número de ID de su niño, su número de teléfono con el código de su área y el nombre de su abogado, si lo tuviera. Envíe la información a la siguiente dirección:

Third Party Liability Unit
Dept. of Medical Assistance Services
600 E. Broad Street, Suite 1300
Richmond, VA 23219

Si la compañía de seguros le paga después de que FAMIS haya pagado la misma factura, también debe notificar a la Unidad de Responsabilidad de Terceros del

Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) a la dirección que se indicó anteriormente.

Cuando FAMIS ha pagado por servicios y se descubre más tarde que había otra fuente disponible, se intentará recuperar el dinero de la otra fuente.

9. ¿QUÉ SERVICIOS CUBRE FAMIS?

Los servicios que se indican más abajo están cubiertos por FAMIS. Otros servicios pueden estar cubiertos con limitaciones. Algunos servicios requieren autorización previa.* Puede haber excepciones.

Servicios de aborto. FAMIS cubre abortos solo si es necesario para salvar la vida de la madre.

Ambulancia. FAMIS cubre servicios de ambulancia para urgencias cuando se usa localmente para transportar a o desde un centro médico u oficina del proveedor.

Terapia conductual. Los servicios de terapia conductual, incluido el análisis conductual aplicado, están cubiertos.

Servicios clínicos. FAMIS cubre servicios clínicos cuando los proporcionan los centros de salud u otros centros de atención médica ambulatoria.

Servicios de atención dental. FAMIS cubre servicios de diagnóstico, preventivos y primarios, así como servicios dentales restaurativos complejos tales como dentaduras postizas, empastes, recubrimientos y coronas. Los servicios de ortodoncia también están cubiertos. Los servicios dentales se prestan a través de un programa llamado **Cardinal Care Smiles**.

Equipos y suministros médicos durables. FAMIS cubre equipo médico durable y otros aparatos médicos o correctivos. Entre ellos se incluyen aparatos prostéticos, implantes, asistentes auditivas y dispositivos de adaptación.

Servicios de intervención temprana. FAMIS cubre servicios de intervención temprana proporcionados a través de la Conexión para bebés y niños pequeños de Virginia (*Infant & Toddler Connection*) para niños que tienen problemas de desarrollo. Los servicios están disponibles desde el nacimiento hasta los tres años.

Atención médica basada en el hogar y en la comunidad. FAMIS cubre servicios de enfermería, asistencia para la atención médica en el hogar, terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla, auditiva y de inhalación.

Atención en el hospital. FAMIS cubre 365 días de estancia en habitación semiprivada o unidad de cuidados intensivos. Se incluyen cargos adicionales.

Servicios de emergencia en el hospital. FAMIS cubre tratamiento en la sala de urgencia y servicios por condiciones que ponen en peligro la vida del paciente.

Servicios de hospicio. FAMIS cubre el cuidado médico en el hogar y en el hospital para pacientes con enfermedades terminales que esperan vivir no más de seis meses, según haya sido certificado por un médico. El cuidado relacionado con el tratamiento de la condición del niño respecto a los cuales se ha realizado un diagnóstico de enfermedad terminal está cubierto mientras se están proporcionando los servicios de hospicio.

Servicios de salud mental en el hospital. FAMIS cubre servicios administrados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.

Servicios de laboratorio y rayos X. FAMIS cubre pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados cuando se realizan en una consulta médica, hospital, laboratorio independiente o de referencia clínica.

Servicios de enfermería. FAMIS cubre los servicios de una enfermera practicante, enfermera partera, enfermera de práctica avanzada, enfermera pediátrica y servicios de cuidados respiratorios en el hogar y otros lugares.

Atención Ambulatoria FAMIS cubre los servicios ambulatorio que incluyen servicios de urgencia, servicios quirúrgicos y servicios profesionales proporcionados en una consulta médica o departamento de atención a pacientes no hospitalizados del hospital.

Servicios de atención de salud mental ambulatoria. Las visitas médicamente necesarias a un profesional de salud mental con licencia están cubiertas para cada periodo de beneficios.

Servicios médicos (de Doctor). FAMIS cubre los servicios médicos recibidos mientras esté hospitalizado, o en una consulta médica, o en un departamento de atención a un paciente no hospitalizado en un hospital.

Servicios de cuidado prenatal, planificación familiar. FAMIS cubre los servicios de cuidado de maternidad. La cobertura también incluye fármacos, suministros médicos y dispositivos médicos proporcionados bajo la supervisión de un médico o enfermera especializada para prevenir el embarazo.

Medicamentos recetados por un médico. FAMIS cubre medicamentos recetados. Las recetas se deben surtir usando un medicamento genérico. Si elige medicamento de marca cuando existe uno genérico, usted es responsable de pagar la diferencia.

Servicios de rehabilitación. FAMIS cubre patología física, ocupacional y del habla y el lenguaje para personas con problemas del habla, auditivos y de lenguaje.

Tratamiento por abuso de sustancias. FAMIS cubre el tratamiento por abuso de sustancias de pacientes no hospitalizados, los servicios proporcionados en un hospital general de cuidados intensivos y la rehabilitación para pacientes hospitalizados en un centro de tratamiento por abuso de sustancias.

Servicios quirúrgicos. FAMIS cubre servicios quirúrgicos proporcionados durante la admisión en un hospital, o en una consulta médica o en el departamento de un hospital de atención a pacientes no hospitalizados.

Servicios de trasplante. FAMIS cubre el trasplante de los órganos principales; incluye corazón, hígado, páncreas/riñones, pulmón y corazón/pulmón. Los trasplantes de tejidos, ciertos trasplantes de médula ósea autólogos, alogénicos o singénicos (u otras formas de rescate con células madre) también están cubiertos con autorización previa.

Cuidado de la vista. FAMIS cubre exámenes de rutina de la vista, anteojos y lentes de contacto medicamente necesarios.

Cuidado médico de niños sanos. FAMIS cubre visitas de niño sano para niños desde el nacimiento hasta los 18 años incluyendo visitas, servicios de laboratorio y todas las vacunas recomendadas por el Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) o los Comités Consultivos de la Academia Americana de Pediatría. También incluye exploraciones para la detección de plomo.

** Consulte el manual para los afiliados de la Organización de Atención Administrada para obtener información específica sobre la autorización de los servicios. Si su hijo no está inscrito en una Organización de Atención Administrada llame a la línea de ayuda de DMAS (804-786-6145) para obtener más información sobre los servicios cubiertos.*

10. COBERTURA MÉDICA FUERA DEL ESTADO

Afiliados al programa de tarifa por servicio de FAMIS. FAMIS cubre servicios médicos de emergencia mientras un niño afiliado está temporalmente fuera de Virginia, si el proveedor de los servicios acuerda participar en el programa de FAMIS y facturar a DMAS por los servicios proporcionados. FAMIS no cubre servicios médicos prestados fuera de los Estados Unidos.

Afiliados a FAMIS inscritas en una Organización de Atención Administrada (MCO). Los planes MCO cubren servicios médicos de emergencia mientras un niño afiliado está temporalmente fuera de Virginia, si el proveedor de servicios acuerda facturar al plan MCO y acepta el reembolso del plan MCO por los servicios proporcionados. El proveedor deberá comunicarse con el plan MCO del inscrito. Los planes MCO no cubren servicios médicos prestados fuera de los Estados Unidos.

11. ¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA?

Si tiene una queja sobre FAMIS, puede llamar a Cover Virginia al 1-855-242-8282. Si tiene preguntas sobre un problema de facturación o la cobertura de un reclamo, puede llamar a la Línea de Ayuda para afiliados de DMAS al (804) 786-6145.

Si necesita registrar una queja sobre un proveedor (como un médico, hospital o farmacia), puede llamar al 800-533-1560.

Si tiene una queja sobre una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) en la que esté inscrito su niño, llame o escriba directamente a la MCO. Encontrará más información sobre cómo presentar las quejas y solicitar una revisión de las decisiones (apelaciones) de MCO en el manual que recibirá con la MCO que seleccionó. También puede registrar una queja llamando a la Línea de Ayuda de Atención Administrada al 800-643-2273.

Para aquellos casos en los cuales un proveedor indica, o la MCO determina, que seguir el margen de tiempo estándar de 90 días para revisar una decisión podría poner gravemente en peligro la vida, salud o capacidad del afiliado de conseguir, mantener o recuperar una función máxima, la MCO debe tomar una decisión acelerada o proporcionar una respuesta tan rápidamente como la condición médica del afiliado lo requiera y no más tarde de tres (3) días laborables después de haber recibido la petición o servicio.

Cualquier decisión final adversa de la MCO en respuesta a la apelación de un afiliado Puede ser apelada por el afiliado (o la parte responsable) para obtener una revisión externa. La MCO debe cumplir con la decisión de revisión externa. La decisión de la Organización de Revisión Externa en estos asuntos será la decisión final y no será sujeta a apelación por parte de la MCO. Los afiliados de FAMIS deben agotar el proceso de apelación interno de la MCO antes de iniciar una revisión externa.

12. ¿QUÉ HAGO SI DESEO APELAR UNA DECISIÓN?

Tiene derecho a solicitar una apelación de sobre cualquier acción adversa relacionada con la elegibilidad inicial o continua para Medicaid. Esto incluye demoras en el procesamiento de su solicitud, acciones para denegar su solicitud de servicios médicos o acciones para reducir o cancelar la cobertura después de que se haya determinado su elegibilidad. Debe solicitar una apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción del aviso de la agencia sobre la acción.

Usted o alguien a quien quiera representar puede solicitar una apelación. Si desea que alguien lo represente en una apelación, debe tener su permiso por escrito. Puede designar a un familiar, un amigo, un asesor legal (un abogado) u otro portavoz para que lo represente durante su apelación.

El plazo de decisión estándar es de 90 días a partir de la fecha en que presentó su solicitud de apelación. Los retrasos solicitados o causados por usted o su representante autorizado pueden extender la fecha límite para que completemos su decisión. La fecha de vencimiento extendida estará determinada por la cantidad de días y el motivo del retraso.

Puede solicitar una apelación rápida (acelerada) si usted o su médico creen que esperar una decisión pone en riesgo su salud o su vida. No todas las apelaciones califican para ser aceleradas. DMAS decidirá y le informará si su apelación será acelerada o no.

Puede solicitar que su cobertura continúe durante su apelación. Para recibir cobertura continua, debe presentar su apelación antes de la fecha en que finaliza la cobertura o dentro de los diez (10) días posteriores a la notificación de la agencia sobre la acción. No todas las personas califican para que la cobertura continúe. Es posible que tenga que devolverle el dinero a Medicaid por la cobertura adicional que recibió si pierde su apelación.

¿Cómo puedo solicitar 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 su solicitud de apelación por correo electrónico a appeals@dmas.virginia.gov.
3. Por fax. Puede enviar su solicitud de apelación por fax a DMAS al (804) 452-5454.
4. Por correo o personalmente. Envíe o lleve su solicitud de apelación a la 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, si desea hacerlo con un formulario de solicitud de apelación en papel, el formulario está disponible en DMAS en www.dmas.virginia.gov/appeals. También puede solicitar el formulario en su Departamento Local de Servicios Sociales o solicitar una copia llamando al (804) 371-8488. También puede escribir su propia carta para solicitar una apelación.

Si escribe su propia carta para solicitar una apelación, incluya información de identificación como su nombre completo, fecha de nacimiento, número de miembro de Medicaid o número de seguro social. También debe incluir el motivo 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, incluya una copia completa de su Notificación de Acción con su

solicitud de apelación. También puede incluir cualquier documento que desee que DMAS revise durante su apelación.

Si su solicitud de apelación es elegible para una audiencia, su audiencia se programará con la agencia que tomó la acción que está apelando. Usted y la agencia serán notificados por escrito de la fecha, hora y lugar de su audiencia con DMAS. Algunas audiencias se pueden realizar por teléfono; es importante que tengamos el número de teléfono correcto para comunicarnos con usted.

Es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional, por lo que es importante revisar con frecuencia su correo o correo electrónico, dependiendo de cómo nos solicitó que nos comuniquemos con usted. Asegúrese de prestar atención a los plazos en nuestras cartas y envíe 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 dictada por DMAS. Si no está de acuerdo con la decisión del Funcionario de Audiencia, puede apelarla ante el tribunal de circuito local.

Denegación de servicio por una apelación de la MCO

Las apelaciones por servicios negados por su MCO deben enviarse a la MCO. Una vez que se hayan agotado todas las apelaciones de la MCO, puede apelar la decisión de la MCO ante DMAS. Usted o su persona designada también pueden solicitar por escrito una revisión externa de la decisión de la MCO por parte de una organización de revisión independiente.

Envíe las solicitudes de revisión externa a:

FAMIS External Review
c/o KePro
6802 Paragon Place, Suite 440
Richmond, VA 23230

O en línea en: <https://atrezzo.kepro.com/ExternalReview.aspx>

Incluya su nombre y número de identificación, su número de teléfono con código de área y copias de cualquier aviso o información relevante.

Existen plazos específicos para que la MCO o el DMAS respondan a una queja o apelación. Si su proveedor de atención médica considera que estos plazos ponen en riesgo su salud, deberá tomar una decisión lo antes posible.

13. ¿QUÉ ES FRAUDE?

Fraude a FAMIS incluye cualquier acto que constituya fraude según la ley federal o estatal. El fraude es una retención deliberada o una tergiversación de información para

obtener el seguro médico de FAMIS, o no informar, sabiendo que tiene que hacerlo, un cambio que requiere ser informado. El fraude a FAMIS también ocurre cuando un médico o una farmacia factura por servicios que no se brindaron a un niño inscrito en FAMIS. La recepción fraudulenta de servicios cubiertos por FAMIS por parte de una persona que no es elegible puede dar lugar a un proceso penal.

Para individuos inscritos en atención administrada, DMAS paga una prima todos los meses a la MCO para la cobertura de esa persona. Si el niño está inscrito en FAMIS o si su cobertura se renovó porque no proporcionó información verdadera, es posible que tenga que pagar las primas mensuales que se pagaron a su MCO. Es posible que usted tenga que pagar estas primas incluso si no recibió servicios médicos durante esos meses.

Si tiene preguntas, llame a la Unidad de Auditoría de Beneficiarios de DMAS al 1-804-786-0156 o envíe un correo electrónico a: recipientfraud@dmass.virginia.gov.

Si cree que ha ocurrido algún tipo de fraude, abuso o negligencia, incluso por parte de un proveedor o MCO, debe llamar a la línea directa de fraude y abuso de la Unidad de Auditoría de Beneficiarios al 866-486-1971 o a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid del Fiscal General de Virginia al 800 -371-0824.

14. ¿CÓMO PROTEGE FAMIS MI PRIVACIDAD?

DMAS y sus contratistas cumplen con los requisitos federales que protegen la privacidad del paciente. Para obtener información sobre cómo DMAS protege la privacidad del paciente, visite el sitio web de DMAS en <https://www.dmass.virginia.gov/privacy-practices/> o llame a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DMAS al (804) 225-2860.

15. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Representante Autorizado – Una persona que está autorizada por escrito a llevar a cabo los asuntos financieros y personales de un individuo.

CommonHelp – CommonHelp en <http://www.commonhelp.virginia.gov> es el sitio donde individuos y familias pueden solicitar Medicaid, FAMIS y otros beneficios. El Departamento de Servicios Sociales de Virginia mantiene este sitio.

Cover Virginia – Es el centro de servicio al cliente de todo el estado de Virginia que brinda información y asistencia para FAMIS, Medicaid, Plan First y otras opciones de seguro. El centro de servicio al cliente estatal de Cover Virginia en el 855-242-8282 cuenta con representantes que pueden brindar asistencia confidencial con la solicitud e información sobre el programa. Puede solicitar, reportar cambios o renovar la cobertura de su hijo llamando a Cover Virginia.

Coverva.dmas.virginia.gov - El sitio web de Cover Virginia, que proporciona información sobre Medicaid y FAMIS. El sitio web incluye una herramienta de evaluación de elegibilidad y fácil acceso a todas las formas de solicitar cobertura, así como enlaces a otros recursos y asistencia de salud.

DMAS – Departamento de Servicios de Asistencia Médica, la agencia que administra los programas de FAMIS y Medicaid en Virginia.

DSS – Departamento de Servicios Sociales, es la agencia responsable de determinar la elegibilidad para asistencia médica y de la prestación de los servicios sociales relacionados. Incluye los Departamentos de Servicios Sociales locales.

Trabajador de elegibilidad – Trabajador de elegibilidad en el Departamento Local de Servicios Sociales es quien revisa su caso de FAMIS Medicaid para determinar si usted es elegible. Es la persona que tiene que contactar cuando haya cambios, tales como cambios en su dirección o ingresos, o problemas tales como el que no hubiera recibido la tarjeta de FAMIS o Medicaid.

FAMIS – Programa de seguro médico integral de Virginia para niños sin seguro desde el nacimiento hasta los 18 años con ingresos inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza. FAMIS es administrado por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS) y está financiado por el gobierno estatal y federal.

Es un programa de seguro médico para niños sin seguro desde que nacen hasta que cumplen 19 años. FAMIS está administrado por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) de Virginia y es financiado por el gobierno estatal y federal.

FAMIS MOMS – Es un programa de seguro de salud para mujeres embarazadas con elegibilidad de ingresos al igual que FAMIS.

FAMIS Select – Proporciona a las familias de los niños inscritos en FAMIS la oportunidad de elegir entre cobertura bajo FAMIS y cobertura a través de un plan médico privado o patrocinado por un empleador. Los niños inscritos en FAMIS *Select* acceden al seguro médico a través de su plan privado o patrocinado por un empleador y presentarán la tarjeta de identificación de ese plan para pagar. Los niños inscritos en FAMIS *Select* no tienen acceso a la cobertura directa de FAMIS excepto si es necesario para cubrir las vacunas infantiles.

Departamento de Servicios Sociales local (LDSS) – La oficina local de DSS en su condado o ciudad es la responsable de administrar su caso de FAMIS. Esta puede ser localizado en: www.dss.virginia.gov/localagency/index.cgi

Organización de Atención Administrada (MCO) – Es una organización que tiene un contrato con DMAS para proporcionar, organizar, pagar, o reembolsar todos o

algunos de los costos de los servicios de atención médica para las personas inscritas en Medicaid.

Medicaid – Es un programa de seguro médico que ayuda a pagar la atención médica de ciertos individuos y familias con ingresos y recursos bajos, si corresponde.

Proveedor de Atención Primaria (PCP) – El médico o la clínica que le proporciona la mayoría de sus necesidades de atención médica, le refiere a otros proveedores de atención médica y monitorea su salud. Un PCP puede ser un internista, un pediatra (médico infantil), ginecólogo/obstetra (médico de la mujer), o ciertas clínicas o departamentos de salud.

16. SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

A continuación, se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo detenidamente.**

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos.
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

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

- Respondemos preguntas sobre cobertura de sus familiares y amigos
- Proporcionamos ayuda en casos de desastre

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudemos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Administramos nuestra organización
- Pagamos por sus servicios de salud
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con cuestiones de seguridad y salud pública
- Hacemos investigación

- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico examinador o director de funeraria
- Abordamos la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales

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 ayudarle.

Obtenga una copia de los registros de salud y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitarnos corregir registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos decir “no” si afectaría su atención médica.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita la información, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las

que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses siguientes.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elija a alguien que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>
- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con el funcionario de privacidad en DMAS, 600 East Broad Street, Richmond Virginia 23219 o enviando un correo electrónico a: HIPAAprivacy@dmas.virginia.gov.

Sus opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartir información con su familia, amigos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

Nunca compartimos ni vendemos su información con fines de marketing.

Nuestros usos y divulgaciones

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo tratan.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo. *Ejemplo: utilizamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.*

Para pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Para administrar su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para brindarle un plan de salud y le proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayuda con problemas de salud y asuntos de seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos en el mercado
- Informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico examinador o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos

dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.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 tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web o con previa solicitud y le enviaremos una copia por correo.

Recuerde:
Es importante que podamos localizarle.

Si cambia de dirección o cambia su número telefónico, siempre debe notificar el cambio:

Llame gratuitamente a Cover Virginia al **1-855-242-8282**
(TTY: 1-888-221-1590)

O

Visite CommonHelp en www.commonhelp.virginia.gov

O

Comuníquese con su Departamento Local de Servicios Sociales