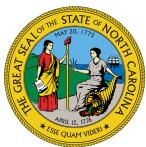


HEALTHY BLUE

Manual del miembro

NC Medicaid Managed Care

Abril de 2023

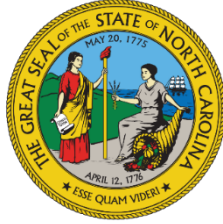


NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

1023632NCMSPHBL 04/23



2024 02 14



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

MANUAL DEL MIEMBRO DE NC MEDICAID MANAGED CARE

Healthy Blue

Abril de 2023

You can request free auxiliary aids and services, including this material and other information in large print. Call 844-594-5070 (TTY 711).

If English is not your first language, we can help. Call **844-594-5070 (TTY 711)**. We can give you, free of charge, the information in this material in your language orally or in writing, access to interpreter services, and can help answer your questions in your language.

Español (Spanish):

Puede solicitar ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluido este material y otra información en letra grande. Llame al 844-594-5070 (TTY 711).

Si el inglés no es su lengua nativa, podemos ayudarle. Llame al **844-594-5070 (TTY 711)**. Podemos ofrecerle, de forma gratuita, la información de este material en su idioma de forma oral o escrita, acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma.

中国人 (Chinese):

您可以申请免费的辅助工具和服务，包括本资料和其他计划信息的大字版。请致电 844-594-5070 (TTY 711)。

如果英语不是您的首选语言，我们能提供帮助。请致电 **844-594-5070 (TTY 711)**。您可以通过口头或书面形式，用您使用的语言免费为您提供本资料中的信息，为您提供翻译服务，并且用您使用的语言帮助回答您的问题。

Tiếng Việt (Vietnamese):

Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ miễn phí, bao gồm tài liệu này và các thông tin khác dưới dạng bản in lớn. Gọi 844-594-5070 (TTY 711).

Nếu Tiếng Anh không phải là ngôn ngữ mẹ đẻ của quý vị, chúng tôi có thể giúp quý vị. Gọi đến **844-594-5070 (TTY 711)**. Chúng tôi có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin trong tài liệu này bằng ngôn ngữ của quý vị dưới dạng lời nói hoặc văn bản, quyền tiếp cận các dịch vụ phiên dịch, và có thể giúp trả lời các câu hỏi của quý vị bằng chính ngôn ngữ của quý vị.

한국인 (Korean):

**귀하는 무료 보조 자료 및 서비스를 요청할 수 있으며,
여기에는 큰 활자체의 자료 및 기타정보가있습니다.
844-594-5070 (TTY 711) 번으로 전화주시기 바랍니다.**

영어가 모국어가 아닌 경우 저희가 도와드리겠습니다. **844-594-5070 (TTY 711)** 전화주시기 바랍니다. 저희는 귀하께 구두로 또는 서면으로 귀하의 언어로 된 자료의 정보를, 그리고 통역 서비스의 사용을 무료 제공해 드리며 귀하의 언어로 질문에 대한 답변을 제공해 드리겠습니다.

Français (French):

**Vous pouvez demander des aides et des services
auxiliaires gratuits, y compris ce document et d'autres
informations en gros caractères. Composez le
844-594-5070 (TTY 711).**

Si votre langue maternelle n'est pas l'anglais, nous pouvons vous aider. Composez le **844-594-5070 (TTY 711)**. Nous pouvons vous fournir gratuitement les informations contenues dans ce document dans votre langue, oralement ou par écrit, vous donner accès aux services d'un interprète et répondre à vos questions dans votre langue.

Hmoob (Hmong):

**Koj tuaj yeem thov tau cov khoom pab cuam thiab cov
kev pab cuam, suav nrog rau tej ntaub ntawv no thiab**

Iwm lub phiaj xwm tej ntaub ntawv kom muab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 844-594-5070 (TTY 711).

Yog tias Lus Askiv tsis yog koj thawj hom lus hais, peb tuaj yeem pab tau. Hu rau **844-594-5070 (TTY 711)**. Peb tuaj yeem muab tau rau koj yam tsis sau nqi txog ntawm tej ntaub ntawv muab txhais ua koj hom lus hais ntawm ncauj los sis sau ua ntawv, mus siv tau cov kev pab cuam txhais lus, thiab tuaj yeem pab teb koj cov lus nug hais ua koj hom lus.

عربي (Arabic):

يمكنك طلب الخدمات والمساعدات الإضافية المجانية بما في ذلك، هذا المستند ومعلومات أخرى حول الخطة بأحرف كبيرة. اتصل على الرقم **844-594-5070 (الهاتف النصي 711)**.

يمكننا أن **844-594-5070 (الهاتف النصي 711)**. إذا كانت اللغة الإنجليزية ليست لغتك الأولى، فيمكننا المساعدة. اتصل على الرقم نقدم لك المعلومات الواردة في هذا المستند بلغتك شفهيًا أو كتابيًا إلى خدمات

Русский (Russian):

Вы можете запросить бесплатные вспомогательные средства и услуги, включая этот справочный материал и другую информацию напечатанную крупным шрифтом. Позвоните по номеру 844-594-5070 (TTY 711).

Если английский не является Вашим родным языком, мы можем Вам помочь. Позвоните по номеру **844-594-5070 (TTY 711)**. Мы бесплатно предоставим Вам более подробную информацию этого справочного материала в устной или письменной форме, а также доступ к языковой поддержке и ответим на все вопросы на Вашем родном языке.

Tagalog (Tagalog):

Maaari kang humiling ng libreng mga auxiliary aid at serbisyo, kabilang ang materyal na ito at iba pang impormasyon sa malaking print. Tumawag sa 844-594-5070 (TTY 711).

Kung hindi English ang iyong unang wika, makakatulong kami. Tumawag sa **844-594-5070 (TTY 711)**. Maaari ka naming bigyan, nang libre, ng impormasyon sa materyal na ito sa iyong wika nang pasalita o nang pasulat, access sa mga serbisyo ng interpreter, at matutulungang sagutin ang mga tanong sa iyong wika.

ગુજરાતી (Gujarati):

તમે મોટી પ્રિન્ટમાં આ સામગ્રી અને અન્ય માહિતી સહિત મફત સહાયક સહાય અને સેવાઓની વિનંતી કરી શકો છો 844-594-5070 (TTY 711).

પર કોલ કરો જો અંગ્રેજી તમારી પ્રથમ ભાષા ન હોય, તો અમે મદદ કરી શકીએ છીએ. **844-594-5070 (TTY 711)**. પર કોલ કરો તમારી ભાષામાં મૌખિક રીતે અથવા લેખિતમાં તમને આ સામગ્રીની માહિતી અમે વિના મૂલ્યે આપી શકીએ છીએ, દુભાષિયા સેવાઓની સુલભતા આપી શકીએ છીએ અને તમારી ભાષામાં તમારા પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં અમે સહાયતા કરી શકીએ છીએ.

ខ្មែរ (Khmer):

អ្នកអាចស្នើសុំសម្ភារៈនិងសេវាជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ រួមទាំង ព័ត៌មានអំពីសម្ភារៈនេះ និងព័ត៌មានអំពី ផ្សេងទៀតនៅជា អក្សរពុម្ពធំ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 844-594-5070 (TTY 711)។

ប្រសិនបើភាសាអង់គ្លេសមិនមែនជាភាសាទីមួយរបស់អ្នក យើងអាចជួយអ្នកបាន។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **844-594-5070 (TTY 711)** យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃនូវព័ត៌មាននៅ ក្នុងឯកសារនេះជាភាសារបស់អ្នក ដោយផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទទួលបានសេវាអ្នក បកប្រែ និងអាចជួយឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកជាភាសារបស់អ្នក ។

Deutsch (German):

Sie können kostenlose Hilfsmittel und Services anfordern, darunter diese Unterlagen und andere Informationen in Großdruck. Rufen Sie uns an unter **844-594-5070 (TTY 711)**.

Sollte Englisch nicht Ihre Muttersprache sein, können wir Ihnen behilflich sein. Rufen Sie uns an unter **844-594-5070 (TTY 711)**. Wir können Ihnen die in diesen Unterlagen enthaltenen Informationen kostenlos mündlich oder schriftlich in Ihrer Sprache zur Verfügung stellen, Ihnen einen Dolmetscherdienst vermitteln und Ihre Fragen in Ihrer Sprache beantworten.

हिंदी (Hindi):

आप इस सामग्री और अन्य की जानकारी बड़े प्रिंट में दिए जाने सहित मुफ्त अतिरिक्त सहायता और सेवाओं का अनुरोध कर सकते हैं। **844-594-5070 (TTY 711)**

पर कॉल करें। अगर अंग्रेजी आपकी पहली भाषा नहीं है, तो हम मदद कर सकते हैं। **844-594-5070 (TTY 711)** पर कॉल करें। हम आपको मुफ्त में इस सामग्री की जानकारी आपकी भाषा में जबानी या लिखित रूप में दे सकते हैं, दुभाषिया सेवाओं तक पहुंच दे सकते हैं और आपकी भाषा में आपके सवालों के जवाब देने में मदद कर सकते हैं

ພາສາລາວ (Lao):

ທ່ານສາມາດຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເສີມ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆໄດ້ ແບບຟຣີ, ລວມທັງເອກະສານນີ້ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆເປັນຕົວພິມ ໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ **844-594-5070 (TTY 711)**.

ຖ້າພາສາແມ່ຂອງທ່ານ ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ໂທຫາເບີ **844-594-5070 (TTY 711)**. ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນເອກະສານນີ້ ເປັນພາສາຂອງທ່ານທາງປາກເບົາ ຫຼື ເປັນລາຍລັກ ອັກສອນ, ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການນາຍແປພາສາ ໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫຍັງ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍ ຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານ.

日本 (Japanese):

この資料やその他の計画情報を大きな文字で表示するなど、無料の補助支援やサービスを要請することができます。844-594-5070 (TTY 711)に電話してください。

英語が母国語でない方はご相談ください。844-594-5070 (TTY 711)に電話してください。この資料に記載されている情報を、お客様の言語で口頭または書面にて無料でお伝えするとともに、通訳サービスへのアクセスを提供し、お客様のご質問にもお客様の言語でお答えします。]

Aviso sobre no discriminación

Healthy Blue cumple con las leyes federales correspondientes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual. Healthy Blue no excluye a las personas o las trata de manera distinta por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Healthy Blue proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos para personas que tienen discapacidades con el fin de que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados del lenguaje americano de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Healthy Blue proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 844-594-5070 (TTY 711).

Si cree que Healthy Blue no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Member Grievances
Healthy Blue
11000 Weston Parkway
Cary, NC 27513

Teléfono: 844-594-5070 (TTY 711)
Fax: 844-429-9635
Correo electrónico:
ncmedicaidgrievances@nchealthyblue.com

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Por correo:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Por teléfono: **800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)**

Los formularios de reclamo están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

El Defensor de NC Medicaid puede proporcionarle apoyo y educación confidencial y gratuito sobre los derechos y las obligaciones que tiene bajo NC Medicaid. Llame al **877-201-3750** o visite ncmedicaidombudsman.org.

Su Guía de referencia rápida de Healthy Blue

QUIERO:	PUEDO CONTACTAR A:
Encontrar un médico, especialista o servicio de atención de la salud	Mi proveedor de atención primaria (PCP). (Si necesita ayuda para elegir su PCP, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).)
Obtener más información sobre cómo elegir o inscribirme en un plan médico:	Llame al número gratuito: 833-870-5500.
Obtener este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).
Mantenerme al tanto de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).
Obtener ayuda para ir y regresar de mis citas con el médico	Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711). También puede encontrar más información sobre Servicios de transporte en la página 19 de este manual.
Obtener ayuda para manejar pensamientos de lastimarme o lastimar a otros, aflicción, estrés o ansiedad severos o cualquier otra crisis de salud del comportamiento	Línea para crisis de salud del comportamiento al 844-594-5076, a cualquier hora, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.
Obtener respuestas a preguntas básicas o preocupaciones sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de Enfermería 24/7 al 844-545-1428 a cualquier hora, las 24 horas, los 7 días de la semana, o hable con su PCP.
<ul style="list-style-type: none"> • Entender una carta o aviso que recibí por correo de mi plan médico • Presentar un reclamo sobre mi plan médico • Obtener ayuda con un cambio reciente o rechazo de mis servicios de atención de la salud 	<p>Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) o al Defensor de NC Medicaid al 877-201-3750.</p> <p>También puede encontrar más información sobre el Defensor de NC Medicaid en la página 56 de este manual.</p>

<p>Actualizar mi dirección</p>	<p>Llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) para informar un cambio de dirección. Puede encontrar un listado de las ubicaciones del DSS en dhhs.nc.gov/localdss.</p> <p>Usted también puede usar el ePASS para actualizar su dirección e información. ePASS (epass.nc.gov) es el sitio web seguro de autoservicio de North Carolina donde puede solicitar beneficios y servicios. Puede crear una cuenta básica de ePASS y, a continuación, escoger actualizar a una cuenta mejorada de ePASS.</p> <p>Inscríbase para ePASS en epass.nc.gov.</p>
<p>Encontrar el directorio de proveedores de atención de la salud de mi plan médico u otra información general acerca de mi plan médico</p>	<p>Visite nuestro sitio web en healthybluenc.com o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).</p>

Palabras claves usadas en este manual

A medida que lee este manual, podría ver algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Hogar de cuidado para adultos: Un ambiente de cuidado residencial autorizado con siete o más camas para personas mayores o discapacitadas que necesitan apoyo adicional. Estos hogares ofrecen supervisión y cuidado personal apropiados para la edad y la discapacidad de la persona.

Atención preventiva para adultos: Atención que consiste en chequeos de bienestar, asesoramiento de pacientes y pruebas de detección regulares para prevenir enfermedades y otros problemas relacionados con la salud en adultos.

Directiva anticipada: Un conjunto de instrucciones escritas sobre cómo se tomarían las decisiones sobre tratamiento médico o de salud mental si usted pierde la capacidad de tomarlas por sí mismo.

Determinación adversa de beneficios: Una decisión que su plan médico puede tomar para rechazar, reducir, interrumpir o limitar sus servicios de atención de la salud.

Apelación: Si el plan médico toma una decisión con la que usted no está de acuerdo, puede pedirles que la revisen. Esto se llama “apelación”. Pida una **apelación** cuando no esté de acuerdo con que estén rechazando, reduciendo, interrumpiendo o limitando su servicio de atención de la salud. Cuando le pide a su plan médico una apelación, recibirá una nueva decisión en un plazo de 30 días. Esta decisión se denomina “resolución”. **Las quejas y apelaciones son diferentes.**

Atención de la salud del comportamiento: Tratamiento de salud mental y para trastorno por el uso de sustancias y servicios de recuperación.

Beneficiario: Una persona que está recibiendo Medicaid.

Beneficios: Un conjunto de servicios de atención de la salud cubiertos por su plan médico.

Coordinación de la atención: Un servicio donde un coordinador de la atención o administrador de cuidados médicos lo ayuda a organizar sus metas de salud e información para ayudarlo a lograr una atención más segura y efectiva. Esos servicios pueden incluir, pero no están limitados a, identificar las necesidades de servicios de salud, determinar el nivel de atención, abordar servicios de apoyo y recursos adicionales o monitorear la asistencia al tratamiento.

Administración de cuidados médicos: Un servicio donde un administrador de cuidados médicos puede ayudarlo a cumplir sus metas de salud al coordinar sus servicios de salud médica, social y conductual y ayudarlo a encontrar acceso a recursos como transporte, alimentación saludable y vivienda segura.

Administrador de cuidados médicos: Un profesional de salud que puede ayudarlo a cumplir sus metas de salud al coordinar sus servicios de salud médica, social y conductual y ayudarlo a encontrar acceso a fuentes como transporte, alimentación saludable y vivienda segura.

Servicios de pruebas de detección para niños: Un examen médico para monitorear la forma en que un niño se está desarrollando. Los servicios de pruebas de detección pueden ayudar a identificar preocupaciones y problemas de forma temprana. Las pruebas de detección evalúan el comportamiento social/emocional, la vista y audición, las habilidades y coordinación motoras, las capacidades cognitivas, el lenguaje y el habla.

Reclamo: Insatisfacción sobre su plan médico, proveedor, atención o servicios. Contacte a su plan médico y dígalos que tiene un “reclamo” acerca de sus servicios. **Los reclamos y las apelaciones son distintas.**

Copago: Un monto que usted paga cuando recibe determinados servicios de atención de la salud o una receta.

Departamento de Servicios Sociales del Condado (DSS): La agencia pública local (del condado) que es responsable de determinar la elegibilidad para Medicaid y otros programas de asistencia.

Servicios cubiertos: Servicios de atención de la salud que son proporcionados por su plan médico.

Transferencia: El periodo inmediatamente anterior y posterior al inicio de North Carolina Medicaid Managed Care.

Equipo médico duradero: Ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede ordenarle que los use en casa si tiene una enfermedad o lesión.

Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT): Un beneficio de Medicaid que da servicios de atención de la salud integrales y preventivos para menores de 21 años que reciben Medicaid. Cuando un niño necesita atención médica, los servicios no están limitados por las pólizas de cobertura de Healthy Blue. Medicaid se asegura que los miembros menores de 21 años puedan obtener la atención médica que necesitan, cuando la necesitan, incluyendo servicios de atención de la salud para prevenir enfermedades y afecciones médicas futuras.

Intervención temprana: Servicios y apoyos disponibles para bebés y niños pequeños que tienen retrasos y discapacidades del desarrollo y a sus familias. Los servicios pueden incluir terapia del habla y fisioterapia y otros tipos de servicios.

Opción tribal de Banda Oriental de Indígenas Cherokee (EBCI): La entidad de manejo de casos de atención primaria (PCCMe) creada por la Autoridad de Hospitales Indígenas Cherokee (CIHA). Maneja las necesidades de atención primaria de miembros tribales reconocidos federalmente y otros que califican para servicios a través de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses (IHS) y viven en el condado Cherokee, Haywood, Graham, Jackson o Swain o en un condado vecino de la región de 5 condados.

Atención en el departamento de emergencias (o Atención en la sala de emergencias): La atención que recibe en un hospital si tiene una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: Una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría tener una lesión permanente si no recibe atención de inmediato.

Transporte médico de emergencia: Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por una condición médica de emergencia.

Servicios de emergencia: Servicios que recibe para tratar su condición médica de emergencia.

Agente de inscripción: Una entidad independiente imparcial que brinda la opción de asesoramiento de atención administrada e inscripción y coordina el alcance y la educación de los beneficiarios.

Servicios excluidos: Servicios cubiertos por el programa NC Medicaid Direct, pero no por su plan médico. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid.

Audiencia imparcial: Consulte “Audiencia imparcial estatal”.

Queja: Un reclamo acerca de su plan médico, proveedor, atención o servicios. Contacte a su plan médico y dígalos que tiene una “queja” acerca de sus servicios. **Las quejas y las apelaciones son distintas.**

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios de atención de la salud que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento del diario vivir.

Seguro médico: Un tipo de cobertura de seguro que ayuda a pagar sus gastos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Plan médico (o Plan): La organización que le da servicios médicos.

Cuidado médico en el hogar: Ciertos servicios que usted recibe fuera de un hospital u hogar de ancianos para ayudarlo con las actividades diarias, como servicios de asistente de cuidado médico a domicilio, enfermería especializada o servicios de fisioterapia.

Servicios para enfermos terminales: Servicios especiales para los pacientes y sus familias durante las etapas finales de la enfermedad terminal y después de la muerte. Los servicios para enfermos terminales incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que apoyan a personas con enfermedades terminales y sus familias o cuidadores.

Cuidado ambulatorio en hospital: Los servicios que recibe de un hospital u otro entorno médico que no requieren hospitalización.

Hospitalización: Admisión a un hospital para recibir tratamiento que dura más de 24 horas.

Institución: El centro o entorno de cuidados médicos que puede dar apoyo físico y/o del comportamiento. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a Centro de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID), Centro de enfermería especializada (SNF) y Hogar de cuidado para adultos (ACH).

Tutor legal o persona legalmente responsable: Una persona nombrada por un tribunal para tomar decisiones por una persona que no puede tomar decisiones por cuenta propia (con mayor frecuencia, un miembro de la familia o amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se nombra a un empleado público).

Entidad de administración local/Organización de atención administrada (LME/MCO): La organización que brinda servicios de salud del comportamiento a los beneficiarios del programa NC Medicaid Direct.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Atención brindada en el hogar, en un entorno comunitario o en centros que ayudan a las personas con ciertas condiciones médicas o discapacidades con las actividades del día a día. LTSS incluye servicios como servicios de atención de la salud a domicilio y cuidado personal.

Atención administrada: Un programa de cuidado médico en donde North Carolina contrata planes médicos, llamados Organizaciones de atención administrada (Managed Care Organizations MCO), para coordinar servicios de salud física, conductual y otros servicios de salud integrados y coordinados para los beneficiarios de Medicaid.

Medicaid: Medicaid es un programa de cobertura médica. El programa ayuda a ciertas familias o personas que tienen bajos ingresos o problemas médicos graves. Se paga con el dinero federal, estatal y del condado y cubre muchos servicios de salud física, salud del comportamiento y servicios I/DD que pudiera necesitar. Debe hacer la solicitud a través de su Departamento de Servicios Sociales local. Cuando usted califica para Medicaid, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones. Consulte los sitios web a continuación para obtener más información acerca de Medicaid y sus derechos: healthybluenc.com/north-carolina/benefits/rights-responsibilities.html y medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/your-rights.

Medicamento necesario: Servicios, tratamientos o suministros médicos que sean necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumple con estándares aceptados de medicina.

Miembro: Una persona inscrita y cubierta por un plan médico.

Servicios para Miembros: El número de teléfono al que puede llamar para hablar con alguien y obtener ayuda cuando tenga alguna pregunta. El número de Healthy Blue es 844-594-5070 (TTY 711).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC (NCDHHS): La agencia del estado que incluye NC Medicaid (División de Beneficios de Salud), División de Salud Mental, Servicios para

Discapacidades del Desarrollo y Servicios para Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS), División de Servicios Sociales (DSS), División de Envejecimiento y Servicios para el Adulto (DAAS) y otras agencias de salud y de servicios humanos. El sitio web del NCDHHS es ncdhhs.gov.

NC Medicaid (Agencia estatal de Medicaid): Agencia que administra los programas de cuidado médico de Medicaid, los beneficios de farmacia y los servicios de salud conductual en nombre del NCDHHS.

NC Medicaid Direct: Conocido anteriormente como Medicaid tradicional, esta categoría de cuidado incluye a aquellos que no forman parte de NC Medicaid Managed Care (Atención administrada de Medicaid de NC).

Defensor de NC Medicaid: Un programa del Departamento que proporciona educación y defensa para los beneficiarios de Medicaid, ya sea que estén en NC Medicaid Managed Care (Atención administrada de Medicaid de NC) o NC Medicaid Direct. El Defensor de NC Medicaid proporciona la solución de problemas para los miembros de NC Medicaid Managed Care (Atención administrada de Medicaid de NC). Un recurso para usarse cuando no pueda resolver problemas con su plan médico o su PCP. El Defensor de NC Medicaid es independiente y distinto del Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo.

Red (o Red de proveedores): Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de la salud que tienen un contrato con su plan médico para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.

Proveedor dentro de la red: Un proveedor que está en la red de proveedores de su plan médico.

Servicios no cubiertos: Servicios de atención de la salud que no están cubiertos por su plan médico.

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT): Transporte que su plan médico puede coordinar para llevarlo y traerlo de sus citas, incluidos vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses, transportes para áreas montañosas y transporte público.

Curso de tratamiento continuo: Cuando un miembro, en ausencia de servicios continuos, reflejados en un tratamiento o plan de servicio o según lo indicado clínicamente de otra manera, sufriera un grave perjuicio a su salud o estaría en riesgo de hospitalización o institucionalización.

Afección especial continua: Una afección que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento con el fin de evitar una posible muerte o daño permanente. Una enfermedad o afección crónica que es mortal, es degenerativa o discapacitante y que requiere tratamiento durante un periodo prolongado. Esta definición también incluye el embarazo en su segundo o tercer trimestre, cirugías programadas, trasplantes de órganos, atención programada para pacientes hospitalizados o enfermedad terminal.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no está en la red de proveedores de su plan médico.

Atención paliativa: Atención especializada para un paciente y su familia que comienza en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave o terminal. Este tipo de atención está

enfocada en dar mejoría de los síntomas y el estrés de la enfermedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida para usted y para su familia.

Médico: Una persona que está calificada para practicar la medicina.

Servicios médicos: Servicios de atención de la salud que recibe de un médico, enfermero practicante o asistente médico.

Posnatal: Atención de la salud del embarazo para una madre que acaba de dar a luz a un hijo.

Prima: El monto que usted paga por su seguro médico cada mes. La mayoría de los beneficiarios de Medicaid no tienen una prima.

Prenatal: Atención de la salud durante el embarazo para mujeres embarazadas, antes del nacimiento de un hijo.

Cobertura de medicamentos recetados: Se refiere a cómo el plan médico ayuda a pagar por los medicamentos recetados de sus miembros.

Medicamentos recetados: Un medicamento que, por ley, requiere que un proveedor lo solicite antes de que un beneficiario pueda recibirlo.

Atención primaria: Servicios de un proveedor de atención primaria que lo ayudan a prevenir enfermedades (chequeo, vacunación) para manejar una condición médica que usted ya tenga (como la diabetes).

Proveedor de atención primaria o Médico de atención primaria (PCP): El médico o la clínica en donde recibe su atención primaria (vacunas, visitas de bienestar, visitas por enfermedad, visitas para ayudarlo a manejar una enfermedad como la diabetes). Su PCP también debería estar disponible fuera del horario normal y durante los fines de semana para darle asesoría médica. Este también lo refiere a especialistas (cardiólogos, proveedores de salud del comportamiento), si los necesita. Su PCP debe ser su primera llamada para el cuidado antes de ir al departamento de emergencias.

Autorización previa (o Preautorización): La aprobación que debe tener de su plan médico antes de que pueda obtener o seguir recibiendo ciertos servicios de atención de la salud o medicamentos.

Red de proveedores (o Red): Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de la salud que tienen un contrato con su plan médico para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.

Proveedor: Un profesional de atención de la salud o un centro que brinda servicios de atención de la salud, como un médico, hospital o farmacia.

Remisiones: Una orden documentada de su proveedor para que usted acuda a un especialista o reciba ciertos servicios médicos.

Servicios y dispositivos para rehabilitación y terapia: Servicios y equipos de atención de la salud que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión o cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia del habla.

Límite de servicios: La cantidad máxima de un servicio específico que puede recibirse.

Cuidado especializado de enfermería: Servicios de atención de la salud que requieren las habilidades de un enfermero licenciado.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro que brinda atención de enfermería especializada y servicios relacionados para residentes que necesitan atención médica o de enfermería; servicios de rehabilitación para personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.

Especialista: Un proveedor que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina.

Plan estándar: Un plan médico de NC Medicaid que ofrece servicios de salud física, farmacia y servicios básicos de salud conductual para los miembros. Los planes estándares ofrecen servicios adicionales para los miembros que califican. Healthy Blue es un plan estándar.

Audiencia imparcial estatal: Cuando usted no esté de acuerdo con la resolución de plan médico, puede pedirle al estado que la revise. La Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de NC realizará su Audiencia imparcial estatal. El juez revisará cuidadosamente la resolución de Healthy Blue. El juez no trabaja para su plan médico. Usted puede darle al juez más actualizaciones médicas. También puede hacerle preguntas directamente a un miembro del equipo que trabajó en su resolución.

Trastorno por el uso de sustancias: Un trastorno médico que incluye el abuso de, o adicción al, alcohol y/o drogas legales o ilegales.

Telesalud: Uso de audio y video interactivo, de dos vías y en tiempo real para dar y apoyar los servicios de atención de la salud cuando los participantes están en diferentes ubicaciones físicas.

Transición de la atención: El proceso de ayudarlo a cambiar entre planes médicos u otro programa de Medicaid, como NC Medicaid Direct. El término “transición de la atención” también se aplica a la asistencia que se le brinda cuando su proveedor no está inscrito en el plan médico.

Atención de urgencia: Atención para una condición médica que necesita atención médica pronta, pero que no es una condición médica de emergencia. Puede recibir atención de urgencia en una clínica de atención sin cita previa para una enfermedad o lesión que no sea mortal.

Bienvenido al Programa North Carolina Medicaid Managed Care de Healthy Blue

Cómo funciona la atención administrada	1
Cómo usar este manual	1
Ayuda de Servicios para Miembros	2
Para personas con discapacidades auditivas, de la vista o del habla	2
Para personas con pérdida de la audición.....	3
Para personas con pérdida de la vista	3
Para personas con discapacidades del habla	3
Para personas con múltiples discapacidades	3
Otras ayudas y servicios especiales para personas con discapacidades	3
Su tarjeta de Medicaid	4
Cómo elegir su PCP	5
Si su proveedor abandona nuestra red de proveedores	6
Cómo cambiar su PCP	6
Cómo recibir atención de la salud regular	7
Cómo recibir atención especializada: Remisiones	9
Remisión fuera de la red	9
Proveedores fuera de la red	10
Obtenga estos servicios de Healthy Blue sin una remisión	10
Atención primaria.....	10
Atención de la salud para mujeres	10
Planificación familiar	10
Pruebas de detección para niños	11
Servicios del departamento de salud local.....	11
Servicios de salud del comportamiento	11
Emergencias	11
Atención de urgencia	12
Atención fuera de North Carolina y los Estados Unidos	12
Sus beneficios	14
Servicios cubiertos por la red de Healthy Blue	14
Atención de la salud regular.....	14

Atención de maternidad.....	15
Atención hospitalaria	15
Servicios de salud en el hogar	15
Servicios de cuidado personal	15
Cuidado para enfermos terminales.....	16
Cuidado de la vista	16
Farmacia.....	16
Atención de emergencia	17
Atención especializada	17
Servicios de un hogar de ancianos	17
Servicios de salud del comportamiento (Servicios de salud mental y trastorno por el uso de sustancias)	17
Servicios de transporte.....	19
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	21
Planificación familiar	22
Otros servicios cubiertos	22
Servicios adicionales.....	22
Servicios in lieu of (sustitutos).....	24
Apoyo adicional para manejar su salud (Administración de cuidados médicos)	26
Ayuda con problemas más allá de la atención médica (Healthy Opportunities).....	27
Otros programas para ayudarlo a mantenerse sano.....	27
Programa de prevención del uso indebido de opioides.....	27
Programa de Aseguramiento de farmacia.....	28
Cuidado de Condiciones (CNDC).....	28
Atención especial para miembros embarazadas	31
Beneficios que puede obtener de Healthy Blue O de un proveedor de NC Medicaid Direct.....	35
Pruebas de detección de VIH e ITS.....	35
Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT): El beneficio de salud de Medicaid para miembros menores de 21 años	35
Prueba de detección y diagnóstico temprano y periódico.....	35
La “T” en EPSDT: Tratamiento para miembros menores de 21 años	35
Beneficios cubiertos por NC Medicaid Direct, pero no por su plan médico	37
Servicios NO cubiertos.....	37
Si recibe una factura.....	38

Copagos de los miembros de su plan médico	39
Copagos si usted tiene Medicaid*	39
Autorización de servicio y acciones.....	40
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?	40
Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (aplica solo a miembros de Medicaid).....	41
Detalles importantes sobre servicios que pueden ser cubiertos por la garantía federal de EPSDT:	41
Preautorización y plazos.....	42
Información de Servicios para Miembros.....	42
Puede ayudar con las políticas del plan médico.....	43
Apelaciones	43
Apelaciones aceleradas (más rápidas)	44
Solicitudes del proveedor para apelaciones aceleradas.....	44
Solicitudes del miembro para apelaciones aceleradas.....	44
Plazos para las apelaciones estándares.....	45
Decisiones sobre las apelaciones	45
Audiencias imparciales estatales.....	45
Mediaciones gratuitas y voluntarias	45
Continuación de beneficios durante una apelación	46
Apelaciones durante su transición fuera de Healthy Blue	47
Si tiene problemas con su plan médico, puede presentar una queja	47
Resolución de su queja	48
Transición de la atención	48
Su atención cuando cambia de plan médico o de proveedor	48
Derechos y obligaciones del miembro.....	49
Sus derechos	49
Sus derechos si es un menor	50
Cómo cambiar su plan médico (Cancelación de la inscripción)	51
Cómo solicitar un cambio de plan médico	52
Razones por las que puede tener que retirarse de Healthy Blue.....	52
Audiencias imparciales estatales para decisiones de cancelación de la inscripción	53
Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal para decisiones de cancelación de la inscripción.....	54

Directivas anticipadas.....	54
Testamento vital.....	55
Poder legal para la atención de la salud.....	55
Instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental	55
Formularios que puede usar para hacer una directiva anticipada	56
Inquietudes sobre abuso, abandono y explotación	56
Fraude, desperdicio y abuso	57
Números de teléfono importantes.....	57
Manténganos informados	58
Defensor de NC Medicaid	58
Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.....	59

Programa NC Medicaid Managed Care

Este manual le ayudará a entender los servicios de atención de la salud de Medicaid a su disposición. También puede llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas al 844-594-5070 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en healthybluenc.com.

Cómo funciona la atención administrada

Usted tiene un equipo de atención de la salud

La Atención administrada funciona como un hogar central para coordinar sus necesidades de atención de la salud.

- Healthy Blue tiene un contrato para satisfacer las necesidades de atención de la salud de las personas que tienen North Carolina Medicaid. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención de la salud (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención en el hogar y otros centros de atención de la salud) quienes componen nuestra **red de proveedores**.
- Cuando se inscribe en Healthy Blue, nuestra red de proveedores está a su disposición para apoyarlo. La mayor parte del tiempo, su contacto principal será su proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita hacerse un análisis, ver a un especialista o ir al hospital, su PCP puede hacer los arreglos. Su PCP está a su disposición de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario normal o los fines de semana, deje un mensaje y diga cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo más pronto posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención de la salud, en algunos casos, puede acudir a ciertos médicos para obtener algunos servicios sin consultar con su PCP. Consulte los detalles en la página 10.
- Puede visitar nuestro sitio web en healthybluenc.com para encontrar el directorio de proveedores en línea o llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener una copia impresa del directorio de proveedores.

Cómo usar este manual

Este manual le dice cómo funciona Healthy Blue. Es su guía para servicios de salud y bienestar.

Lea ahora las páginas 5 a 12. Estas páginas tienen información que usted necesita para comenzar a usar su plan médico.

Cuando tenga preguntas sobre su plan médico, usted puede:

- Usar este manual
- Preguntar a su proveedor de atención primaria (PCP)
- Llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711)
- Visitar nuestro sitio web en healthybluenc.com

Ayuda de Servicios para Miembros

Servicios para Miembros tiene personas que lo pueden ayudar. Puede llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

- Para recibir ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para Miembros de lunes a sábados, de 7 a. m. a 6 p. m. Si llama después de las 6 p. m., puede dejar un mensaje de correo de voz y uno de nuestros representantes de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil durante el horario normal de atención.
- **En caso de una emergencia médica, llame al 911.**
- **Puede llamar a Servicios para Miembros para recibir ayuda cuando tenga una pregunta.** Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con remisiones, reemplazar una tarjeta del seguro de Medicaid perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está o queda embarazada, su hijo se convertirá en parte de Healthy Blue el día en que nace. Llámenos y llame a su Departamento de Servicios Sociales local inmediatamente si queda embarazada. Podemos ayudarla a elegir un médico para usted y su bebé.
- **Si el inglés no es su idioma principal, podemos ayudar.** Llámenos al 844-594-5070 (TTY 711) y encontraremos una forma de hablar con usted en su propio idioma.

Otras formas en que podemos ayudar

- Si tiene preguntas o preocupaciones básicas acerca de su salud, puede llamar a nuestra Línea de Enfermería 24/7 al 844-545-1428 a cualquier hora, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta es una llamada gratuita. Puede recibir consejos sobre cuándo ir a su PCP o hacer preguntas acerca de síntomas o medicamentos.
- Si está experimentando dolor o angustia emocional, llame a la Línea para crisis de salud del comportamiento al 855-594-5076, a cualquier hora, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con alguien que lo pueda escuchar y le dé ayuda. Esta es una llamada gratuita. Estamos a su disposición para ayudarlo con problemas como estrés, depresión o ansiedad. Podemos brindarle el apoyo que necesita para sentirse mejor. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.**

Para personas con discapacidades auditivas, de la vista o del habla

Tiene derecho a recibir información sobre su plan médico, su atención y sus servicios en un formato que pueda entender y acceder. Healthy Blue proporciona servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse de manera efectiva con nosotros.

Para personas con pérdida de la audición

Si usted es sordo, tiene problemas auditivos o siente que tiene dificultad para escuchar y necesita ayuda para comunicarse, Healthy Blue tiene recursos disponibles para ayudarlo. Estos incluyen, pero no están limitados a:

- Intérpretes calificados del lenguaje americano de señas
- Intérpretes certificados para sordos
- Subtítulos de Traducción para acceso a comunicación en tiempo real (CART)
- Dispositivos personales para amplificación de la audición (ALD) para su uso
- Personal capacitado para manejar apropiadamente su servicio de retransmisión de llamadas (videoteléfono, teléfono con subtítulos o TTY)

Para personas con pérdida de la vista

Si tiene pérdida de la vista, Healthy Blue tiene recursos disponibles para ayudarlo. Estos incluyen, pero no están limitados a:

- Información en letra de imprenta grande
- Materiales escritos en formatos accesibles (letra de imprenta grande, Braille, audio, formato electrónico accesible)

Para personas con discapacidades del habla

Si tiene una discapacidad del habla, Healthy Blue tiene recursos disponibles para ayudarlo. Estos incluyen, pero no están limitados a:

- Retransmisión de voz a voz (STS)
- Laringe artificial

Para personas con múltiples discapacidades

Las necesidades de acceso para personas con discapacidades varían. Siempre se dan ayudas y servicios especiales sin cargo.

Otras ayudas y servicios especiales para personas con discapacidades

- Ayuda para hacer o llegar a las citas
- Administradores de cuidados médicos que pueden ayudarlo a recibir la atención que usted necesita
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección
- Si usa silla de ruedas, podemos decirle si el consultorio de un médico tiene acceso para silla de ruedas y le ayudaremos a hacer o llegar a las citas
- Acceso fácil hacia y de vuelta de cualquier servicio (como accesibilidad según la ADA, rampas, pasamanos y otros servicios)

Para pedir los servicios, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Healthy Blue cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye o trata a las personas de manera distinta debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Si cree que Healthy Blue no le prestó estos servicios, puede presentar un reclamo. Para presentar un reclamo u obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Si tiene problemas que no ha podido resolver con Healthy Blue, puede contactar al Defensor de NC Medicaid al 877-201-3750 o en ncmedicaidombudsman.org.


Su tarjeta de Medicaid


Su tarjeta del seguro de Medicaid le ha sido enviada por correo con este paquete de bienvenida y el manual del miembro. Usamos la dirección de correo postal que está en su expediente en el Departamento de Servicios Sociales local. Su tarjeta del seguro de Medicaid tiene:

- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP)
- Su número de identificación de Medicaid
- Información sobre cómo contactarnos si tiene preguntas

Si hay algún error en su tarjeta del seguro de Medicaid o si la pierde, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711). Lleve siempre su tarjeta del seguro de Medicaid con usted. Necesitará mostrarla cada vez que acuda a recibir atención.

Si necesita ayuda para obtener servicios antes de recibir su tarjeta del seguro de Healthy Blue, visite nuestro sitio web en healthybluenc.com para obtener más información o llame a Servicios para Miembros para recibir ayuda.

	
Member Name: Member ID:	Primary Care Provider (PCP): PCP Telephone #: PCP Address:
Effective Date: Date of Birth:	RxBIN: XXXXXX RxPCN: XX RxGRP: XXXX

	
NC member website URL	
Member Services:	X-XXX-XXX-XXXX
Provider Services:	X-XXX-XXX-XXXX
Pharmacy:	X-XXX-XXX-XXXX
24/7 NurseLine:	X-XXX-XXX-XXXX
Behavioral Health Crisis Line:	X-XXX-XXX-XXXX
Authorization:	
TTY:	711
Use of this card by any person other than the member is fraud. Fraud, Waste and Abuse Hotline: X-XXX-XXX-XXXX	
Healthy Blue Health Plan Street Address, City, State, Zip	
Certain services are covered directly by NCDHHS. For a list of carved-out services, see your member handbook	
Pharmacies: Submit claims using [Pharmacy Benefits Manager]. Submit medical claims to: Healthy Blue P.O. Box XXXXXX	
If you suspect a doctor, clinic, hospital, home health service or any other kind of medical provider is committing Medicaid fraud, report it. Call (919) 861-2320.	
Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, Blue Cross and Blue Shield of North Carolina is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. NCDHHS	

Cómo elegir su PCP

- Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, enfermero especializado, asistente médico u otro tipo de proveedor que:
 - Atenderá su salud
 - Coordinará sus necesidades
 - Le ayudará a obtener remisiones para servicios especializados si los necesita
- Como beneficiario de Medicaid, usted tiene la oportunidad de elegir su propio PCP. Si no eligió un PCP, nosotros le elegimos uno según su atención médica en el pasado. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta del seguro de Medicaid. Si quiere cambiar su PCP, tiene 30 días desde la fecha en que recibe este paquete para hacer el cambio. (Consulte “Cómo cambiar su PCP” en la página 6 para saber cómo hacer esos cambios).
- Al decidirse sobre un PCP, tal vez quiera encontrar un PCP que:
 - Haya visto antes
 - Entienda su historial médico
 - Esté tomando nuevos pacientes
 - Pueda atenderlo en su idioma
 - Sea fácil llegar
- Cada familiar inscrito en Healthy Blue puede tener un PCP distinto, o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Un pediatra trata niños. Los médicos de familia tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan adultos. Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener ayuda al elegir un PCP que sea adecuado para usted y su familia.
- Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros que se asocian con Healthy Blue en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en healthybluenc.com para consultar el directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener una copia impresa del directorio de proveedores.
- Las mujeres pueden elegir a un ginecólogo obstetra para que actúe como su PCP. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para ver a un médico ginecólogo obstetra del plan médico o a otro proveedor que ofrece servicios de atención de la salud para mujeres. Las mujeres pueden recibir chequeos de rutina, atención de seguimiento si es necesario y atención regular durante el embarazo.
- Si tiene una condición médica compleja o una necesidad de atención de la salud especial, es posible que pueda elegir un especialista para que actúe como su PCP. Para elegir un especialista como su PCP, debe llenar el Formulario de solicitud de especialista como PCP

y enviárnoslo para aprobación. Las solicitudes serán revisadas según cada caso. Llame a Servicios para Miembros para solicitar este formulario.

- Si no eligió a su PCP y no ha visitado a su PCP actual dentro de los últimos 12 a 18 meses, Healthy Blue puede asignarle un PCP diferente basándose en su historial médico.

Si su proveedor abandona nuestra red de proveedores

- Si su proveedor abandona Healthy Blue, le informaremos en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que nos enteramos. Si el proveedor que abandona Healthy Blue es su PCP, le informaremos en un plazo de 7 días y nos aseguraremos de que elija un nuevo PCP.
- Si su proveedor abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar otro.
- Incluso si su proveedor abandona nuestra red, tal vez pueda quedarse con este por un tiempo más prolongado en determinadas situaciones.
- Lea “Su atención cuando cambia de proveedores de atención de la salud” en la página 48 para obtener más información sobre cuánto tiempo se puede quedar con un proveedor que ha abandonado nuestra red.
- Si tiene alguna pregunta sobre la información de esta sección, visite nuestro sitio web healthybluenc.com o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Cómo cambiar su PCP

- Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su proveedor de atención primaria (PCP) en su tarjeta del seguro de Medicaid. Puede cambiar su PCP en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibe su tarjeta del seguro de Medicaid. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711). Después de eso, puede cambiar su PCP solo una vez cada año. No tiene que dar una razón para el cambio.
- Para cambiar su PCP más de una vez al año, necesita tener una buena razón (causa justificada). Por ejemplo, puede tener causa justificada si:
 - Su PCP no brinda atención, servicios o suministros accesibles o apropiados (por ejemplo, no programa atención para pacientes hospitalizados o consultas con especialistas cuando se requieren para el tratamiento)
 - Usted no está de acuerdo con su plan de tratamiento
 - Su PCP se muda a un lugar distinto que no le es conveniente
 - Su PCP cambia el horario o los días en que atiende pacientes
 - Tiene problemas para comunicarse con su PCP debido a una barrera idiomática u otro problema
 - Su PCP no puede acomodar sus necesidades especiales
 - Usted y su PCP acuerdan que un nuevo PCP es lo mejor para su atención

Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para conocer más sobre cómo puede cambiar su PCP.

Cómo recibir atención de la salud regular

- “Atención de la salud regular” significa exámenes, revisiones médicas regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo bien y tratar enfermedades u otros síntomas. También incluyen darle consejos cuando los necesita y remitirlo al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Usted y su proveedor de atención primaria (PCP) trabajan en conjunto para mantenerlo bien o ver que usted reciba la atención que necesita.
- Su PCP siempre está disponible. Llame a su PCP cuando tenga una pregunta o duda médica. Si llama fuera del horario normal o en fines de semana, deje un mensaje y diga dónde o cómo lo pueden localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo más rápido posible. Recuerde, su PCP lo conoce a usted y conoce cómo funciona su plan médico.
- Su PCP atenderá la mayoría de sus necesidades de atención de la salud, pero usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si en algún momento no puede llegar a una cita, llame para informar a su PCP.
- **Cómo hacer su primera cita de atención de la salud regular.** Tan pronto elija o le sea asignado un PCP, si es un nuevo proveedor, llame para hacer una primera cita. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a familiarizarse con usted y sus necesidades de atención de la salud.
- Cómo prepararse para su primera consulta con un nuevo proveedor:
 - Solicite una transferencia de los registros médicos de su proveedor actual a su nuevo PCP.
 - Haga una lista de inquietudes relacionadas con la salud que tiene ahora y prepárese para conversar sobre su salud en general, enfermedades complejas anteriores, cirugías, etc.
 - Haga una lista de preguntas que le quiere hacer a su PCP.
 - Lleve todos los medicamentos y suplementos que esté tomando a su primera cita.

Es mejor tener la consulta con su PCP dentro de los tres meses después de su inscripción en el plan médico.

- **Si necesita atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicar su preocupación. Su PCP le dará una cita más temprano para atender esa inquietud relacionada con la salud en especial. Aún debe mantener la primera cita para hablar sobre su historial médico y hacer preguntas.
- Para Healthy Blue es importante que usted pueda tener la consulta con un médico dentro de un plazo de tiempo razonable. La Guía para citas (en la siguiente página) le permite saber cuánto tiempo puede tener que esperar para que lo atiendan.

GUÍA PARA CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	SU CITA DEBE TENER LUGAR:
Atención preventiva para adultos (servicios como chequeos de salud de rutina o vacunación)	en un plazo de 30 días
Atención preventiva pediátrica (servicios como chequeos de niño sano)	en un plazo de 14 días para miembros menores de 6 meses; en un plazo de 30 días para miembros de 6 meses en adelante
Servicios de atención de urgencia (atención para problemas como esguinces, síntomas de la gripe o cortadas y heridas leves)	en un plazo de 24 horas
Atención de emergencia o de urgencia solicitada fuera del horario normal	Vaya inmediatamente al departamento de emergencias del hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a la clínica de atención de urgencia
Primera cita prenatal (1 ^{er} o 2 ^{do} trimestre)	en un plazo de 14 días
Primera cita prenatal (3 ^{er} trimestre o embarazo de alto riesgo)	en un plazo de 5 días
Salud mental	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días
Servicios de atención de urgencia	en un plazo de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección mortal)	Vaya inmediatamente al departamento de emergencias del hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a la clínica de atención de urgencia
Servicios móviles para el manejo de crisis	en un plazo de 30 minutos
Trastornos por el uso de sustancias	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días
Servicios de atención de urgencia	en un plazo de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección mortal)	Vaya inmediatamente al departamento de emergencias del hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a la clínica de atención de urgencia

Si no está recibiendo la atención que necesita dentro de los límites de tiempo anteriores, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Cómo recibir atención especializada: Remisiones

- Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede darle, este lo remitirá a un **especialista** que sí pueda. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Si su PCP lo remite a un especialista, pagaremos por su atención si es medicamente necesaria. La mayoría de los especialistas son proveedores de Healthy Blue. Hable con su PCP para estar seguro de cómo funcionan las remisiones. Consulte a continuación el proceso para remisiones a un especialista que no está en nuestra red de proveedores.
- Si piensa que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle a encontrar otro especialista.
- Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe pedirle a Healthy Blue que los apruebe antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP le dirá cuáles son estos servicios.
- Si tiene problemas para obtener una remisión que piensa que necesita, contacte a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Remisión fuera de la red

- Si Healthy Blue no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda darle la atención que necesita, lo remitiremos a un especialista fuera de nuestro plan médico. Esto se denomina **remisión fuera de la red**. Su PCP u otro proveedor de la red deben pedir la aprobación de Healthy Blue antes de que usted pueda recibir una remisión fuera de la red.

Para iniciar su solicitud, su PCP o especialista debe contactar a Servicios para Proveedores. Este número figura en el dorso de su tarjeta del seguro de Healthy Blue. La solicitud será revisada por un profesional clínico y/o médico para:

- Asegurarse de que la atención sea apropiada
- Confirmar que el proveedor puede brindar los servicios que usted necesita

Se tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud a menos que sea necesario revisarla antes. Si tiene preguntas acerca de esta solicitud, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) y un representante le ayudará.

- Es posible que a veces no aprobemos una remisión fuera de la red porque tenemos un proveedor en Healthy Blue que puede atenderlo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede **apelarla**. Consulte la página 43 para saber cómo.
- Es probable que a veces no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico porque usted pidió una atención similar a la que puede obtener de un proveedor de Healthy Blue. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede **apelarla**. Consulte la página 40 para saber cómo.

Si tiene una condición médica compleja o una necesidad de atención de la salud especial, es posible que pueda elegir un especialista para que actúe como su PCP. Para pedir que un especialista sea su PCP, debe llenar el Formulario de solicitud de especialista como PCP y enviárnoslo para aprobación. Las solicitudes serán revisadas según cada caso. Llame a Servicios para Miembros para solicitar este formulario.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le conseguiremos la atención que necesita de parte de un especialista fuera de nuestro plan, o un **proveedor fuera de la red**. Para obtener ayuda y más información acerca de cómo recibir servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Obtenga estos servicios de Healthy Blue sin una remisión

Una remisión es una orden documentada de su proveedor para que usted acuda a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. No necesita una remisión para recibir estos servicios:

Atención primaria

No necesita una remisión para recibir servicios de atención primaria. Si necesita un chequeo o tiene una pregunta sobre su salud, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) para hacer una cita. El nombre y la información de contacto de su PCP asignado están listados en su tarjeta del seguro de Medicaid.

Atención de la salud para mujeres

No necesita una remisión de su PCP si:

- Está embarazada y necesita servicios relacionados con el embarazo
- Necesita servicios de un ginecólogo obstetra
- Necesita servicios de planificación familiar
- Necesita hacerse un examen de mamas o pélvico

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP para servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Control de natalidad
- Dispositivos de control de natalidad como DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros que estén disponibles sin una receta
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de esterilización
- Análisis, tratamiento y asesoramiento para VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Pruebas de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas

Pruebas de detección para niños

No necesita una remisión para obtener servicios de pruebas de detección para niños o servicios escolares.

Servicios del departamento de salud local

No necesita una remisión para obtener servicios de su departamento de salud local.

Servicios de salud del comportamiento

No necesita una remisión para su primera evaluación de salud del comportamiento o trastorno por el uso de sustancias completada en un periodo de 12 meses. Pregunte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para que le den una lista de proveedores de salud mental y proveedores para trastornos por el uso de sustancias. También puede encontrar una lista de nuestros proveedores de salud del comportamiento en línea en healthybluenc.com.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una condición médica de emergencia o del comportamiento es una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría tener una lesión permanente si no recibe atención de inmediato. Algunos ejemplos de una emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor severo en el pecho
- Hemorragia persistente o una quemadura grave
- Huesos fracturados
- Problemas para respirar, convulsiones, pérdida de conocimiento
- Cuando siente que podría lastimarse usted o a otras personas
- Si está embarazada y tiene señales como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

Algunos ejemplos de **situaciones que no son emergencias** son resfriados, dolor de estómago o cortadas y magulladuras leves. Las situaciones que no son emergencias también pueden ser problemas familiares o un rompimiento.

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

- Puede ir a cualquier hospital u otro establecimiento para obtener atención de emergencia.
- **No** necesita la aprobación de su plan médico o de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no se requiere que use nuestros hospitales o médicos.
- **Si no está seguro, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche.** Dígale a la persona con quien habla lo que está sucediendo. El equipo de su PCP:
 - Le dirá lo que debe hacer en casa.
 - Le dirá que llegue al consultorio del PCP.

- Le dirá sobre los servicios comunitarios que puede obtener.
- Le dirá que vaya a la sala de emergencias de atención de urgencia más cercana.

Recuerde: Si necesita hablar con su PCP fuera del horario normal o los fines de semana, deje un mensaje y diga cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo más pronto posible.

- **Si está fuera del área cuando tiene una emergencia:**
 - Vaya a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Use el Departamento de emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de Healthy Blue al 844-594-5070 (TTY 711).

Si necesita ayuda con una situación de salud mental o de drogas, siente estrés o está preocupado, o necesita alguien con quien hablar, puede llamar a Línea para crisis de salud del comportamiento al 844-594-5076.

Atención de urgencia

Podría tener una lesión o una enfermedad que no sean una emergencia pero que aún necesitan cuidado y atención rápidas. Esto podría ser:

- Un niño con un dolor de oído que se levanta en medio de la noche y no para de llorar
- La gripe
- Una cortada que necesita puntos
- Un tobillo dislocado
- Una astilla grande que no pueda quitar

Ya sea que esté en casa o fuera, puede entrar a una clínica de atención de urgencia para obtener atención el mismo día o hacer una cita para el próximo día. Si desea asistencia para hacer una cita:

- Llame a su PCP a cualquier hora, de día o de noche.
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711), de lunes a sábado, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Este. Dígame a la persona que contesta lo que está sucediendo. Ellos le dirán lo que debe hacer.

Atención fuera de North Carolina y los Estados Unidos

En algunos casos, Healthy Blue puede pagar por servicios de atención de la salud que usted reciba de un proveedor ubicado a lo largo del límite de North Carolina o en otro estado. Su PCP y Healthy Blue pueden darle más información acerca de cuáles proveedores y servicios están cubiertos por su plan médico fuera de North Carolina y cómo los puede obtener si los necesita.

- Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja a cualquier lugar **dentro** de los Estados Unidos y sus territorios, Healthy Blue pagará por su atención.
- Su plan médico no pagará por la atención recibida **fuera** de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo recibir atención fuera de North Carolina o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Sus beneficios

NC Medicaid Managed Care proporciona **beneficios** o servicios de atención de la salud cubiertos por su plan médico.

Esta sección describe:

- Los servicios cubiertos y no cubiertos. “Servicios cubiertos” significa que Healthy Blue pagará por los servicios. Estos también se llaman beneficios. “Servicios no cubiertos” significa que Healthy Blue no pagará por los servicios.
- Qué debe hacer si tiene un problema con su plan médico.

Healthy Blue proporcionará u organizará la mayoría de los servicios que necesite. Sus beneficios de salud pueden ayudarle a mantenerse lo más sano posible si:

- Está embarazada
- Está enfermo o lesionado
- Padece un trastorno por el uso de sustancias o tiene necesidades de salud del comportamiento
- Necesita asistencia con tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida diaria
- Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico
- Necesita medicamentos

La sección a continuación describe los servicios específicos cubiertos por Healthy Blue. Pregunte a su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Puede recibir algunos servicios sin acudir a su PCP. Estos incluyen atención primaria, atención de emergencia, servicios de salud para mujeres, servicios de planificación familiar, servicios de pruebas de detección para niños, servicios prestados en los departamentos de salud locales, servicios escolares y algunos servicios de salud del comportamiento. Puede encontrar más información sobre estos servicios en la página 10.

Servicios cubiertos por la red de Healthy Blue

Debe recibir los servicios a continuación de los proveedores que están en la red de Healthy Blue. Los servicios deben ser médicamente necesarios y deben ser proporcionados, coordinados, o remitidos por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

Atención de la salud regular

- Visitas al consultorio de su PCP, incluidas revisiones médicas regulares, exámenes de laboratorio y análisis de rutina
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de la vista/audición

- Atención de bebé sano
- Cuidado de niño sano
- Vacunación (inyecciones) para niños y adultos
- Servicios de prueba de detección, diagnóstico y tratamiento y periódico (EPSDT) para miembros menores de 21 años (consulte la página 34 para obtener más información sobre los servicios de EPSDT)
- Ayuda para dejar de fumar u otro uso del tabaco

Atención de maternidad

- Cuidado prenatal, durante el parto y de posparto
- Clases de educación para el parto
- Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con atención materna y parto
- Una visita posparto al hogar médicamente necesaria para atención del recién nacido y evaluación después del alta hospitalaria, pero a más tardar en 60 días después del parto
- Servicios de administración de cuidados médicos para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y por dos meses después del parto (consulte la página 31 para obtener más información)

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención ambulatoria
- Pruebas de laboratorio, radiografías y otros análisis

Servicios de salud en el hogar

- Deben ser médicamente necesarios y coordinados por Healthy Blue
- Servicios de atención de enfermería especializada por tiempo limitado
- Terapias especializadas, incluyendo fisioterapia, patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional
- Servicios de asistente de cuidado médico a domicilio para ayudar con actividades tales como bañarse, vestirse, preparar comidas y tareas domésticas
- Equipos y suministros médicos

Servicios de cuidado personal

- Deben ser médicamente necesarios y coordinados por Healthy Blue
- Ayuda con las actividades comunes de la vida diaria, incluyendo comer, vestirse y bañarse para personas con discapacidades y condiciones médicas en curso

Cuidado para enfermos terminales

- El cuidado para enfermos terminales será coordinado por Healthy Blue si es médicamente necesario.
- El hospicio ayuda a los pacientes y familiares con las necesidades especiales que se presentan durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte.
- El hospicio brinda atención médica, de apoyo, y paliativa a personas con enfermedades terminales y sus familias o cuidadores.
- Puede obtener estos servicios en su hogar, en un hospital o en un hogar de ancianos.

Cuidado de la vista

- Servicios proporcionados por oftalmólogos y optómetras, incluyendo exámenes oftalmológicos de rutina, lentes de contacto médicamente necesarios y comisiones del farmacéutico por anteojos. Los oculistas también pueden ajustar y dispensar lentes de contacto y anteojos médicamente necesarios.
- Remisiones a especialistas para enfermedades o defectos de los ojos
- La fabricación de anteojos, incluidos anteojos completos, lentes para anteojos y marcos oftálmicos, se le proporciona a través del programa NC Medicaid Direct. Aunque estos anteojos están cubiertos a través de NC Medicaid Direct, los proveedores de Healthy Blue que trabajan en un consultorio que ofrece exámenes oftalmológicos y anteojos deben proporcionarle su examen oftalmológico y sus anteojos de NC Medicaid Direct (consulte la página 37 para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por Medicaid, pero no a través de su plan médico).

Farmacia

- Medicamentos con receta
- Algunos medicamentos que se venden sin receta (también llamados “de venta libre”), como medicamentos para alergias
- Insulina y otros suministros para diabéticos como jeringas, tiras reactivas, lancetas, y agujas para inyección de pluma
- Agentes para dejar de fumar, incluyendo productos de venta libre
- Anticoncepción de emergencia
- Suministros médicos y quirúrgicos, disponibles a través de las farmacias y proveedores de equipo médico duradero (DME)
- También le proporcionamos el Programa de Aseguramiento de Manejo de Beneficiario de Healthy Blue que ayuda a los miembros que están en riesgo de un posible uso excesivo o inadecuado de los medicamentos para el dolor (analgésicos opioides) y los medicamentos para los nervios (benzodiazepinas y ciertos ansiolíticos). Consulte la página 27 para obtener más información sobre nuestro programa de Aseguramiento de farmacia.

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido atención de emergencia, podría necesitar otra atención para asegurarse de que permanezca en condición estable.
- Dependiendo de la necesidad, podría ser tratado en el departamento de emergencias, internado en un hospital o en otro entorno.
- Para obtener más información acerca de servicios de emergencia, vea la página 11.

Atención especializada

- Servicios de atención respiratoria
- Servicios de podología
- Servicios de quiropráctica
- Servicios de atención cardíaca
- Servicios de cirugía

Servicios de un hogar de ancianos

- Deben ser ordenados por un médico y autorizados por Healthy Blue
- Incluye estadías de corto plazo, rehabilitación y atención a largo plazo por hasta 90 días seguidos. Después del día 90, sus servicios de enfermería estarán cubiertos por NC Medicaid Direct y no por Healthy Blue. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) si tiene preguntas.
- Los servicios de un hogar de ancianos cubiertos incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia con la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.
- Los servicios de un hogar de ancianos deben provenir de un hogar de ancianos que esté en la red de proveedores de Healthy Blue. Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de hogar de ancianos y redes del plan médico.

Servicios de salud del comportamiento (Servicios de salud mental y trastorno por el uso de sustancias)

La atención de la salud del comportamiento incluye salud mental (su bienestar emocional, psicológico, y social) y tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación. Todos los miembros tienen acceso a servicios que ayudan con problemas de salud mental como depresión o ansiedad, o que ayudan con trastornos por el uso de alcohol u otras sustancias.

Los servicios de salud del comportamiento **cubiertos** por Healthy Blue incluyen los siguientes:

- Servicios de desintoxicación ambulatorios
- Servicio de evaluación diagnóstica
- Servicios de prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para miembros menores de 21 años
- Servicios en un centro para casos de crisis de niños y adolescentes
- Servicios de salud del comportamiento para paciente hospitalizado
- Estabilización de crisis por desintoxicación médicamente supervisados o en un centro de tratamiento para el abuso de alcohol y drogas
- Servicios móviles para el manejo de crisis
- Servicios de desintoxicación médica no hospitalarios
- Servicios en departamento de emergencia de salud conductual para paciente ambulatorio
- Servicios de salud del comportamiento para paciente ambulatorio prestados por proveedores inscritos directos
- Servicios de tratamiento por uso de opioides para paciente ambulatorio
- Hospitalización parcial
- Servicios de apoyo de pares
- Servicios profesionales de tratamiento en un programa de crisis en un centro
- Tratamiento intensivo de salud del comportamiento basado en investigaciones

Algunos servicios de salud del comportamiento para personas con un trastorno de salud mental, trastorno por el uso de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo o lesión cerebral traumática están disponibles solamente a través de las LME/MCO y en NC Medicaid Direct. Los siguientes servicios de salud del comportamiento no están cubiertos por Healthy Blue pero, si es necesario, los miembros pueden acceder a estos servicios a través de los programas de las LME/ MCO y NC Medicaid Direct:

- Servicios en centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes
- Servicios de tratamiento diurno para niños y adolescentes
- Servicios intensivos en el hogar
- Servicios terapéuticos multisistémicos
- Centros de tratamiento residencial psiquiátrico
- Tratamiento comunitario asertivo
- Equipo de apoyo comunitario
- Rehabilitación psicosocial

- Tratamientos ambulatorios integrales para el abuso de sustancias (SACOT)
- Programa ambulatorio intensivo para el abuso de sustancias (SAIOP)
- Tratamiento residencial comunitario no médico para abuso de sustancias
- Tratamiento residencial monitoreado médicamente para abuso de sustancias
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Servicios de exención de innovaciones
- Servicios de exención por lesiones cerebrales traumáticas (solo disponible en condados atendidos por LME/MCO Alliance Health)
- Servicios de 1915(b)(3)

Si cree que necesita acceso a más servicios intensivos para la salud del comportamiento que Healthy Blue no proporciona, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Servicios de transporte

- **Emergencia:** Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al 911.
- **No de emergencia:** Healthy Blue puede coordinar y pagar su transporte para ayudarlo a ir y regresar de sus citas para atención cubierta por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita un acompañante que vaya con usted a su cita médica, o si su hijo (de 18 años de edad o menor) es miembro del plan, el transporte también está cubierto para el acompañante, padre o tutor. El transporte médico que no sea de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses, transportes para áreas montañosas y transporte público.

Cómo obtener transporte médico que no sea de emergencia (NEMT). Los miembros deberían hacer los arreglos de transporte con tanto tiempo por anticipado como sea posible, pero no menos que dos días hábiles antes de su cita. Llame al 844-594-5070 (TTY 711), de lunes a sábado, de 7 a. m. a 6 p. m. hora del Este, para programar el transporte o llame a ModivCare al 855-397-3602 (TTY 866-288-3133). Si necesita cancelar un traslado, llame a estos mismos números. Se pueden programar traslados de urgencia las 24 horas, los 7 días de la semana e incluyen visitas por enfermedad, solicitudes de alta hospitalaria y tratamiento para preservar la vida. Contacte a ModivCare al 855-397-3602 (TTY 866-288-3133) para programar un traslado de transporte urgente. Para obtener información sobre su traslado después de programarlo, llame a Ride Assist (Asistencia de transporte) al 855-397-3602.

Al llamar, asegúrese de tener esta información:

- Su número de identificación del miembro de Healthy Blue
- La dirección, código postal y número de teléfono del lugar donde desea ser recogido
- El nombre, dirección, código postal y número de teléfono del lugar donde desea ser dejado

- El nombre y la dirección del proveedor al que está acudiendo
- El tipo de cita que tiene
- La fecha, hora y duración de su cita
- Si necesita una ambulancia para transportarlo
- Si necesita que un acompañante vaya para ayudarlo en su cita
- Si usted usa silla de ruedas u otro equipo de movilidad
- Si tiene un proveedor de transporte que usa con regularidad

Qué esperamos de usted:

- Que solicite un traslado dos días hábiles por anticipado
- Que esté listo en el lugar designado para la recogida del transporte o que cancele la solicitud de transporte oportunamente
- Que siga las instrucciones del conductor
- Que respete y no infrinja los derechos de los otros pasajeros y el conductor, tales como no crear una alteración o emplear lenguaje o conducta amenazante

Inasistencias del miembro:

Una inasistencia es cuando un miembro no acude a la cita médica. Esto incluye a los miembros que les han emitido vales para combustible y reembolso de millas.

- 1) El miembro debe estar listo y en el lugar designado para recogida a la hora requerida por el proveedor de transporte.
- 2) El miembro debe completar su traslado y mostrar evidencia con el fin de que le emitan el reembolso de millas.
- 3) El miembro debe llamar al número proporcionado para solicitudes de traslado con el fin de cancelar el transporte programado por lo menos 24 horas por anticipado. Las cancelaciones realizadas menos de 24 horas por anticipado podrían considerarse una "inasistencia", a menos que existiera causa justificada para la cancelación.

A los miembros que faltan a tres o más traslados en un plazo de tres meses se les podrían suspender los servicios de transporte por hasta 30 días.

Para determinados tipos de traslados, Healthy Blue podría tener que revisar la solicitud o podría requerir información adicional antes de que podamos programar el traslado. Esto se llama **preautorización** (consulte la página 37 para obtener más información sobre autorización de servicio). Los siguientes tipos de traslados deben ser revisados por nosotros y/o requieren información adicional antes de que podamos programar el traslado:

- Traslados de larga distancia de más de 75 millas (en una dirección)
- Solicitudes de reembolso de comidas
- Reservaciones de alojamiento

Necesitará llamar a ModivCare e indicar que está solicitando uno de estos servicios. ModivCare enviará una solicitud de autorización a Healthy Blue. Healthy Blue revisará y responderá a la solicitud en un plazo de 24 horas.

Puede obtener información adicional sobre nuestra política de Transporte médico que no sea de emergencia llamando a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) (o visitando nuestro sitio web en healthybluenc.com).

Servicios para Miembros puede proporcionar información tal como:

- Cómo solicitar, programar o cancelar un traslado
- Cualquier limitación en los servicios de transporte médico que no sea de emergencia
- Comportamiento esperado de los miembros y procedimientos para las ausencias
- Cómo obtener reembolso de millas si usa su propio automóvil

Cuando se traslade a su cita, puede esperar:

- Llegar a su cita a tiempo y como mínimo una hora antes de la cita
- No esperar más de una hora después de la cita para que lo lleven a casa
- No tener que salir temprano de la cita

Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la página 43 para obtener más información sobre las apelaciones. Si no está satisfecho con su servicio de transporte, puede presentar una queja. Consulte la página 47 para obtener más información sobre las quejas.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Si tiene una condición médica o discapacidad determinada, tal vez necesite ayuda con las actividades diarias como comer, bañarse o hacer tareas del hogar. Usted puede obtener ayuda a través de un beneficio de Healthy Blue conocido como “Servicios y apoyo a largo plazo” (LTSS). LTSS incluye servicios como servicios de atención de la salud a domicilio y cuidado personal. Puede obtener LTSS en su hogar, la comunidad o un hogar de ancianos.

- Si necesita LTSS, podría tener un administrador de cuidados médicos en su equipo de atención. Un administrador de cuidados médicos es un profesional de salud capacitado especialmente que trabaja con usted, sus médicos y otros proveedores de su elección para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite. Para obtener más información sobre qué puede hacer por usted un administrador de cuidados médicos, consulte “Apoyo adicional para manejar su salud (Administración de cuidados médicos)”, en la página 26.
- Si vive en un hogar de ancianos y le preocupa su situación de vida, podemos ayudar. Nuestro Especialista de vivienda puede conectarlo con opciones de vivienda. Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener más información.

Si tiene preguntas sobre el uso de los beneficios de LTSS, hable con su PCP, un integrante de su equipo de atención o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP para servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Control de natalidad
- Dispositivos de control de natalidad como DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros que estén disponibles sin una receta
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de esterilización
- Análisis, tratamiento y asesoramiento para VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Pruebas de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero/prótesis/ortopedia
- Productos y servicios para audífonos
- Telesalud
- Apoyo adicional para manejar su salud (consulte la página 26 para obtener más información)
- Terapia de infusión en el hogar
- Servicios de Clínicas de salud rurales (RHC)
- Servicios del departamento de salud local
- Servicios de Centro Médico con Calificación Federal (FQHC)
- Servicios clínicos gratuitos

Servicios adicionales

Healthy Blue ofrece beneficios adicionales gratuitos. Estos se llaman servicios adicionales. Algunos servicios adicionales pueden estar disponibles solamente para miembros que califican. Healthy Blue ofrece los siguientes servicios adicionales:

Transporte

- Tarjetas de regalo de \$20 de Uber
- Traslados al médico y la farmacia

Mamá y yo

- Dinero para ir a las consultas médicas
- Servicios de doula

- Baby shower comunitario
- Artículos esenciales para el bebé

Alimentos y vivienda para miembros elegibles

- Tres meses de frutas y vegetales frescos (valor de \$120)
- Hasta \$500 para hotel después de la hospitalización
- Hasta \$500 para gastos de mudanza

Invierta en su futuro

- Vale para el examen de GED
- Tarjeta de regalo para Old Navy® y Footlocker®: Estudiantes de 11° a 12° grado con un GPA de 3.5 o más alto
- Asistencia para útiles escolares (hasta \$50)
- 24 horas de tutoría gratuita

Estilo de vida activo y saludable

- Vales de WW® (anteriormente Weight Watchers) (13 semanas)
- Hasta \$150 para deportes y actividades extracurriculares
- Kit de herramientas para mejoría del asma y las alergias

Apoyo de salud del comportamiento y manejo del dolor

- Hasta 12 tratamientos de acupuntura
- Hasta cinco consultas adicionales con el quiropráctico
- Kit de seguridad para medicamentos con caja de seguridad y pastillero
- Productos para el manejo del dolor (valor de \$25)

Servicios y apoyos a largo plazo

- Hasta 10 traslados a citas personales
- Hasta \$100 para apoyos sensoriales
- Balanza, brazaletes para toma de presión arterial y más
- Kit de herramientas para la enfermedad de Alzheimer/demencia con alarma y cierre de ventana/puerta

Recursos y apoyo

- Teléfono celular con datos y mensajes de texto ilimitados
- Community Resource Link (Enlace de recursos comunitarios) para ayudarle a encontrar vivienda y alimentos
- Acceso a información en línea de acondicionamiento físico y ejercicios
- Línea de Enfermería 24/7
- Aplicación móvil para encontrar médicos

Servicios in lieu of (sustitutos)

Healthy Blue ofrece servicios o entornos que son sustituciones médicamente apropiadas y rentables de servicios cubiertos por NC Medicaid. Estos se llaman servicios in lieu of (sustitutos) (ILOS). Healthy Blue ofrece los siguientes servicios sustitutos:

Servicio	Descripción
Apoyos de cuidado personal mejorados	Ofrece servicios de cuidado personal para miembros que reciben servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Este servicio ayuda a los miembros a mantener su independencia y su capacidad para vivir en su casa en lugar de un centro de enfermería a largo plazo. El beneficio máximo es 24 horas por año (365 días).
Servicios privados de enfermería mejorados	Los miembros elegibles pueden recibir estos servicios en casa en lugar de un centro de enfermería a largo plazo para apoyar sus necesidades de enfermería especializada. Aquellos que utilizan el beneficio máximo del plan estatal de 16 horas por día pueden calificar para ocho horas adicionales, aumentando los servicios a 24 horas al día.
Atención de relevo en la casa	Ofrece atención de relevo temporal en la casa para los cuidadores de los miembros que reciben LTSS con el fin de aliviar la tensión del cuidado y evitar la colocación del miembro en un centro de enfermería a largo plazo. Este servicio de relevo no institucional es prestado por agencias de cuidado en el hogar con licencia del estado de North Carolina. El beneficio máximo es 24 horas por año (365 días).

<p>Apoyo de reincorporación comunitaria</p>	<p>Los miembros elegibles que tienen una estadía en un centro de enfermería especializada de 30 días continuos o más pueden recibir bienes y servicios hasta \$2,500 para ayudar a pagar el costo de mudarse de un centro de enfermería a un entorno comunitario.</p> <p>Se pueden usar los fondos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos de seguridad y servicios públicos • Mobiliario para el hogar • Costos de mudanza para preparar una vivienda básica
<p>Modificaciones del entorno</p>	<p>Los miembros elegibles pueden recibir hasta \$2,500 por año (365 días) para cambios al entorno a su lugar de residencia para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar, maximizar o realzar la movilidad, seguridad e independencia • Apoyar la transición a la comunidad en lugar de colocación en un centro de enfermería a largo plazo <p>Los cambios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exterminio de plagas • Soluciones contra el moho • Vivienda temporal y ajustes físicos
<p>Atención de urgencia para salud del comportamiento</p>	<p>Este servicio tiene la intención de ayudar a los miembros a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar hospitalizaciones y tiempos de espera prolongados/observación en salas de emergencia • Estabilizar una condición y regresar a la comunidad <p>Los servicios son para reemplazar atención aguda en hospitalización y sala de emergencia e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y diagnóstico para enfermedad mental, abuso de sustancias y preocupaciones de discapacidad intelectual y del desarrollo • Planificación y remisión para tratamiento futuro • Administración de medicamentos • Tratamiento para pacientes ambulatorios • Atención de seguimiento de corto plazo
<p>Instituto de Enfermedades Mentales (IMD): MH/SUD</p>	<p>Este servicio incluye tratamiento en un hospital, centro de enfermería u otro centro de más de 16 camas, enfocado en el diagnóstico, tratamiento o atención de salud mental y trastornos de abuso de sustancias (SUD).</p>

	<p>Este servicio amplía el acceso a atención psiquiátrica en hospitalización para la población adulta (Manual para Familias y Niños del DHHS de NC, 2013). IMD ofrece atención psiquiátrica aguda en otros entornos cubiertos por hasta 15 días calendario por mes para miembros de 21 a 64 años. Los trastornos de abuso de sustancias se excluyen del límite de 15 días por mes para los miembros.</p>
--	--

Si tiene alguna pregunta acerca de cualquiera de los beneficios mencionados, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Apoyo adicional para manejar su salud (Administración de cuidados médicos)

Administrar su atención de la salud a solas puede ser difícil, especialmente si usted está enfrentando muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y mantenerse sano, podemos ayudar. Como miembro de Healthy Blue, puede tener un administrador de cuidados médicos en su equipo de atención de la salud. Un administrador de cuidados médicos es un profesional de atención de la salud capacitado especialmente que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Su administrador de cuidados médicos puede:

- Ayudar a coordinar sus citas y ayudar a hacer arreglos para transporte hacia y desde su médico
- Apoyarlo para alcanzar sus metas con el fin de manejar mejor sus afecciones médicas en curso
- Responder preguntas acerca de lo que hacen sus medicamentos y cómo tomarlos
- Dar seguimiento con sus médicos o especialistas acerca de su atención
- Conectarlo con recursos útiles en su comunidad
- Ayudarlo a continuar recibiendo la atención que necesita si cambia de plan o de médico

Healthy Blue también puede conectarlo con un administrador de cuidados médicos que se especializa en apoyar a:

- Personas que necesitan acceso a servicios como atención de un hogar de ancianos o servicios de cuidado personal para ayudar a manejar actividades diarias, como comer o bañarse y tareas domésticas
- Mujeres embarazadas con ciertos problemas de salud como diabetes u otras preocupaciones como querer ayuda para dejar de fumar
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad que podrían vivir en situaciones estresantes o tener ciertas afecciones médicas o discapacidades

En ocasiones, un miembro del equipo de su proveedor de atención primaria (PCP) será su administrador de cuidados médicos. Para conocer más sobre cómo puede recibir apoyo adicional para manejar su salud, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Ayuda con problemas más allá de la atención médica (Healthy Opportunities)

Puede ser difícil enfocarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o si le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Healthy Blue puede conectarlo con recursos en su comunidad para ayudarlo a manejar problemas que van más allá de su atención médica.

Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) si:

- Le preocupan sus condiciones de vivienda o vida
- Tiene problemas para obtener suficiente comida para usted o su familia
- Se le dificulta llegar a las citas, el trabajo o la escuela debido a problemas de transporte
- Se siente inseguro o está experimentando violencia doméstica o comunitaria. Si está en peligro inmediato, llame al 911.

Healthy Blue puede cubrir estos servicios basándose en dónde vive y en otras razones, como si tiene una condición de salud física o del comportamiento. Para conocer más sobre estos servicios o ver si califica, contacte a su administrador de cuidados médicos o llame Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Otros programas para ayudarlo a mantenerse sano

Healthy Blue quiere que usted y su familia estén y se mantengan sanos. Si quiere dejar de fumar tabaco o es una mamá primeriza que quiere aprender más acerca de cómo alimentar mejor a su bebé, podemos conectarla con el programa de apoyo adecuado.

Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener más información sobre:

- Servicios para dejar de usar tabaco con el fin de ayudarlo a dejar de fumar o usar otros productos de tabaco
- Programa especial de nutrición complementaria de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Programa de pruebas de detección de recién nacidos
- Programa de examen de diagnóstico de audición
- Programa de intervención temprana

Programa de prevención del uso indebido de opioides

Los opioides son poderosos medicamentos con receta que pueden ser la elección correcta para tratar el dolor intenso, no obstante también pueden tener efectos secundarios graves, tales como adicción y sobredosis. Healthy Blue apoya el uso seguro y apropiado de los opioides a través de nuestro Programa de prevención del uso indebido de opioides. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro programa, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Programa de Aseguramiento de farmacia

El Programa de Aseguramiento de Manejo de Beneficiario de Healthy Blue ayuda a identificar a los miembros que están en riesgo de un posible uso excesivo o inadecuado de los medicamentos para el dolor (analgésicos opioides) y los medicamentos para los nervios (benzodiazepinas y ciertos ansiolíticos). El Programa de Aseguramiento de Manejo de Beneficiario de Healthy Blue también ayuda a identificar a los miembros que reciben medicamentos de más de un profesional que receta (médico, enfermero especializado o asistente médico). Si usted califica para este programa, Healthy Blue solo pagará sus medicamentos para el dolor y los medicamentos para los nervios cuando:

- Un profesional que receta da las órdenes para sus medicamentos. Se le dará la oportunidad de elegir un médico que receta de la red de Healthy Blue.
- Usted surte estas recetas en solo una farmacia. Se le dará la oportunidad de elegir una farmacia en la red de Healthy Blue.

Si califica para el Programa de Aseguramiento de Manejo de Beneficiario de Healthy Blue, usted estará en el programa por un periodo de dos años. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de que debería estar en el programa, puede apelar nuestra decisión antes de que lo coloquen en el programa (consulte la página 43 para obtener más información sobre las apelaciones).

Cuidado de Condiciones (CNDC)

Un programa de Cuidado de Condiciones (CNDC) puede ayudarle a sacar más provecho de la vida. Como parte de sus beneficios de Healthy Blue estamos a su disposición para ayudarle a aprender más acerca de su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en cada paso.

Nuestro equipo incluye enfermeros registrados llamados administradores de casos de Cuidado de Condiciones. Ellos le ayudarán a aprender cómo manejar su afección o problema de salud. Usted puede elegir ingresar a un programa de CNDC sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de Cuidado de Condiciones para recibir cuidado médico y servicios de apoyo en caso de tener alguna de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave (tanto adultos y niños/adolescentes)
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

Cuando usted ingresa a uno de nuestros programas de Cuidado de Condiciones, un administrador de casos hará lo siguiente:

- Le ayudará a crear metas de salud y hacer un plan para lograrlas
- Lo orientará y le dará apoyo mediante llamadas telefónicas personalizadas
- Dará seguimiento a su progreso
- Le dará información sobre apoyo local y cuidadores
- Responderá preguntas sobre su afección y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con problemas de salud)
- Le enviará materiales para aprender acerca de su afección, su salud y bienestar en general
- Coordinará su atención con sus proveedores de atención de la salud, como ayudarle con:
 - Hacer citas
 - Llegar a las consultas con el proveedor de atención de la salud
 - Remitirlo a especialistas en nuestro plan médico, de ser necesario
 - Obtener cualquier equipo médico que pueda necesitar
- Ofrecerá materiales educativos y herramientas para el control de peso y dejar de usar tabaco (cómo dejar de usar tabaco, como dejar de fumar)

Nuestro equipo de CNDC y su proveedor de atención primaria (PCP) están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado médico.

Cómo ingresar

Hay varias formas de ingresar al programa.

- Le enviaremos una carta invitándolo al programa.
- Para ingresar, puede llamarnos al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora local.
- También puede enviarnos un correo electrónico a condition-care-self-referral@healthybluenc.com.
- Puede ingresar en línea en nuestro sitio web en healthybluenc.com. Necesitará su número de identificación del miembro para registrarse (que se encuentra en su tarjeta del seguro del miembro). Al usar su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro a Cuidado de Condiciones y pedir ingresar al programa.

Cuando llame, nosotros:

- Lo ubicaremos con un administrador de casos de Cuidado de Condiciones para que dé los primeros pasos.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear su plan o el de su hijo

Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (u obtener) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o sabe, entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

Usted puede elegir abandonar el programa en cualquier momento. Llámenos al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora local, de lunes a viernes para no ser incluido. También podría llamar a este número para dejarle un mensaje privado a su administrador de casos de Cuidado de Condiciones las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles para Cuidado de Condiciones

En una emergencia, llame al 911.

Cuidado de Condiciones; llame al número gratuito: 888-830-4300 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora local

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario normal:

Llame a la Línea de Enfermería 24/7 de Healthy Blue, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al 844-545-1428 (TTY 711).

Como miembro de Healthy Blue inscrito en el programa de Cuidado de Condiciones, tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene derecho a:

- Obtener detalles acerca de quiénes somos, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos
 - Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación)
 - Cualquier relación contractual (tratos que tenemos con otras compañías)
- Excluirse de los servicios de Cuidado de Condiciones
- Saber cuál administrador de casos está manejando sus servicios de control de enfermedades y cómo pedir un cambio
- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones de atención de la salud con sus proveedores de atención de la salud
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con Cuidado de Condiciones (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aún si un tratamiento no es parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo están tratando

- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información permanezca, segura privada y confidencial
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte de nuestro personal
- Recibir información que sea clara y fácil de entender
- Presentar quejas a Healthy Blue, llamando al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora local, de lunes a viernes y:
 - Recibir ayuda sobre cómo usar el proceso de queja
 - Saber cuánto tiempo tiene Healthy Blue para responder y resolver asuntos de calidad y quejas
 - Darnos comentarios acerca del programa de Cuidado de Condiciones.

Usted también tiene la obligación de:

- Seguir el plan de salud acordado por usted y su administrador de casos de CNDC.
- Darnos la información necesaria para poder brindar nuestros servicios
- Decirnos a nosotros y a sus proveedores de atención de la salud de si elije ser excluido (abandonar el programa)

Cuidado de Condiciones no mercadea productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. Cuidado de Condiciones no posee o se beneficia de compañías externas sobre los bienes y servicios que ofrecemos.

Atención especial para miembros embarazadas

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) es el programa de Healthy Blue para todas las miembros embarazadas. Es muy importante que acuda a su proveedor de atención primaria (PCP) u obstetra o ginecólogo (OB/GYN) para recibir atención cuando esté embarazada. Esta clase de atención se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, aun si ya ha tenido un bebé. Con nuestro programa, las embarazadas reciben información de salud y recompensas por recibir atención prenatal y de posparto. Para ingresar al programa Healthy Rewards, visite su página de beneficios en healthybluenc.com. Desde ahí, puede iniciar sesión en su Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) y visitar el portal de Healthy Rewards. También puede llamar al 888-990-8681 (TTY 711), de lunes a viernes de 9 a. m. a 8 p. m. hora del Este.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complejas de atención de la salud. Los enfermeros administradores de cuidados médicos trabajan conjuntamente con estas miembros para proveer:

- Educación
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad, tal como transporte, WIC, programas de consultas a domicilio, lactancia y asesoramiento

Nuestros enfermeros también trabajan con los médicos y ayudan con otros servicios que puedan necesitar las miembros. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

En Healthy Blue, deseamos darle la mejor atención posible durante su embarazo. Ese es el motivo por el que usted también será parte de My Advocate®, el cual es parte de nuestro programa Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM). My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante su embarazo.

Familiarícese con My Advocate

My Advocate ofrece educación sobre salud materna por teléfono, mensajería de texto y aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Se familiarizará con Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responde a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. Puede contar con:

- Educación que puede usar
- Comunicación con su administrador de casos basada en mensajes de My Advocate, si surgen preguntas o dudas
- Un programa fácil de comunicaciones
- Sin costo para usted

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Cada vez que Mary Beth llama, le preguntará por su año de nacimiento. No dude en decírselo. Ella necesita la información para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos

Las llamadas de My Advocate le dan respuestas a sus preguntas, además de apoyo médico si lo necesita. Habrá una llamada importante de examen médico de diagnóstico seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono. Si nos dice que tiene un problema, un administrador de casos le devolverá la llamada. Los temas de My Advocate incluyen:

- Atención para el embarazo y de posparto
- Controles de salud para niños

- Cuidado dental
- Vacunaciones
- Consejos para una vida sana

Al embarazarse

Si cree que está embarazada:

- Llame de inmediato a su PCP o a su médico ginecólogo obstetra. No necesita una remisión de su PCP para ver a un médico ginecólogo obstetra.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un médico ginecólogo obstetra en la red de Healthy Blue.
- Cuando sepa que está embarazada, también debe llamar al 844-594-5070 (TTY 711).

Visite nuestra página de Pregnancy and Wellness (Embarazo y Bienestar) en healthybluenc.com para obtener información y recursos sobre cómo usted y su bebé pueden mantenerse sanos. Si desea recibir información sobre el embarazo por correo, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711). Puede acceder a educación, incluyendo:

- Información de cuidado personal sobre su embarazo
- Detalles sobre el programa My Advocate®, cómo inscribirse y recibir información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, la Internet o aplicación de teléfono inteligente
- Información del programa Healthy Rewards sobre cómo canjear sus incentivos por atención prenatal, posparto y de bebé sano
- Educación y recursos útiles sobre cómo tener un bebé sano, la depresión posparto y cómo atender a su recién nacido

Cuando está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Cuando está embarazada, debe acudir a su PCP u ginecólogo obstetra por lo menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes
- Cada semana durante el último mes

Tal vez su PCP o ginecólogo obstetra desee que vaya más veces basado en sus necesidades de salud.

Cuando tenga a un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé deben quedarse en el hospital por lo menos:

- 48 horas después de un parto vaginal
- 72 horas después de una cesárea

Puede quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé se van del hospital antes de tiempo, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que vaya al consultorio o que un enfermero la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe:

- Llamar al 844-594-5070 (TTY 711) lo más pronto posible para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos detalles sobre su bebé.
- Llame a su agencia de Medicaid al 800-367-2229 para solicitar Medicaid para su bebé

Después de tener a su bebé

Si se inscribió en My Advocate y recibió llamadas educativas durante su embarazo, ahora recibirá llamadas sobre educación posparto y de control médico pediátrico hasta 12 semanas después del parto.

Es importante programar una consulta con su PCP o ginecólogo obstetra después de que tenga su bebé para recibir un chequeo posparto. Podría sentirse bien y pensar que está sanando, pero le toma al cuerpo por lo menos seis semanas para sanar después del parto.

- La consulta se deberá hacer entre 7 y 84 días después del parto
- Si tuvo un parto mediante cesárea o tuvo complicaciones durante su embarazo o parto, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que regrese para un chequeo posterior a la cirugía de una o dos semanas. Esto no se considera un chequeo posparto. Aún deberá regresar y ver a su proveedor en un plazo de 7 a 84 días después del parto para su chequeo posparto.

Beneficios que puede obtener de Healthy Blue O de un proveedor de NC Medicaid Direct

Usted puede elegir dónde recibir algunos servicios. Puede recibir estos servicios de proveedores en la red de Healthy Blue o de otro proveedor de Medicaid. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si tiene alguna pregunta, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Pruebas de detección de VIH e ITS

Puede obtener pruebas y tratamiento para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e infecciones de transmisión sexual (ITS) y servicios de asesoramiento en cualquier momento de parte de su PCP o los médicos de Healthy Blue. Cuando recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar, puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar.

Puede elegir ir a su PCP o al departamento de salud local para diagnóstico y tratamiento. No necesita una remisión para ir al departamento de salud local.

Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT): El beneficio de salud de Medicaid para miembros menores de 21 años

Los miembros menores de 21 años tienen acceso a una amplia variedad de beneficios federales de atención de la salud conocidos como “Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico”. La “garantía de EPSDT” cubre consultas de bienestar y servicios de tratamientos.

Prueba de detección y diagnóstico temprano y periódico

Estas consultas de “prueba de detección” son atención de bienestar. Son gratuitas para los miembros menores de 21 años. Estas incluyen un examen completo, vacunas gratis y análisis de la vista y auditivo. Su proveedor también observará el crecimiento y bienestar físico y emocional de su hijo y “diagnosticará” cualquier afección que pueda existir. En estas consultas, obtendrá remisiones a cualquier servicio de tratamiento que su hijo necesite para estar bien y mantenerse sano.

La “T” en EPSDT: Tratamiento para miembros menores de 21 años

A veces los niños necesitan tratamiento médico para un problema de salud. Healthy Blue tal vez no ofrezca todos los servicios cubiertos por el programa Federal de Medicaid. Cuando un niño necesita tratamiento, pagaremos por cualquier servicio que cubra el plan de Medicaid del gobierno federal. El tratamiento propuesto debe ser evaluado por su capacidad de ser tratado, compuesto o de mejorar el problema de salud o afección de su hijo. Esta decisión se toma específicamente para su hijo. Healthy Blue no puede rechazar el servicio de su hijo debido solamente a un límite de la póliza. Además, no podemos rechazar un servicio solo porque no está incluido en nuestras pólizas de cobertura. Debemos completar una revisión de EPSDT especial en estos casos.

Cuando Healthy Blue aprueba servicios para niños, aplican normas importantes:

- No hay copagos para servicios cubiertos por Medicaid para miembros menores de 21 años.
- No hay límites sobre cuán a menudo se brinda un servicio o tratamiento.
- No hay límite sobre cuántos servicios puede recibir el miembro el mismo día.
- Los servicios pueden ser prestados en el mejor entorno para la salud del niño. Esto podría incluir un entorno escolar o comunitario.

Encontrará el menú completo de los servicios cubiertos por Medicaid en la Ley del Seguro Social. El programa Federal Medicaid cubre un amplio menú de atención médica, incluyendo:

- Servicios dentales
- Servicios integrales de examen médico de diagnóstico (chequeos de niño sano, pruebas de detección del desarrollo y vacunación)
- Educación sobre salud
- Servicios de audición
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios para enfermos terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de salud mental
- Servicios de cuidado personal
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Medicamentos con receta
- Prótesis
- Servicios de rehabilitación y terapia para trastornos del habla, la audición y lenguaje
- Transporte hacia y desde citas médicas
- Servicios de la vista
- Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, reparar o mejorar un problema de salud

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el PCP de su hijo. También puede encontrar más información acerca de la garantía Federal de EPSDT en línea. Visite nuestro sitio web en healthybluenc.com o vaya a la página web de NC Medicaid EPSDT en medicaid.ncdhhs.gov/epsdt.

Beneficios cubiertos por NC Medicaid Direct, pero no por su plan médico

Existen algunos servicios de Medicaid que Healthy Blue no cubre, pero si los necesita, los servicios están cubiertos para usted por el programa NC Medicaid Direct. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid:

- Servicios dentales
- Servicios prestados o facturados por Agencias de educación locales que están incluidos en el Programa de educación individualizada de su hijo, el Plan de servicio familiar individual, un Plan de adaptación de la sección 504, un Plan de salud individual o un Plan de intervención de comportamiento
- Servicios prestados y facturados por Agencias para el desarrollo de los niños (CDSA) o proveedores contratados por CDSA que están incluidos en nuestro Plan individualizado de servicios familiares de su hijo
- Fabricación de anteojos, incluidos anteojos completos, lentes para anteojos y marcos oftálmicos (consulte la página 15 para obtener más información sobre los servicios de la vista)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para acceder a los beneficios que solo puede obtener a través de NC Medicaid Direct, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Servicios NO cubiertos

A continuación hay algunos ejemplos de servicios que **no están disponibles** de parte de Healthy Blue o NC Medicaid Direct. Si recibe alguno de estos servicios, puede tener que pagar la factura:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos para confort personal tales como cosméticos, novedades, tabaco o ayudas para la belleza
- Atención de rutina de los pies, excepto para beneficiarios con diabetes o una enfermedad vascular
- Circuncisión de rutina para recién nacidos (la circuncisión médicamente necesaria es cubierta para todas las edades)
- Medicamentos, procedimientos o pruebas de diagnóstico experimentales
- Tratamientos de infertilidad
- Reversión de esterilización
- Esterilización para pacientes menores de 21 años
- Fotografía médica
- Biorretroalimentación
- Hipnosis

- Análisis de sangre para determinar la paternidad (contacte a su agencia local de cumplimiento de manutención de menores)
- Tratamiento quiropráctico no relacionado con el tratamiento de una dislocación incompleta o parcial de una articulación o la columna vertebral
- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Medicamentos para pérdida o aumento de peso
- Liposucción
- Cirugía cosmética del abdomen
- Ultrasonido para determinar el sexo de un niño
- Productos y servicios de audífonos para beneficiarios de 21 años en adelante
- Servicios de un proveedor que no es parte de Healthy Blue, a menos que sea un proveedor al que se le permite acudir según se describe en cualquier otra parte de este manual o Healthy Blue, o su proveedor de atención primaria (PCP) lo envió a ese proveedor
- Servicios para los cuales necesita una remisión (aprobación) por anticipado, y usted no la obtuvo
- Servicios para los cuales necesita autorización previa, y usted no la obtuvo
- Servicios médicos proporcionados fuera de los Estados Unidos
- Remoción de tatuajes

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Un proveedor que está de acuerdo en aceptar Medicaid, por lo general no puede facturarle. Usted puede tener que pagar por cualquier servicio que su PCP o Healthy Blue no aprueben. O, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente de “pago privado” o “autopago”, tendrá que pagar por el servicio. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (incluidos aquellos enumerados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios prestados por proveedores que no son parte de Healthy Blue

Si recibe una factura

Si recibe una factura de un tratamiento o servicio que no considera que adeuda, **no la ignore**. Llame de inmediato a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711). Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable de realizar el pago, Healthy Blue se comunicará con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema por usted.

Tiene derecho a pedir una Audiencia imparcial estatal, si considera que se le pide que pague algo que Medicaid o Healthy Blue debería cubrir. Consulte la sección de Apelaciones en la

página 45 en este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Copagos de los miembros de su plan médico

A algunos miembros se les puede pedir que hagan un copago. Un “copago” es una tarifa que usted paga cuando recibe determinados servicios de atención de la salud de un proveedor o recoge una receta de una farmacia.

Copagos si usted tiene Medicaid*

Servicio	Su copago
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al quiropráctico • Visitas al médico • Visitas al departamento de emergencias y que no sean emergencias • Visitas al optómetra y ópticas • Visitas ambulatorias • Visitas al podólogo 	\$4 por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos o de marca con receta 	\$4 por cada receta

**NO hay copagos para los siguientes miembros o servicios:*

- Miembros menores de 21 años
- Miembros que estén embarazadas
- Miembros que reciben cuidado para enfermos terminales
- Miembros de tribus reconocidas federalmente
- Beneficiarias del North Carolina Breast and Cervical Cancer Control Program (Programa de Control de Cáncer de Mamas y de Cuello del Útero de North Carolina) (NC BCCCP)
- Niños en tutela temporal
- Personas que viven en una institución que están recibiendo cobertura para el costo de su atención
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD)
- Servicios por lesión cerebral traumática (TBI)

Un proveedor no puede rehusarse a prestar servicios si usted no puede pagar sus copagos al momento del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los copagos de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Si su PCP no puede satisfacer sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo puede cambiar su PCP.

Autorización de servicio y acciones

Healthy Blue tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios **antes** de que usted los reciba. Healthy Blue también tendrá que aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted **continúe** recibiéndolos. Esto se llama **preautorización**. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted los reciba:

- Algunos servicios de Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)
- Servicios de salud del comportamiento para paciente hospitalizado
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas (más allá del límite de consultas no administradas)
- Hospitalización parcial
- Algunos servicios de tratamiento para crisis basados en centro/tratamiento profesional para niños y adolescentes
- Servicios para el trastorno por el uso de sustancias
- Tratamiento intensivo de salud del comportamiento basado en investigación (por ejemplo, servicios para el trastorno del espectro autista)
- Servicios de desintoxicación médica que no sean en hospital
- Estabilización de crisis por desintoxicación médicamente supervisados o en centro de tratamiento para el abuso de alcohol y drogas (ADATC)
- Hospitalización psiquiátrica en un hospital psiquiátrico independiente
- Servicios de apoyo entre pares (más allá de la limitación de unidades no administradas)
- Servicios para pacientes ambulatorios (individuales, grupales, familiares, más allá del límite de consultas no administradas)

La solicitud para la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, usted o su médico pueden llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

Healthy Blue usa un grupo de profesionales de atención de la salud que califican para las revisiones. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted pidió está cubierto por nuestro plan médico y que le ayudará con su condición médica. Los enfermeros, los médicos y profesionales clínicos de salud del comportamiento revisarán la solicitud de su proveedor.

Healthy Blue usa políticas y normas aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina (NCDHHS) para ver si el servicio es médicamente necesario.

Algunas veces Healthy Blue puede rechazar o limitar una solicitud hecha por su proveedor. Esta decisión se denomina determinación adversa de beneficios. Cuando esto sucede, usted puede solicitar cualquier registro, estándar y política que usamos para tomar una decisión sobre su solicitud.

Si recibe un rechazo y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedir una “apelación”. Puede llamar o enviar el formulario de apelación que encontrará con el aviso de la decisión. Consulte la página 43 para obtener más información sobre las apelaciones.

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (aplica solo a miembros de Medicaid)

Aplican normas especiales a las decisiones para aprobar servicios médicos para niños menores de 21 años. Healthy Blue no puede rechazar una solicitud para niños menores de 21 años solo debido a las políticas del plan médico, los límites o las normas de la póliza. Debemos completar otra revisión para ayudar a aprobar la atención necesaria. Healthy Blue usará las normas federales de EPSDT para esta revisión. Estas normas ayudan a Healthy Blue a analizar detenidamente:

- El problema de salud de su hijo
- El servicio o tratamiento que pidió su proveedor

Healthy Blue debe aprobar los servicios que no están incluidos en nuestras políticas de cobertura cuando nuestro equipo de revisión determina que su hijo los necesita para recuperarse o mantenerse sano. Esto significa que el equipo de revisión de Healthy Blue debe estar de acuerdo con su proveedor en que el servicio:

- Corregirá o mejorará un problema de salud
- Evitará que empeore el problema de salud
- Prevendrá el desarrollo de otros problemas de salud

Detalles importantes sobre servicios que pueden ser cubiertos por la garantía federal de EPSDT:

- Su proveedor debe pedirle el servicio a Healthy Blue.
- Su proveedor debe pedirnos que aprobemos los servicios que no están cubiertos Healthy Blue.
- Su proveedor debe explicar claramente por qué el servicio es necesario para ayudar a tratar el problema de salud de su hijo. El revisor de EPSDT de Healthy Blue debe estar de acuerdo. Trabajaremos con su proveedor para obtener cualquier información que nuestro equipo necesite para tomar una decisión. Healthy Blue aplicará las normas de EPSDT a la condición médica de su hijo. Su proveedor debe decirnos cómo el servicio ayudará a mejorar el problema de salud de su hijo o ayudar a que no empeore.

Healthy Blue debe aprobar estos servicios con una revisión de EPSDT *antes* de que su proveedor los brinde.

Para obtener más información acerca del plan médico de Medicaid para niños (EPSDT), consulte la página 36, visite nuestro sitio web en healthybluenc.com y visite el sitio web del estado de North Carolina para la garantía de EPSDT en medicaid.ncdhhs.gov/epsdt.

Preautorización y plazos

Revisaremos su solicitud de preautorización dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** Se tomará una decisión en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.
- **Revisión acelerada (rápida):** Se tomará una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 3 días desde su solicitud.
- En la mayoría de los casos, se le dará aviso de por lo menos 10 días si se hace algún cambio (para reducir, interrumpir o restringir servicios) a los servicios actuales. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir ese servicio, no reduciremos, interrumpiremos, o restringiremos el servicio durante el periodo de aprobación a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o incorrecta.**
- Si rechazamos el pago por un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que el pago es rechazado. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención recibida que estaba cubierta por Healthy Blue o por Medicaid, incluso si posteriormente rechazamos el pago al proveedor.**

Información de Servicios para Miembros

Puede llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para conseguir un PCP, para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con remisiones, para reemplazar una tarjeta de Medicaid perdida, para informar el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectarles a usted o a los beneficios de su familia. Podemos responder cualquier pregunta acerca de la información en este manual.

- Si el inglés no es su idioma principal, podemos ayudar. Solo tiene que llamarnos y encontraremos una forma de hablar con usted en su propio idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Llámenos si tiene dificultades para escuchar o necesita asistencia para comunicarse. Si está leyendo esto en representación de alguien que es ciego, sordociego o que tiene dificultades para ver, podemos ayudar. Podemos decirle si el consultorio del médico está equipado con dispositivos especiales para comunicaciones. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina de TTY. Nuestro número de teléfono de TTY es 711.
 - Información en letra grande
 - Ayuda para hacer o llegar a citas
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección

Si usa silla de ruedas, podemos decirle si el consultorio médico tiene acceso para silla de ruedas y le ayudaremos a hacer o llegar a las citas.

Puede ayudar con las políticas del plan médico

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que den mejor servicio a nuestros miembros. Tenemos varios comités de miembros en nuestro plan médico o con NCDHHS, como:

- **Comité Asesor de Miembros de Healthy Blue (MAC):** un grupo que se reúne al menos trimestralmente donde usted puede dar su opinión sobre nuestros programas y políticas.
- **Comité Asesor de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) de Healthy Blue:** un grupo que se reúne al menos trimestralmente donde usted puede dar su opinión sobre nuestros programas y políticas de Servicios y apoyos a largo plazo.
- **Comité Asesor de Atención Médica (Medical Care Advisory Committee, MCAC):** un grupo estatal que brinda asesoramiento a NC Medicaid sobre las políticas de cuidado médico y la calidad de la atención médica de Medicaid.
- **Comité Asesor para la Familia y el Consumidor (CFAC):** un grupo estatal que brinda asesoramiento a NC Medicaid y a los legisladores para ayudarlos a planificar y administrar el programa estatal de salud del comportamiento.

Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones

A veces, Healthy Blue puede decidir rechazar o limitar una solicitud que su proveedor le haga por beneficios o servicios ofrecidos por nuestro plan médico. Esta decisión se denomina determinación adversa de beneficios. Recibirá una carta de Healthy Blue avisándole de cualquier determinación adversa de beneficios. Los miembros de Medicaid tienen derecho a apelar las determinaciones adversas de beneficios ante Healthy Blue. Tiene 60 días a partir de la fecha de su carta para pedir una apelación. Cuando los miembros no están de acuerdo con nuestras decisiones sobre una apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Audiencias Administrativas de NC.

Cuando pide una apelación, Healthy Blue tiene 30 días para darle una respuesta. Puede hacer preguntas y proporcionar cualquier actualización (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que crea que nos ayudarán a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Puede pedir una apelación usted mismo. También puede pedirle a un amigo, un familiar, su proveedor o un abogado que le ayude. Puede llamar a Healthy Blue al 844-594-5070 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en [healthybluenc.com](https://www.healthybluenc.com) si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil pedir una apelación utilizando una de las opciones a continuación:

- **CORREO:** Llene y firme el Formulario de solicitud de apelación que está en el aviso que recibe acerca de nuestra decisión. Envíelo por correo a la dirección indicada en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar en 60 días después de la fecha en el aviso.

- **FAX:** Llene, firme y envíe por fax el Formulario de solicitud de apelación que está en el aviso que recibe acerca de nuestra decisión. El número de fax figura en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar en 60 días después de la fecha en el aviso.
- **POR TELÉFONO:** Llame al 844-594-5070 (TTY 711) y pida una apelación. Cuando apela, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarlo, puede ver el expediente médico y los criterios usados por Healthy Blue para tomar la decisión. Si elige tener a alguien que le ayude, debe darle un permiso.

También puede contactar al Defensor de NC Medicaid para obtener más información sobre sus opciones. Consulte la página 58 para obtener más información sobre el Defensor de NC Medicaid.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Usted o su proveedor pueden pedir una revisión más rápida de su apelación cuando un retraso produciría un daño grave a su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su buena salud. Esta revisión más rápida se llama apelación acelerada.

Su proveedor puede pedir una apelación acelerada llamándonos al 844-594-5070 (TTY 711).

Puede pedir una apelación acelerada por teléfono, correo o fax. En su Formulario de solicitud de apelación hay instrucciones que le dirán cómo pedir una apelación acelerada.

Solicitudes del proveedor para apelaciones aceleradas

Si su proveedor nos pide una apelación acelerada, daremos una decisión a más tardar en 72 horas después de recibir la solicitud para una apelación acelerada. Lo llamaremos a usted y a su proveedor tan pronto haya una decisión. Le enviaremos a usted y a su proveedor un aviso por escrito de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del día en que recibimos la solicitud de apelación acelerada.

Solicitudes del miembro para apelaciones aceleradas

Healthy Blue revisará todas las solicitudes de los miembros para apelaciones aceleradas. Si se rechaza su solicitud de apelación acelerada, lo llamaremos durante nuestro horario de atención inmediatamente después de nuestra decisión. También le informaremos a usted y al proveedor por escrito si su solicitud para una apelación acelerada es rechazada. Le diremos el motivo para la decisión. Healthy Blue le enviará por correo un aviso por escrito en un plazo de dos días calendario.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de apelación acelerada, puede presentarnos una queja (consulte la página 44 para obtener más información sobre las quejas).

Cuando rechazamos la solicitud de un miembro para una apelación acelerada, no hay necesidad de hacer otra solicitud de apelación. Se tomará una decisión de la apelación en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud. En todos los casos, revisaremos las apelaciones lo más rápido que lo requiera la condición médica de un miembro.

Plazos para las apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días desde el día en que recibimos su solicitud de apelación. Le enviaremos por correo una carta para informarle sobre nuestra decisión. Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su apelación, nosotros:

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia
- Podemos tomar 14 días más para tomar una decisión sobre su apelación si la solicita o si hay una necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés

Si necesita más tiempo para reunir registros y actualizaciones de su proveedor, solo tiene que pedirlo. Usted o un ayudante que usted nombre puede pedirnos retrasar su caso hasta que usted esté listo. Pida una extensión llamando a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) o escribiendo a Appeals, Healthy Blue, P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466-2429.

Decisiones sobre las apelaciones

Cuando tomemos una decisión sobre su apelación, le enviaremos una carta. Esta carta se denomina Aviso de decisión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedir una Audiencia imparcial estatal. Puede pedir una Audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días desde la fecha en el Aviso de decisión.

Audiencias imparciales estatales

Si no está de acuerdo con la decisión de Healthy Blue sobre su apelación, puede pedir una Audiencia imparcial estatal. En North Carolina, las Audiencias imparciales estatales incluyen una oferta para una sesión de mediación gratuita y voluntaria. Esta reunión se realiza antes de la fecha de su Audiencia imparcial estatal.

Mediaciones gratuitas y voluntarias

Cuando pide una Audiencia imparcial estatal, recibirá una llamada telefónica de la Mediation Network of North Carolina (Red de Mediación de North Carolina). La Mediation Network lo llamará en un plazo de 5 días hábiles después de que usted solicite una Audiencia imparcial estatal. Durante esta llamada le ofrecerán una reunión de mediación. El estado ofrece esta reunión gratuita para ayudar a resolver su desacuerdo rápidamente. Estas reuniones se realizan por teléfono.

Usted no tiene que aceptar esta reunión. Puede pedir que solo programen su Audiencia imparcial estatal. Cuando acepta, un consejero de la Mediation Network dirigirá su reunión. Esta persona no toma partido. También asistirá un integrante del equipo de revisión de Healthy Blue. Si la reunión no ayuda con su desacuerdo, tendrá una Audiencia imparcial estatal.

Audiencias imparciales estatales

Las Audiencias imparciales estatales son realizadas por la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) de NC. Un juez de derecho administrativo revisará su solicitud junto con nueva información que tal vez tenga. El juez tomará una decisión sobre su solicitud de servicio. Usted puede dar

cualquier actualización y datos que necesite en esta audiencia. Asistirá un miembro del equipo de revisión de Healthy Blue. Usted puede hacer preguntas acerca de la decisión de Healthy Blue. El juez en su Audiencia imparcial estatal no es parte de Healthy Blue en absoluto.

Es fácil pedir una Audiencia imparcial estatal. Use una de las opciones a continuación:

- **CORREO:** Llene y firme el Formulario de solicitud de Audiencia imparcial estatal que viene con su aviso. Envíelo por correo a las direcciones que figuran en el formulario.
- **FAX:** Llene, firme y envíe por fax el Formulario de solicitud de Audiencia imparcial estatal que viene con su aviso. Los números de fax figuran en el formulario.
- **POR TELÉFONO:** Llame a la OAH al 1-984-236-1860 y pida una Audiencia imparcial estatal. Durante esta llamada, recibirá ayuda con su solicitud.

Si usted no está satisfecho con la decisión de su Audiencia imparcial estatal, puede apelar ante la Corte Suprema de North Carolina en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que recibe su decisión de la audiencia imparcial estatal para apelar ante la Corte Suprema.

Audiencias imparciales estatales y decisiones de cancelación de la inscripción

Si no está de acuerdo con la decisión de cambiar su plan médico, puede pedir una Audiencia imparcial estatal. El proceso para pedir una Audiencia imparcial estatal para decisiones de cancelación de la inscripción es diferente al proceso para pedir una Audiencia imparcial estatal cuando Healthy Blue limita o niega un servicio que usted solicitó. Para obtener más información sobre cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal para las decisiones de cancelación de la inscripción consulte la página 54.

Continuación de beneficios durante una apelación

A veces, la decisión de Healthy Blue reduce o interrumpe un servicio de atención de la salud que ya está recibiendo. Puede pedir la continuación de este servicio sin cambios hasta que finalice su apelación. También puede pedirle a la persona que lo ayuda con su apelación que haga esta solicitud por usted. Su proveedor no puede pedir que sus servicios continúen durante una apelación.

Las normas en la sección son las mismas para apelaciones y Audiencias imparciales estatales.

Hay normas especiales acerca de continuar su servicio durante su apelación. ¡Lea esta sección con atención!

Usted recibirá un aviso si Healthy Blue va a reducir o interrumpir un servicio que está recibiendo. Tiene 10 días a partir de la fecha en que le enviamos la carta para pedir la continuación de sus servicios. El aviso que recibe le dirá la fecha exacta. El aviso también le dirá cómo pedir que sus servicios continúen mientras usted apela.

Si pide la continuación de sus servicios, Healthy Blue continuará sus servicios desde el día en que usted pide que continúen hasta que el día en que recibe la decisión de la apelación. Usted o su representante autorizado pueden contactar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) o contactar al Coordinador de apelaciones sobre su carta de determinación adversa

de beneficios para pedir que su servicio continúe hasta que obtenga una decisión sobre su apelación.

Su apelación podría no cambiar la decisión tomada por el plan médico acerca de sus servicios. Cuando esto suceda, Medicaid permite que Healthy Blue le facture los servicios que pagamos durante su apelación. Debe obtener la aprobación de NC Medicaid antes de que le facturemos los servicios que pagamos durante su apelación.

Apelaciones durante su transición fuera de Healthy Blue

Si decide abandonar Healthy Blue, su apelación puede verse afectada por esta transición. Consulte a continuación para obtener información adicional sobre cómo procesaremos las apelaciones en transición. Si pronto hará la transición fuera de nuestro plan médico y tiene una apelación con nosotros, contacte a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) para obtener información adicional.

Si tiene una apelación con Healthy Blue al momento de su transición, se enviará un aviso de apelación abierta a su nuevo plan médico según la Política de Transición de la atención de NC DHHS, Apelaciones, Apéndice C.

Si tiene problemas con su plan médico, puede presentar una queja

Esperamos que nuestro plan médico lo atienda bien. Si no está satisfecho o tiene una queja, puede hablar con su proveedor de atención primaria y puede llamar a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) o escribir a Healthy Blue, P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466-2429 a cualquier hora.

Una queja y un reclamo son lo mismo. Contactarnos para una queja significa que está insatisfecho con su plan médico, su proveedor o sus servicios de salud. La mayoría de los problemas como este se pueden resolver de inmediato. Ya sea que resolvamos su problema inmediatamente o necesitemos hacer algo antes, registraremos su llamada, su problema y nuestra solución. Le informaremos por escrito que hemos recibido su queja. También le enviaremos un aviso por escrito cuando hayamos terminado de trabajar en su queja.

Puede pedirle a un familiar, un amigo, su proveedor o un representante legal que le ayude con su reclamo. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o de la vista, o si necesita servicios de traducción, o ayuda para llenar los formularios, lo podemos ayudar.

Puede contactarnos por teléfono o por escrito a cualquier hora:

- Por teléfono, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711), las 24 horas al día, los siete días a la semana. Fuera del horario normal, puede dejar un mensaje y lo contactaremos durante el siguiente día hábil.
- Puede escribirnos con su reclamo a Healthy Blue, P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466-2429.

Resolución de su queja

Le informaremos por escrito que recibimos su queja en un plazo de 5 días después de recibirla.

- Revisaremos su reclamo y le informaremos por escrito cómo la resolvimos en un plazo de 30 días después de recibirlo.
- Si su queja es acerca de su solicitud para una apelación acelerada (más rápida), le informaremos por escrito cómo la resolvimos en un plazo de 5 días después de recibir su reclamo.

Estos asuntos serán manejados de acuerdo con nuestros Procedimientos de quejas. Puede encontrarlos en línea en healthybluenc.com/north-carolina/benefits/appeal-grievances.html.

Transición de la atención

Su atención cuando cambia de plan médico o de proveedor

- Si se inscribe en Healthy Blue desde otro plan médico, trabajaremos con su plan médico anterior para obtener su información de salud, como su historial de servicios, autorizaciones de servicios y otra información sobre su atención actual en nuestros registros.
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan médico anterior. Después de eso, si es necesario, lo ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para que reciba cualquier servicio adicional si lo necesita.
- En casi todos los casos, sus proveedores bajo su plan médico anterior serán también proveedores de Healthy Blue. Si su proveedor no es parte de nuestra red, hay algunos casos en los que puede seguir acudiendo al proveedor que tenía antes de inscribirse en Healthy Blue. Puede continuar viendo a su proveedor si:
 - Al momento de inscribirse en Healthy Blue, usted está recibiendo un curso de tratamiento continuo o tiene una afección especial en curso. En ese caso, puede pedir seguir viendo a su proveedor por hasta 90 días.
 - Usted tiene más de 3 meses de embarazo al inscribirse en Healthy Blue y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede continuar con su proveedor hasta después de su parto y por hasta 60 días de cuidado posparto.
 - Usted está embarazada al inscribirse en Healthy Blue y está recibiendo servicios de un proveedor de tratamiento de salud del comportamiento. En ese caso, puede continuar con su proveedor hasta después del parto.
 - Usted tiene una cirugía, trasplante de órgano u hospitalización ya programada que su proveedor está realizando. En estos casos, usted puede quedarse con su proveedor hasta el procedimiento programado, el alta hospitalaria y hasta por 90 días de atención de seguimiento.
 - Usted tiene una enfermedad terminal y el proveedor está apoyándolo en su atención. Se considera que usted tiene una enfermedad terminal si su proveedor le ha dicho que espera que tenga seis meses o menos de vida. En ese caso, puede continuar con su proveedor por el resto de su vida.

- Si su proveedor abandona Healthy Blue, le informaremos por escrito en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que sepamos que esto sucederá. Si el proveedor que abandona Healthy Blue es su proveedor de atención primaria (PCP), le informaremos por escrito en un plazo de 7 días a partir de la fecha en que sepamos que esto sucederá. Le diremos cómo puede elegir un nuevo PCP o le elegiremos uno si no toma una decisión en un plazo de 30 días.
- Si quiere seguir recibiendo atención de un proveedor que no está en nuestra red:
 - Su proveedor necesitará solicitar una autorización previa a través de teléfono, fax o nuestro portal de proveedores.
 - Healthy Blue revisa las solicitudes para determinar si el servicio puede ser prestado en la red. Las solicitudes urgentes se revisan dentro de un plazo de 72 horas, las solicitudes de rutina se revisan dentro de un plazo de 14 días. Le enviaremos por correo una carta para informarle sobre nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Derechos y obligaciones del miembro

Como miembro de Healthy Blue, usted tiene ciertos derechos y obligaciones. Healthy Blue respetará sus derechos y se asegurará de que nadie que trabaje para nuestro plan médico, o ninguno de nuestros proveedores, le impida ejercer sus derechos. Además, nos aseguraremos de que conozca sus responsabilidades como miembro de nuestro plan médico. Para obtener una lista completa de sus derechos y responsabilidades como miembro de Healthy Blue, visite nuestro sitio web en healthybluenc.com o llame a Servicios para Miembros y Beneficiarios al 844-594-5070 (TTY 711) de lunes a sábado de 7 a. m. a 6 p. m. hora del Este, para obtener una copia.

Sus derechos

Como miembro de Healthy Blue, usted tiene derecho a:

- Recibir atención con respeto y con consideración para su dignidad y privacidad sin importar el estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad de origen, edad, estado civil, orientación sexual o identidad de género
- Recibir información sobre los servicios que están disponibles para usted
- Que le digan, dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Healthy Blue
- Recibir información de su proveedor de atención primaria (PCP) sobre sus opciones al recibir servicios para que usted o su tutor pueda tomar una decisión informada
- Que su PCP le diga cuáles problemas de salud puede que tenga, lo que se puede hacer por usted y cuál probablemente sería el resultado, en una manera que usted entienda. Esto incluye idiomas adicionales.
- Obtener una segunda opinión sobre su atención
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento

- Dar su aprobación para cualquier plan para su cuidado después de que dicho plan le haya sido explicado en su totalidad
- Rechazar la atención y que le digan qué puede estar arriesgando si lo hace
- Obtener información acerca de su atención médica
- Obtener una copia de su registro médico y hablar sobre el mismo con su PCP
- Pedir, de ser necesario, que su registro médico sea enmendado o corregido
- Estar seguro de que su registro médico sea privado y no será compartido con nadie excepto según lo requiera la ley, el contrato o con su aprobación
- Usar el proceso de reclamos de Healthy Blue para resolver reclamos. También puede contactar al **Defensor de NC Medicaid** en cualquier momento que sienta que no fue tratado de manera justa (consulte la página 54 para obtener más información sobre el Defensor de NC Medicaid).
- Usar el sistema de Audiencia imparcial estatal
- Designar a alguien de su confianza (familiar, amigo o abogado) para que hable en su nombre si no puede hablar por usted mismo sobre su atención y tratamiento
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro, libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza

Sus derechos si es un menor

- Los menores tienen derecho a aceptar algunos tratamientos y servicios sin el consentimiento de sus padres o tutores:
- Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios para ayudar con los trastornos de abuso de alcohol y/u otras sustancias.
- Servicios para ayudar con condiciones emocionales

Sus obligaciones

Como miembro de Healthy Blue, usted acuerda:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Proporcionar a sus médicos la información que necesitan para brindar atención
- Tratar de entender sus problemas de salud y estar de acuerdo en participar en el desarrollo de metas de tratamiento
- Contarle a su PCP sobre información médica y personal que pudiera afectar su salud y la atención prestada

- Ayudar a su médico a conseguir los registros médicos de proveedores que lo hayan tratado en el pasado
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan médico
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas
- Seguir los planes y las instrucciones que usted y su médico hayan acordado
- Hacer preguntas o pedir más explicaciones si no entiende las instrucciones de su médico
- Llamar o regresar a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención de la salud con respeto
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica llamando a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711)
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar, llame lo más pronto posible.
- Usar el Departamento de emergencias solo para emergencias
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si es fuera del horario normal

Cómo cambiar su plan médico (Cancelación de la inscripción)

En periodos establecidos durante su año de beneficios, se le dará la oportunidad de elegir un plan médico diferente sin necesidad de un buen motivo (sin causa justificada). Siempre puede solicitar un cambio de plan médico si tiene un buen motivo (con causa justificada).

Los periodos establecidos en los que **no** necesita una causa justificada para cambiar de plan médico incluyen:

- Al menos una vez cada 12 meses. Por lo general, esto sucede al mismo tiempo que se vuelve a certificar su elegibilidad para Medicaid.
- Durante los primeros 90 días en que Healthy Blue comienza a administrar su atención (puede haber escuchado que esto se llama su periodo de elección). Puede abandonar Healthy Blue e ingresar a otro plan médico en cualquier momento durante los 90 días.

Recibirá una carta informándole cuándo puede cambiar de plan médico sin causa justificada. Durante esos periodos establecidos, puede optar por seguir siendo miembro de Healthy Blue o elegir un plan médico diferente que ofrezca beneficios y servicios en el lugar donde vive.

Si quiere abandonar Healthy Blue en cualquier otro momento, puede hacerlo **solo** con un buen motivo (causa justificada). Algunos ejemplos de causa justificada para cambiar planes médicos incluyen:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- Tiene un familiar en otro plan médico
- Sus servicios relacionados solicitados no están disponibles en nuestra red de proveedores y hay riesgo por recibir los servicios de manera separada
- Su condición médica requiere un tratamiento que no puede recibir en nuestro plan médico

- Su proveedor de Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) ya no está con nuestro plan médico
- No proporcionamos los servicios que necesita debido a razones religiosas o morales
- Otras razones (calidad de atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos, falta de acceso a los proveedores experimentados con tratar con sus necesidades de atención médica)

Si necesita ciertos servicios para abordar las necesidades relacionadas con un desorden de salud mental, trastorno por el uso de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) o lesión cerebral traumática (TBI), usted puede tener otras opciones. Llame al 833-870-5500 (TTY: 833-870-5588 o [RelayNC.com](https://www.relaync.com)).

Cómo solicitar un cambio de plan médico

Puede pedir cambiar de plan médico por teléfono, por correo o electrónicamente. Recibirá ayuda e información para elegir un nuevo plan médico del Agente de inscripción. Si desea cambiar su plan médico, puede hacerlo de una de estas formas:

- Vaya a ncmedicaidplans.gov
- Use la aplicación móvil de NC Medicaid Managed Care
- Llame al 833-870-5500 (TTY: 833-870-5588 o [RelayNC.com](https://www.relaync.com))

También puede pedir un formulario cuando llame para que pueda enviar por correo o fax su solicitud para cambiar su plan médico. Si su solicitud es aprobada, recibirá un aviso de que el cambio se llevará a cabo en una fecha determinada. Healthy Blue le brindará la atención que necesita hasta entonces.

Puede pedir una acción más rápida si piensa que el tiempo del proceso regular causará riesgo a su salud. En ese caso, recibirá un aviso acerca de su solicitud para retirarse del plan médico en un plazo de 3 días desde la solicitud.

Razones por las que puede tener que retirarse de Healthy Blue

También existen algunas razones por las que es posible que deba retirarse de Healthy Blue, incluso cuando no solicitó retirarse de nuestro plan médico. Las siguientes son razones por las que es posible que deba retirarse de Healthy Blue cuando no solicitó retirarse:

- Si se aprueba la solicitud de Healthy Blue de dejar nuestro plan médico
 - Podemos solicitar que se retire de nuestro plan médico solo si sus acciones o su comportamiento limitan significativamente nuestra capacidad para atenderlo a usted o a otros miembros de nuestro plan médico. Healthy Blue **no tiene permitido** solicitarle que se retire de nuestro plan médico debido a un cambio en su estado de salud, su uso de beneficios y servicios, disminución de su capacidad mental o por ningún comportamiento perjudicial debido a sus necesidades de salud.
 - Antes de que Healthy Blue le solicite que se retire de nuestro plan médico, haremos todo lo posible para trabajar con usted para abordar cualquier inquietud que podamos tener al brindarle atención.

- Si se aprueba la solicitud de Healthy Blue para que se retire de nuestro plan médico, recibirá una carta en la que se le informará que nuestra solicitud fue aprobada y que el nuevo plan médico se hará cargo de su atención. Si no le gusta el nuevo plan médico que se hace cargo de su atención, se le dará la opción de elegir un plan médico diferente.
- Si usted pierde su elegibilidad para el programa Medicaid Managed Care (Atención administrada de Medicaid de NC)
 - Puede perder su elegibilidad para el programa Medicaid Managed Care si ocurre alguna de las siguientes situaciones:
 - Permanece en un hogar de ancianos durante más de 90 días seguidos (consulte la página 17 para obtener más información sobre los servicios de enfermería)
 - Se hace elegible y es transferido para tratamiento a un Centro neuromédico propiedad del estado o un hogar para veteranos operado por el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos
 - Cambia en la categoría de elegibilidad de Medicaid
 - Comienza a recibir Medicare

Si ya no es elegible para Medicaid Managed Care (Atención administrada de Medicaid de NC), recibirá una carta informándole que continuará recibiendo sus beneficios y servicios a través de NC Medicaid Direct en lugar de a través de Healthy Blue. Si esto sucede, puede llamar al Centro de contacto de NC Medicaid al 888-245-0179 para obtener ayuda.

- Si pierde su elegibilidad para Medicaid
 - Es posible que tenga que retirarse de nuestro plan médico si se le notifica que ya no es elegible para recibir beneficios y servicios a través del programa de Medicaid. **Si ya no es elegible para Medicaid, recibirá una carta informándole que se suspenderán todos los beneficios y servicios que pueda estar recibiendo bajo el programa.** Si esto sucede, llame a su departamento de Servicios Sociales local.

Audiencias imparciales estatales para decisiones de cancelación de la inscripción

Usted tiene derecho pedir una Audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con una decisión para:

- Rechazar su solicitud para cambiar de planes médicos
- Aprobar una solicitud hecha por Healthy Blue para que usted se retire del plan

La OAH lleva a cabo las audiencias imparciales estatales. Tendrá la oportunidad de proporcionar más información y hechos, y de hacer preguntas sobre la decisión de cambiar su plan médico ante un juez de derecho administrativo. El juez en su Audiencia imparcial estatal no es parte de Healthy Blue en absoluto. En North Carolina, las Audiencias imparciales estatales incluyen una oferta de una sesión de mediación voluntaria y gratuita que se realiza antes de la fecha de la Audiencia (consulte la página 44 para obtener más información sobre las mediaciones).

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal para decisiones de cancelación de la inscripción

Si no está de acuerdo con la decisión de cambiar su plan médico, tiene **30 días** a partir de la fecha de la carta en la que se le notifica la decisión para pedir una Audiencia imparcial estatal. Usted mismo puede pedir una Audiencia imparcial estatal. También puede pedirle a un amigo, un familiar, su proveedor o un abogado que le ayude. Puede llamar al Agente de inscripción al 833-870-5500 (TTY 833-870-5588) si necesita ayuda con su solicitud de Audiencia imparcial estatal.

Puede usar una de las siguientes formas para solicitar una Audiencia imparcial estatal:

- **CORREO:** Llene y firme el Formulario de solicitud de Audiencia imparcial estatal que viene con su aviso. Envíelo por correo a las direcciones que figuran en el formulario.
- **FAX:** Llene, firme y envíe por fax el Formulario de solicitud de Audiencia imparcial estatal que viene con su aviso. Los números de fax figuran en el formulario.
- **POR TELÉFONO:** Llame a la OAH al 984-236-1860 y pida una Audiencia imparcial estatal. Durante esta llamada, recibirá ayuda con su solicitud. Cuando pida una Audiencia imparcial estatal, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarlo, puede ver los registros y los criterios usados para tomar la decisión. Si elige tener alguien que le ayude, debe darle un permiso por escrito. Incluya su nombre e información de contacto en el Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal.

Si usted no está satisfecho con la decisión de su Audiencia imparcial estatal, puede apelar ante la Corte Suprema de North Carolina en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que recibe su decisión de la decisión final de la Audiencia imparcial estatal para apelar ante la Corte Suprema.

Directivas anticipadas

Habrán un momento en que usted no pueda manejar su propia atención de la salud. Si esto sucede, tal vez desee que un familiar u otra persona cercana tome decisiones en su nombre. Al planificar anticipadamente, puede coordinar ahora para que sus deseos se puedan realizar. Una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones que da acerca de la atención de la salud médica y mental que desea si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Es decisión suya hacer una directiva anticipada. Si queda incapacitado para tomar sus propias decisiones y no tiene una directiva anticipada, su médico o proveedor de salud del comportamiento consultará con alguien cercano a usted acerca de su atención. Se recomienda enfáticamente conversar sobre sus deseos para tratamiento médico y de salud del comportamiento con su familia y amigos, ya que esto ayudará a garantizar que usted reciba el nivel de tratamiento que quiere si ya no puede decirle a su médico y otro proveedor de salud física o del comportamiento lo que usted quiere.

North Carolina tiene tres formas en que usted puede hacer una directiva anticipada formal. Estas incluyen testamentos en vida, poder de representación para la atención de la salud e instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental.

Testamento vital

En Carolina del Norte, un “testamento vital” es un documento legal que les dice a otras personas que usted quiere tener una muerte natural si:

- Se enferma de manera incurable con una condición irreversible que resultará en su muerte en un corto periodo de tiempo
- Está inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere el conocimiento
- Tiene demencia avanzada o una afección similar que resulta en una pérdida sustancial del nivel de atención, memoria, razonamiento y otras funciones cerebrales, y es altamente improbable que la afección se revierta

En un testamento vital, puede indicarle a su médico que no use ciertos tratamientos para prolongar la vida, tal como una máquina de respiración (llamada “respirador” o “ventilador”) o que deje de darle alimentos y agua a través de una sonda de alimentación.

Un testamento vital entra en vigencia solo cuando su médico y otro médico determinan que usted cumple una de las condiciones especificadas en el testamento vital. Se le anima a conversar sobre sus deseos con sus amigos, familiares y su médico ahora para que puedan ayudar a garantizar que usted recibe el nivel de atención que quiere al final de su vida.

Poder legal para la atención de la salud

Un **poder legal para la atención de la salud** es un documento legal en el cual usted puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención de la salud para tomar decisiones médicas y de salud del comportamiento en su nombre si queda incapacitado para decidir por sí mismo. Siempre puede decir cuáles tratamientos médicos y de salud del comportamiento quisiera y no quisiera. Debe elegir a un adulto de su confianza para que sea su agente de atención de la salud. Converse sobre sus deseos con las personas que quiere que sean sus agentes antes de ponerlos por escrito.

Nuevamente, siempre es útil conversar sobre sus deseos con su familia, sus amigos y su médico. Un poder de representación para la atención de la salud entrará en vigencia cuando un médico establezca por escrito que usted no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención de la salud. Si, debido a creencias morales o religiosas, usted no quiere que un médico tome esta determinación, la ley brinda un proceso para que alguien que no sea médico lo haga.

Instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental

Una **instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental** es un documento legal que les dice a los médicos y proveedores de salud mental cuáles tratamientos de salud mental usted quisiera y cuáles no quisiera si más adelante queda incapacitado para decidir por sí mismo. También se puede usar para nombrar a una persona para que sirva como custodio si se inician procesos legales de custodia. Su instrucción anticipada para tratamiento de salud

del comportamiento puede ser un documento aparte o puede combinarse con un poder de representación para atención de la salud o un poder de representación general. Una instrucción anticipada para la salud del comportamiento puede ser seguida por un médico o proveedor de salud del comportamiento cuando su médico o un psicólogo elegible determina por escrito que usted ya no puede tomar o comunicar decisiones sobre salud del comportamiento.

Formularios que puede usar para hacer una directiva anticipada

Puede encontrar los formularios de directiva anticipada en sosnc.gov/ahcdr. Los formularios cumplen todas las normas para una directiva anticipada formal. Para obtener más información, también puede llamar al 919-807-2167 o escribir a:

Advance Health Care Directive Registry
Department of the Secretary of State
P.O. Box 29622
Raleigh, NC 27626-0622

Puede cambiar de idea y actualizar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención de la salud de calidad. El único propósito es permitir que otras personas sepan lo que desea si no puede hablar por sí mismo. Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre las directivas anticipadas.

Inquietudes sobre abuso, abandono y explotación

Su salud y bienestar son muy importantes para nosotros. Debería vivir su vida sin temor de abuso o abandono por parte de otros o de alguien que toma ventaja de ellos (explotación). Cualquiera que sospeche de cualquier acusación de abuso, abandono o explotación de un menor (17 años de edad o menos) o un adulto con discapacidad **debe** reportar estas inquietudes al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local. Puede encontrar un listado de las ubicaciones del DSS en dhhs.nc.gov/localdss. También hay normas de que nadie será castigado por hacer un reporte cuando quien reporta está preocupado por la salud y seguridad de una persona.

Se exige a los proveedores que reporten cualquier inquietud de abuso, abandono o explotación de un menor o un adulto discapacitado, que recibe servicios de salud mental, trastorno por el uso de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) o servicios por lesión cerebral traumática (TBI) de un personal no autorizado al DSS local y la Sección de Registro de Personal de Atención Médica de la División de Regulación de Servicios de Salud de North Carolina para una posible investigación. El enlace para la Sección de Registro de Personal de Atención Médica es ncnar.org/verify_listings1.jsp. El proveedor tomará también los pasos para garantizar la salud y la seguridad de las personas que reciben los servicios.

Para obtener información adicional sobre cómo reportar inquietudes, llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711).

Fraude, desperdicio y abuso

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude contra Medicaid, denúncielo. Ejemplos de fraude contra Medicaid incluyen:

- Una persona que no informa todos los ingresos u otro seguro de salud al hacer la solicitud para Medicaid
- Una persona que no recibe Medicaid usa la tarjeta de un miembro de Medicaid con o sin permiso del miembro
- Un médico o una clínica factura por servicios que no fueron proporcionados o no eran médicamente necesarios

Usted puede denunciar las sospechas de fraude y abuso en una de las siguientes formas:

- Llamar a la Línea de información sobre fraude, desperdicio y abuso de programas de Medicaid al 877-DMA-TIP1 (877-362-8471)
- Llamar a la Línea para desperdicio del auditor estatal al 800-730-TIPS (800-730-8477)
- Llamar a la Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los Estados Unidos al 800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Números de teléfono importantes

- Servicios para Miembros 844-594-5070 (TTY 711), de lunes a sábado, de 7 a. m. a 6 p. m.
- Línea para crisis de salud del comportamiento 844-594-5076, las 24 horas del día, los siete días de la semana
- Línea de Enfermería 24/7 844-545-1428, las 24 horas del día, los siete días de la semana
- Agente de inscripción de NC Medicaid 833-870-5500 (TTY 833-870-5588), de lunes a sábados, de 7 a. m. a 5 p. m.
- Defensor de NC Medicaid 877-201-3750
- Centro de contacto de NC Medicaid 800-662-7030
- Servicios para Proveedores 844-594-5072, de lunes a sábados, de 7 a. m. a 6 p. m.
- Línea de servicios para médicos que recetan 844-594-5084, de lunes a sábados, de 7 a. m. a 6 p. m.
- La NC Mediation Network 336-461-3300, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del Este
- Línea de servicios legales gratuitos 866-219-5262, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.; lunes y jueves, de 5:30 p. m. a 8:30 p. m.
- Número de teléfono del Registro de Directivas Anticipadas de Atención de la Salud 919-814-5400, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

- Línea de información sobre fraude, desperdicio y abuso de NC Medicaid 877-362-8471
- Línea para desperdicio del auditor estatal 800-730-TIPS (800-730-8477)
- Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los Estados Unidos 800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) siempre que ocurran estos cambios en su vida:

- Tenga un cambio en elegibilidad para Medicaid
- Dé a luz
- Haya un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, verifique con el Departamento de Servicios Sociales local. Quizás pueda inscribirse en otro programa.

Defensor de NC Medicaid

El Defensor de NC Medicaid es un recurso al que puede contactar si necesita ayuda con sus necesidades de atención de la salud. El Defensor de NC Medicaid es una organización sin fines de lucro operada de forma independiente cuya única función es garantizar que las personas y familias que bajo NC Medicaid y Managed Care tengan acceso a la atención que necesitan.

El Defensor de NC Medicaid puede:

- Responder sus preguntas acerca de los beneficios
- Ayudarle a entender sus derechos y obligaciones
- Proporcionar información sobre NC Medicaid Managed Care
- Responder sus preguntas sobre cómo inscribirse o cancelar su inscripción en un plan médico
- Ayudarle a entender un aviso que haya recibido
- Remitirlo a otras agencias que pueden ayudarlo con sus necesidades de atención de la salud
- Ayudar con problemas que no haya podido resolver con su proveedor de cuidados médicos o su plan médico
- Ser un defensor para usted si está teniendo un problema o un reclamo que afecte el acceso a la atención médica

- Proporcionar información para ayudarlo con su apelación, queja, mediación o audiencia imparcial
- Conectarlo con ayuda legal si la necesita para ayudar a resolver un problema con su atención de la salud

Puede contactar al Defensor de NC Medicaid al **877-201-3750** o ncmedicaidombudsman.org.

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en junio de 2022.

Lea este aviso atentamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Incluye, además, los derechos que tiene de ver y modificar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que usted pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico, obtenemos información acerca de usted de agencias estatales para NC Medicaid. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos aprobar y pagar por su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
 - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas
 - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas
- Si está guardada en una computadora (formato digital):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Cuando la usa o la comparte el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado, hacemos lo siguiente:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos)
 - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla sin su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que médicos, hospitales y otras personas le brinden la atención que usted necesita
- **Para pagos, tratamientos y operaciones de cuidado médico**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros prestadores que nos facturarán su atención
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
 - Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle apoyo y ayudarlo a obtener beneficios y servicios. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos compartirla en intercambios de información de la salud para fines de pagos, tratamientos y operaciones de cuidado médico. Si no desea esto, visite healthybluenc.com para obtener más información.
- **Por motivos relacionados con la industria del cuidado médico**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Con su familia o con una persona que usted designe para que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos da permiso
 - Con una persona que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su atención, pagos, actividades administrativas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir los informes de psicoterapia sobre usted proporcionados por su médico.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Sin embargo, dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI o situaciones en las que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar abusos y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud sobre temas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y su causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para fines de investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI, pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si, enviarla a la dirección que tenemos, implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, operaciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.

- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

¿Qué debemos hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, seguiremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, dígaselo a la persona que llame y no volveremos a contactarnos más por ese medio. También puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **844-594-5070**. Si tiene problemas de audición o sordera, llame al **TTY 711**.

Para ver más información

Para leer más sobre las maneras en que reunimos y usamos su información, sus derechos de privacidad e información detallada sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite

la página de privacidad en nuestro sitio web en healthybluenc.com/north-carolina/privacy-policies.html.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos a su disposición. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo por quejarse.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth St. SW
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le informaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en línea en healthybluenc.com.

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Obtenemos información suya relacionada con la raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género a través de NC Medicaid. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

La usamos para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas que mejoren la salud
- Crear y enviar información de educación sobre salud
- Informarles a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma
- Brindar servicios de interpretación y traducción

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Compartirla con usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedir, usar y compartir la información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros al 844-594-5070 (TTY 711) de lunes a sábado de 7 a. m. a 6 p. m. hora del Este.

healthybluenc.com

Healthy Blue es un plan de Medicaid ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® es una marca de Blue Cross and Blue Shield Association.

Revisado en junio de 2022



Servicios para Miembros

844-594-5070 (TTY 711)

[healthybluenc.com](https://www.healthybluenc.com)

Healthy Blue es un plan de Medicaid ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® es una marca de Blue Cross and Blue Shield Association.