

MANUAL de Plan First

Commonwealth de Virginia

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

www.dmas.virginia.gov



Beneficio de Planificación Familiar de Virginia

www.planfirst.org

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

600 East Broad Street

Richmond, Virginia 23219-1857

Nuestra misión es proporcionar un sistema de servicios integrales de salud de alta calidad para los ciudadanos elegibles en Virginia y sus familias.

COBERTURA DEL PLAN FIRST

Plan First: Un Programa de Servicios de Planificación Familiar (anticonceptivos) de Virginia

Los hombres y mujeres que cumplan con los requisitos de ingresos pero que no califiquen para un programa de beneficios completos de Medicaid podrían ser elegibles para el Plan First con beneficios limitados.

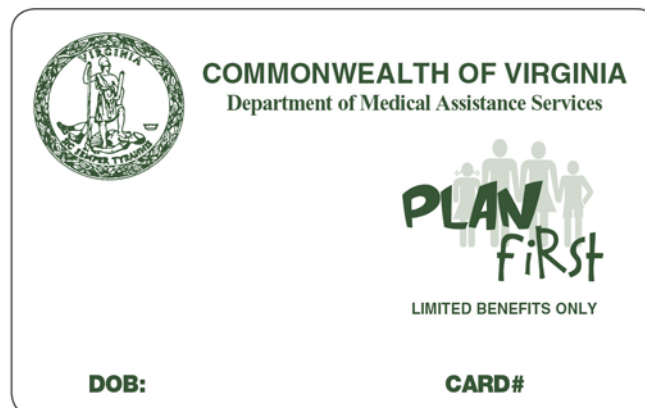
Plan First cubre:

- El examen físico anual de planificación familiar y control de la natalidad incluye: examen Papanicolaou (si corresponde), análisis para enfermedades de transmisión sexual (por sus siglas en inglés STI);
- Educación y asesoría sobre la planificación familiar;
- Métodos anticonceptivos brindados por un médico u obtenidos con una receta, como implantes anticonceptivos, anillos vaginales, parches anticonceptivos, DIU, píldoras anticonceptivas, diafragmas y Depo-Provera,
- La esterilizaciones para los miembros mayores de 21 años, incluyendo la ligadura de trompas o la vasectomía, si esta fuera su elección;
- Traspotación para recibir servicios los cubiertos de planificación familiar.

Plan First sólo paga los servicios de planificación familiar. La cobertura de los servicios de Plan First se limita a la planificación familiar y no incluye servicios para aumentar la fertilidad. Si usted se enferma o necesita ayuda para recibir atención médica preventiva o para otras condiciones no relacionadas con la planificación familiar, deberá pagar los costos de acudir al médico y/o recibir tratamiento. Los proveedores que ofrecen servicios médicos a bajo costo o sin cargo podrían incluir: Los centros de salud comunitarios que proporcionan atención médica mediante un sistema de cargos basados en su ingreso, Clínicas gratuitas y/o Departamentos de salud locales. Para obtener información sobre proveedores de servicios médicos en su área, llame al 2-1-1.

TARJETA DE PLAN FIRST DE VIRGINIA

Cuando usted se inscriba en Plan First, el beneficio limitado que cubre servicios de planificación familiar, recibirá por correo una tarjeta plástica de identificación de Plan First verde y blanca con su nombre y número de identificación. Cada vez que visite a su médico o a la clínica donde recibe sus servicios de planificación familiar, deberá mostrar esta tarjeta. Antes de ir, asegúrese de que su médico o clínica acepte el pago de Plan First de Virginia. En caso de pérdida, robo o destrucción de su tarjeta, puede solicitar una tarjeta de reemplazo a través de su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) o a través de Cover Virginia (llamando al número gratuito 1-855-242-8282). Es importante informar la pérdida de su tarjeta de identificación de Plan First a su oficina local de DSS o a Cover Virginia de inmediato.



Uso de su Tarjeta de identificación de Plan First

Muestre su Tarjeta de identificación de Plan First a su médico o personal de su clínica cada vez que vaya a recibir servicios de planificación familiar para asegurarse de que aceptan pagos provenientes del programa Plan First de Virginia. **Recuerde que Plan First sólo cubre servicios de planificación familiar. Si usted tiene otra tarjeta de asistencia médica de Virginia porque previamente estuvo inscrito en otro programa Medicaid, tenga en cuenta que esa tarjeta ya no es válida.**

USO DE SUS BENEFICIOS DE PLAN FIRST

Cobertura de Plan First

Si no tiene un médico, puede elegir cualquier proveedor siempre y cuando este proveedor acepte pagos provenientes del programa Plan First de Virginia. Si usted contaba con una cobertura Medicaid de Virginia previamente, no asuma que el médico o clínica al que asistía aceptará Plan First; ¡consulte siempre! Si recibe servicios de un médico o clínica que no acepta pagos de Plan First, deberá pagar la factura usted mismo. DMAS no lo reembolsará por gastos médicos que haya pagado. Intente usar un mismo médico de planificación familiar y una misma farmacia durante la mayor parte de su atención médica.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que acepte Plan First, utilice el buscador de proveedores de DMAS: <https://www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov/wps/portal/SearchForProviders>. Si el tipo de proveedor que busca no se encuentra en la lista, comuníquese con la Línea de asistencia para Miembros al 804-786-6145.

Transporte

SOLO casos que no sean de emergencia: Los servicios de transporte se cubren cuando es necesario para facilitar el acceso de las personas a los servicios de planificación familiar de Plan First. Para citas médicas que no sean de emergencia, los servicios se prestan mediante un agente de transporte; llame gratuitamente a la línea telefónica de reservas al **1-866-386-8331 al menos cinco días hábiles (5 días) antes de la cita programada**. Cuando llame, sírvase tener a mano el número de identificación de Plan First, el domicilio de la cita y su número telefónico.

Puede encontrar Información adicional del transporte de no emergencia de Medicaid en:

<http://transportation.dmas.virginia.gov/>

Recuerde: Los viajes deben ser para un servicio cubierto por Plan First. La cobertura se limita a citas médicas y farmacia para la planificación familiar. El agente de transporte podría verificar su cita cubierta por Plan First con el proveedor.

Prescripción de anticonceptivos surtidos en la farmacia

Cada receta de medicamentos o suministros para la planificación familiar está limitada a la lista de medicamentos preferentes del DMAS y a un suministro de 34 días por vez en una farmacia participante. Cuando estén disponibles, se proporcionarán medicamentos genéricos a menos que el médico especifique que una marca particular es médicamente necesaria.

Anticonceptivos administrados por el médico

Los anticonceptivos que requieren inserción, tales como el DIU o los implantes anticonceptivos, deben ser proporcionados por su proveedor de servicios médicos y facturados directamente a Virginia Medicaid. Su farmacia no puede suministrar estos tipos de anticonceptivos.

Para obtener más información acerca de qué tipos de anticonceptivos están cubiertos y de cómo conseguirlos, sírvase comunicarse con la línea de asistencia telefónica del DMAS al 804-786-6145.

COPAGOS

Plan First no cobrará copagos por los servicios de planificación familiar cubiertos.

PLAN FIRST Y OTROS SEGUROS

Usted puede poseer cobertura médica privada y aun puede ser elegible para Plan First. Se le facturará al otro seguro antes que a Plan First, pero Plan First pagará por los servicios cubiertos si el otro seguro no lo hace.

Plan First cubrirá los servicios de planificación familiar sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted pierde su otra cobertura médica o si se inscribe en otro plan de salud, infórmeselo a su trabajador de elegibilidad en su Departamento de Servicios Sociales (DSS) o comuníquese con Cover Virginia (línea gratuita 1-855-242-8282). Si la cobertura de su seguro cambia y usted no lo informa, el pago de facturas médicas podría retrasarse.

A veces, Plan First paga facturas por servicios de planificación familiar y más tarde se descubre que han sido pagadas por otra fuente, tales como un seguro comercial o Medicare. En este caso, el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) intentará recuperar el dinero de la otra fuente. Si una compañía de seguros le paga después de que Plan First haya pagado la misma factura, usted deberá enviar el dinero a DMAS.

LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE

La mayoría de las personas que no reciben beneficios completos de Medicaid debe inscribirse para obtener un seguro de salud a partir de 2014 o pagar una multa. El gobierno federal ayuda a algunas personas a pagar los costos del seguro, con una subvención fiscal o con un crédito anticipado para el pago de primas. Si necesita ayuda para solicitar Medicaid u otro seguro médico, visite el sitio de Internet de Cover Virginia, www.coverva.org, o llame gratuitamente al: 1-855-242-8282 • TDD: 1-888-221-1590. Para solicitar directamente un seguro médico, subsidios, o un Crédito fiscal anticipado para el pago de primas (APTC), visite el Mercado Federal de Seguros Médicos en www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derecho a...

- Presentar una solicitud para asistencia médica.
- Recibir información por escrito especificado las políticas de elegibilidad.
- Que una decisión sea tomada con prontitud.
- Recibir una notificación por escrito de la decisión.
- Mantener la privacidad de su información personal y de salud.
- Recibir un aviso sobre cambios que afecten mi cobertura tal cómo cancelación o reducción de cobertura.
- Apelar cualquier acción, como por ejemplo:
 - cualquier decisión que rechace, termine o reduzca su elegibilidad al Plan First;
 - cualquier periodo de tiempo excesivo para decidir si usted es elegible; o
 - cualquier decisión que rechace, termine o reduzca los servicios médicos cubiertos por el Plan First.

Usted tiene la responsabilidad de...

- Completar los formularios de solicitud y renovación de manera completa y correcta.
- Brindar la información solicitada, o informar a su trabajador de elegibilidad o Cover Virginia sobre cualquier problema que esté teniendo para conseguir la información necesaria.
- Informar a su trabajador de elegibilidad o a Cover Virginia sobre cualquier otro seguro médico que pueda cubrir algunas de sus facturas.
- **Informar inmediatamente** cambios en su situación a su trabajador de elegibilidad o Cover Virginia, tales como:
 - Cambio de domicilio, nacimiento de un hijo, fallecimiento de un familiar, casamiento, nuevo empleo, la contratación o baja de otro seguro médico o cualquier cambio en su ámbito doméstico.
 - Cambios en su situación financiera (lo que incluye los ingresos salariales y no salariales tales como Seguridad Social, SSI, ir a trabajar, cambios de empleo, transferencias de activos o herencias).
 - Cualquier seguro médico nuevo que pueda cubrir algunas de sus facturas.
 - Presentación de un reclamo por daños personales debido a un accidente.
- Cumplir con las citas programadas.
- Mostrar a su proveedor médico su tarjeta de identificación de Plan First y cualquier otra(s) tarjeta(s) de seguros médicos cuando vaya a atenderse.

FRAUDE Y OTROS REINTEGROS

Fraude a Medicaid significa retener u ocultar información intencionalmente ó dar información falsa para obtener beneficios de Medicaid; o si un miembro le permite a otra persona que no haya sido determinada elegible para los beneficios de Medicaid usar su número de Medicaid para obtener atención médica. El fraude a Medicaid también se produce cuando un proveedor factura a Medicaid por servicios que no fueron proporcionados a un miembro de Medicaid.

Cualquier persona declarada culpable de fraude a Medicaid en un tribunal penal deberá reembolsar al programa Medicaid por todas las pérdidas (reclamaciones pagadas y las primas de atención médica administradas) y no podrá recibir beneficios de Medicaid por un año después de la condena. Además, la sentencia podría incluir una multa de hasta \$25,000 y/o hasta 20 años de prisión. También podría tener que reembolsar al programa Medicaid por cualquier reclamación o prima de atención médica administrada pagadas durante los períodos en los que no fue elegible por Medicaid debido a actos no considerados criminales. Se deberá informar el fraude y abusos a su Departamento de Servicios Sociales o a la Unidad de auditoría de receptores del DMAS al (804) 786-0156. Los números adicionales para reportar sospechas de fraude y abuso son el (804) 786-1066 (local) y el número gratuito 1-866-486-1971. Los fraudes y abusos también pueden ser reportados mediante correo electrónico en recipientfraud@dmas.virginia.gov.

Medicaid también puede recuperar los pagos efectuados por servicios recibidos, o primas de atención administrada, pagados en nombre de miembros inelegibles que no tenían intención de cometer fraude. **Esto también incluye recuperaciones por gastos médicos pagados en su nombre durante el proceso de apelación si la acción de la agencia (la decisión de recuperar el dinero) es confirmada.** No hay tiempo límite para los reintegros al programa Medicaid.

Responsabilidad ante terceros y reclamos por daños personales

Si usted ha sido herido en cualquier tipo de accidente y tiene un reclamo por daños personales, deberá informar a su agente de elegibilidad para que Medicaid pueda cobrar el pago a la persona responsable del

accidente. La agencia necesitará información como la fecha del accidente/lesión, tipo de accidente y el nombre del abogado o compañía aseguradora, si los hubiere.

CUÁNDO Y CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene el derecho de presentar una apelación de cualquier acción adversa relacionada a la elegibilidad inicial o de continuidad del Plan First. Esto incluye demoras en el procesamiento de su aplicación, acciones para denegar su solicitud para recibir servicios médicos, o acciones para reducir o terminar su cobertura después de que su elegibilidad haya sido determinada.

Para presentar una apelación, notifique por escrito a DMAS la acción con la que no está de acuerdo durante los 30 días a partir del recibo del aviso de la agencia acerca de la acción. Usted puede completar un Formulario de solicitud de apelación o escribir una carta. Los Formularios de solicitud de apelación están disponibles en línea en www.dmas.virginia.gov (en la sección de Servicios al Cliente).

Sea específico sobre qué acción o decisión usted desea apelar e incluya una copia del aviso sobre la acción en caso de tenerla. Asegúrese de firmar el formulario o la carta. Las solicitudes de apelación pueden enviarse por correo a: Sección de Apelaciones, Departamento de Servicios de Asistencia Médica, 600 E. Broad Street, Richmond, Virginia 23219. Teléfono: (804) 371-8488. Fax: (804) 612-0036.

Si usted está apelando una reducción o terminación de su cobertura y su solicitud se realiza antes de la fecha efectiva de la acción, o dentro de los 10 días de la fecha del aviso, su cobertura podría continuar hasta que se conozca el resultado de la apelación. Sin embargo, usted podría tener que reembolsar al programa Medicaid por gastos médicos pagados en su nombre durante el periodo de cobertura continua si la acción de la agencia es confirmada.

Después de presentar su apelación, se le notificará la fecha, hora y lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias pueden hacerse por teléfono.

La decisión del Consejero Auditor es la decisión administrativa final emitida por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejero Auditor, puede apelar en su tribunal local.

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD

Cuando usted recibe servicios de atención médica de agencias como DMAS, esa agencia podría recibir información médica (de salud) sobre usted. En virtud de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, su información médica se encuentra protegida. La información médica incluye cualquier información sobre: (1) su salud o afecciones físicas o mentales pasadas, actuales o futuras; (2) la atención médica que usted recibe; y (3) el pago pasado, actual o futuro de su atención médica.

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Esta sección describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Sírvase revisarla cuidadosamente.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico y de los cobros y pagos efectuados
- Corregir su registro médico y su registro de los cobros y pagos efectuados
- Solicitar que la comunicación sea confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información

- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Nuestros usos y divulgaciones

Podríamos usar y compartir su información para:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios médicos
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con asuntos relacionados a la salud y seguridad públicas
- Llevar a cabo investigaciones
- Cumplir la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico examinador o director fúnebre
- Atender solicitudes de indemnización laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus Derechos

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros médicos y de los cobros y pagos efectuados y otra información médica que mantenemos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y los cobros y pagos efectuados, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable, en base a los costos incurridos.

Pedirnos que corrijamos sus registros médicos y los cobros y pagos efectuados

- Puede pedirnos que modifiquemos sus registros médicos y de los cobros y pagos efectuados si piensa que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud de modificación, pero le informaremos por qué de forma escrita en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos el correo a un domicilio diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y deberemos aceptarlas si nos informa que usted correría peligro si no lo hiciéramos.

Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de acceder a su pedido, y podemos negarnos si el mismo pudiese perjudicar su atención.

Obtener una lista de las personas u organizaciones con las cuales hayamos compartido su información

- Usted puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información médica por un periodo de 6 años previos a la fecha en que la requiera, de las personas u organizaciones con quien la hemos compartido y el motivo por el que lo hemos hecho.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado que realicemos). Le proporcionaremos una lista por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en los costos, si usted solicita otra más en un periodo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aún si ha acordado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si usted ha otorgado un poder notarial médico o si ha designado a alguien como su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presentar un reclamo si cree que se han violado sus derechos.

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede presentar un reclamo usando la información de contacto de la página número uno.
- Puede presentar un reclamo a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

Sus Decisiones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus decisiones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia sobre cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos:

- Que compartamos su información con su familia, amigos cercanos, o cualquier otra persona involucrada en el pago de su cuidado.
- Que compartamos su información en situaciones de emergencia.

Si usted no es capaz de decirnos cuál es su preferencia, por ejemplo en caso de estar inconsciente, podríamos proceder a compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

Nunca compartimos o vendemos su información con fines comerciales.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica para:

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo estén tratando.

Por ejemplo: Un médico nos manda información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el precio de esa cobertura. Esto no aplica a los planes de atención médica de largo plazo.

Por ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios médicos

Podemos usar y divulgar su información médica para pagar sus servicios médicos.

Por ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?

Estamos autorizados u obligados a divulgar su información de otras formas, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como por ejemplo a la salud pública o con fines de investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos relacionados a la salud y la seguridad públicas.

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, tales como:

- Para prevenir enfermedades
- Para ayudar con el retiro de productos
- Para informar sobre reacciones adversas a medicamentos
- Para informar sobre un presunto abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Llevar a cabo investigaciones

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

Cumplir la ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, por ejemplo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando éste quiera asegurarse de que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico examinador o director fúnebre.

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

Atender solicitudes de indemnización laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de indemnización laboral
- Para efectos de aplicación de la ley o con un funcionario de los servicios de seguridad
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley

- Para funciones gubernamentales especiales tales como actividades militares, seguridad nacional y para el servicio de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras Responsabilidades

- **Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.**
- **Le haremos saber inmediatamente si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.**
- **Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad de este aviso y proporcionarle una copia del mismo.**
- **No usaremos o compartiremos su información para otros fines que los mencionados en este documento, a menos que nos comunique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.**

Para obtener más información visite:

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

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios afectarán a toda la información que tenemos de usted. La nueva notificación estará disponible si se solicita ó en nuestro sitio web.