



arkansas
total care™



MANUAL PARA AFILIADOS 2023

Servicios de interpretación

Para los afiliados que no hablan inglés o que no se sienten cómodos hablando inglés, Arkansas Total Care tiene un servicio gratuito para ayudar. Este servicio es muy importante porque usted y su médico deben poder hablar sobre sus preocupaciones médicas o de salud conductual de una manera que ambos puedan entender. Nuestros servicios de interpretación son gratuitos y pueden ayudarle con muchos idiomas diferentes. También tenemos representantes de habla hispana disponibles que pueden ayudarle cuando sea necesario. Los afiliados de Arkansas Total Care que son ciegos o con deficiencia visual pueden llamar a Servicios para los Afiliados para obtener una interpretación oral. Los servicios de interpretación de retransmisión por video o teléfono deben llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Reporte de Abuso, Negligencia o Explotación

Si usted sabe o sospecha que un afiliado está sufriendo cualquiera de los siguientes, comuníquese con Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services) al 1-800-482-5964 o a Servicios de Protección de Adultos (Adult Protective Services) al 1-800-482-8049. Si el afiliado está en peligro, comuníquese con la policía inmediatamente al 911.

- Abuso
- Negligencia
- Explotación
- Maltrato infantil
- Maltrato de adulto



Declaración de no discriminación

Arkansas Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arkansas Total Care no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo

Arkansas Total Care:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Arkansas Total Care al 1-866-282-6280 o TTY: 711. Si considera que Arkansas Total Care no le ha proporcionado estos servicios o que le ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja formal ante: Arkansas Total Care Quality Department, Arkansas Total Care, P.O. Box 25010, Little Rock, Arkansas 72221, 1-866-282-6280 o TTY: 711. Las quejas formales pueden presentarse en persona o por correo, fax o mensaje electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, en Arkansas Total Care estamos listos para ayudarle.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TTY)

Todos los materiales están disponibles para su traducción oral o por escrito, en su idioma y en otros formatos, sin costo alguno, llamando al 1-866-282-6280 o TTY: 711.

French:

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Arkansas Total Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-866-282-6280 or TTY: 711.

Hmong:

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Arkansas Total Care, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-866-282-6280 or TTY: 711.

Korean:

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Arkansas Total Care에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-866-282-6280 or TTY: 711 로 전화하십시오.

Portuguese:

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Arkansas Total Care, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-866-282-6280 or TTY: 711.

Japanese:

Arkansas Total Care について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-866-282-6280 or TTY: 711 までお電話ください。

Hindi:

आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Arkansas Total Care के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बबना ककसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और निकारी प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी दुभाषणसे बात करने के ललए 1-866-282-6280 or TTY: 711 पर कॉल करें।

Gujarati:

જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને Arkansas Total Care વવશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વવના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહત્તી પ્રાપ્ત કરવાનો અવકાર છે. દુભાવણ સાથે વાત કરવા માટે 1-866-282-6280 or TTY: 711.

Índice

Bienvenida y Recursos	9
Manual para Afiliados	10
Directorio de Proveedores	11
Sitio web de Arkansas Total Care	11
Cómo crear una cuenta de afiliado	12
Cómo cambiar su dirección	13
Comité Asesor del Consumidor	13
Mejoramiento de la Calidad (QI, siglas en inglés)	14
Cómo comunicarse con nosotros	15
Su tarjeta de identificación de afiliado	16
Cómo funciona su plan	17
Servicios para los Afiliados	17
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas	18
Coordinación de la atención	18
Administración de la atención	21
Información sobre membresía y elegibilidad	22
Elegibilidad	22
Inscripción	22
Desafiliación/Reinscripción	22
Cambios de vida importantes	23
Beneficios y Servicios	24
Servicios Cubiertos	24
Beneficios	25
Responsabilidad de Pago del Afiliado	27
Cómo Obtener Atención Médica	28
¿Qué es un PCP?	28
Responsabilidades del PCP	29
Cómo elegir a su PCP	30
Cómo cambiar su PCP	30
Cómo hacer una cita con su PCP	30
Citas con su PCP después del horario de oficina	31

Qué hacer si su Proveedor abandona la red de Arkansas Total Care	31
Servicios Médicos	32
Servicios Médicamente Necesarios	32
Autorización Previa	32
Referencias para Atención Médica Especializada	33
Servicios de emergencia	33
Atención médica urgente	33
Sala de Emergencia	34
Farmacia	35
Programa de Farmacia	35
Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, siglas en inglés)	35
Requisitos generales	36
Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	36
Compuestos	37
Doble elegibilidad	37
Surtido de medicamentos durante la transición	37
Suministro de emergencia	38
Medicamentos perdidos, robados o dañados	38
Medicamentos Genéricos Obligatorios	38
Programa de bloqueo de farmacia	38
Manejo de la Salud	40
Evaluación de riesgos de la salud	40
Servicios para la Salud Conductual	40
Defensor de la Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por el proveedor	41
Planificación de servicios centrados en la persona	42
Servicios de planificación familiar	43
Programa del Embarazo — Start Smart for Your Baby®	43
SafeLink Cell Phones®	44
Satisfacción de los Afiliados	45
Proceso de quejas	45
Plazo para resolver la queja	46
Proceso de apelación	47

Audiencia Imparcial Estatal	48
Información Importante para los Afiliados	49
Qué hacer si recibe una factura	49
Otros seguros	49
Programa contra el Desperdicio, Abuso y Fraude (FWA, por sus siglas en inglés)	50
Derechos y Responsabilidades de los Afiliados	51
Cómo cambiar su programa de PASSE	54
Directivas Anticipadas	55
Aviso de Prácticas de Privacidad	59
Glosario de términos	67

Bienvenida y Recursos

Bienvenido(a) a Arkansas Total Care. Arkansas Total Care tiene el compromiso de proporcionar soluciones de salud completas para las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD, siglas en inglés) y necesidades para la salud conductual (BH, siglas en inglés). Nuestro enfoque único, centrado en la persona asegura que cada individuo reciba coordinación de atención médica integral diseñada específicamente para ellos. Con más de 20 años de experiencia, los asociados a Arkansas Total Care proporcionan servicios de apoyo que crean individuos más sanos y felices – a la larga mejorando su calidad de vida en general.

El programa Provider-Led Arkansas Shared Savings Entity (PASSE, siglas en inglés) es un nuevo modelo de atención médica organizada que abordará las necesidades de ciertos beneficiarios de Medicaid que tienen necesidades de servicios complejos para la salud conductual (BH) y discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD). Conforme a este modelo único de atención médica organizada, los proveedores de servicios médicos y especialidades participan en nuevas asociaciones con organizaciones con experiencia que realizan las funciones administrativas de atención médica administrada. Juntos, estos grupos de proveedores y sus asociados de atención médica administrada forman un programa llamado PASSE.

El propósito de PASSE es:

- Mejorar la salud de los habitantes de Arkansas que necesitan niveles intensivos de atención especializada debido a discapacidades de salud mental, intelectuales o del desarrollo.
- Vincular proveedores de cuidado de salud física con proveedores de cuidados para la salud conductual y servicios para individuos con discapacidades del desarrollo.
- Coordinar la atención de las personas con niveles intensivos de necesidades de atención especializada.

Arkansas Total Care es un plan de salud que le proporciona opciones, desde seleccionar a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), hasta participar en programas especiales que ayudan a que usted se mantenga sano(a).

Para obtener más información y servicios visite nuestro sitio web en ArkansasTotalCare.com.

Manual para Afiliados

El Manual para Afiliados es una descripción general de Arkansas Total Care y de su plan. Con este Manual, usted podrá aprender más sobre:

- Sus derechos
- Sus beneficios
- Sus obligaciones

Lea este manual cuidadosamente y manténgalo seguro para uso futuro. Este manual le explica cómo acceder a los servicios de atención de la salud de Arkansas Total Care. También le proporciona información sobre beneficios como:

- Qué está cubierto por Arkansas Total Care
- Qué no está cubierto por Arkansas Total Care
- Cómo obtener la atención que necesita
- Cómo surtir sus recetas
- Lo que tendrá que pagar por su atención médica o sus medicamentos recetados
- Qué hacer si está descontento(a) con su plan de salud o cobertura
- Materiales que recibirá de Arkansas Total Care

Si desea recibir otra copia de este Manual para Afiliados, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Se lo enviaremos sin costo para usted. Además, puede visitar nuestro sitio web en ArkansasTotalCare.com para ver este Manual en línea.

Directorio de Proveedores

Arkansas Total Care tiene una lista de todos los médicos, hospitales y clínicas con los que trabajamos. A esta lista la llamamos Directorio de Proveedores. El Directorio de Proveedores tiene la siguiente información sobre nuestros proveedores:

- Tipo o especialidad (tal como los PCP)
- Dirección y número telefónico
- Horas de consulta
- Accesibilidad de los sitios/instalaciones
- Idiomas que habla (además del inglés)
- Si están aceptando nuevos pacientes de Medicaid

Puede ver el Directorio de Proveedores:

1. Visitando nuestro sitio web en ArkansasTotalCare.com
2. Llamando a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Ellos pueden ayudarle a encontrar un proveedor en su área. También pueden enviarle una copia gratuita de nuestro Directorio de proveedores.

Servicios para los Afiliados también puede proporcionarle información sobre la escuela de medicina y la residencia del proveedor.

Sitio web de Arkansas Total Care

ArkansasTotalCare.com

El sitio web de Arkansas Total Care tiene recursos y características que facilitan la obtención de atención médica de calidad. También le proporciona información sobre sus beneficios y servicios, tales como:

- Manual para Afiliados
- Directorio de Proveedores
- Programas y servicios de Arkansas Total Care
- Noticias y eventos actuales de Arkansas Total Care

Nuestro Portal seguro para Afiliados contiene recursos que mejorarán su experiencia con Arkansas Total Care. En el Portal para Afiliados, usted puede:

- Completar y enviar formularios en línea
- Cambiar su PCP
- Ver las brechas de atención
- Ver los reclamos presentados en su nombre
- Acceder e imprimir una copia de su Tarjeta de Identificación de Afiliado

Cómo crear una cuenta de afiliado

- Paso 1: Visite ArkansasTotalCare.com.
Haga clic en **For Members (Para Afiliados)**.
-
- Paso 2: En **Login to Your Account (Acceda a su cuenta)**, haga clic en **Login Now (Acceda ahora)**.
-
- Paso 3: Haga clic en **Create New Account (Crear nueva cuenta)** para comenzar a crear su cuenta.
-
- Ingrese su dirección de correo electrónico y su nombre completo.
Seleccione su idioma preferido.
- Paso 4: Cree una contraseña.
Haga clic en **Create Account (Crear cuenta)**.
Recibirá un correo electrónico solicitándole que verifique su cuenta.
-
- Acceda con su dirección de correo electrónico y contraseña para finalizar el registro de su cuenta.
- Paso 5: Ingrese su ID de afiliado.
Ingrese su fecha de nacimiento.
Haga clic en **Submit (Presentar)**.
-
- Paso 6: ¡Felicitaciones! Su cuenta segura del Portal para Afiliados ha sido creada.

Cómo obtener ayuda en el Portal para Afiliados

En la parte superior de la pantalla, haga clic en “Message” (Mensaje) para enviar un mensaje a Arkansas Total Care. Recibirá una respuesta a su mensaje en uno o dos días laborables.

También puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Cómo cambiar su dirección

- Paso 1: Visite ArkansasTotalCare.com.
Haga clic en **For Members (Para Afiliados)**.
-
- Paso 2: En **Login to Your Account (Acceda a su cuenta)**, haga clic en **Login Now (Acceda ahora)**.
-
- Paso 3: Haga clic en el icono del perfil.
-
- Paso 4: Haga clic en **Change (Cambiar)** que aparece junto a la dirección actual.
Ingrese su nueva dirección.
-
- Paso 5: Haga clic en **Save (Guardar)**.
La dirección puede tardar hasta 24 horas en actualizarse.

Después de cambiar su dirección en el Portal para Afiliados, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas [Arkansas Department of Human Services (DHS)] para actualizar su dirección con ellos también.

Comité Asesor del Consumidor

El Comité Asesor del Consumidor (CAC, siglas en inglés) es un grupo de afiliados, padres y tutores (inclusive el personal de Arkansas Total Care, según corresponda) que revisa e informa sobre una variedad de temas. El propósito del Consejo Asesor del Consumidor (CAC) es solicitar la opinión de los afiliados y de la comunidad sobre el enfoque y la eficacia de los programas, políticas y servicios de Arkansas Total Care. El CAC es un esfuerzo de colaboración para mejorar el sistema de prestación de servicios en las comunidades locales.

El CAC se comunica a través de múltiples canales para asegurarse de que los afiliados puedan aportar su opinión y hacer preguntas. El CAC permite a Arkansas Total Care hacer preguntas y obtener comentarios de los afiliados. La videoconferencia se puede utilizar según sea necesario para ofrecer a los afiliados la oportunidad de asistir a las reuniones regionales. Las responsabilidades del CAC pueden incluir la revisión de temas y asuntos como los resultados de satisfacción de los afiliados, servicio al cliente y/o esfuerzos para mejorar la calidad, materiales educativos para los afiliados para que sean relevantes, comprensibles y fáciles de usar, entre otros temas.

Para obtener más información sobre el CAC, hable con su Coordinador de la Atención o llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Mejoramiento de la Calidad (QI, siglas en inglés)

Arkansas Total Care se compromete a brindarle atención médica de calidad. Nuestro principal objetivo es promover su salud y ayudarlo a controlar cualquier enfermedad o discapacidad. Nuestro programa está en línea con las prioridades establecidas por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) y del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés). Para promover una atención médica segura, confiable y de calidad, nuestros programas:

- Realizan un control exhaustivo de los proveedores cuando se incorporan a la red de proveedores de Arkansas Total Care.
- Se aseguran de que los afiliados de Arkansas Total Care tengan acceso a todo tipo de servicios de atención médica.
- Proporcionan artículos educativos sobre la atención médica general y enfermedades específicas.
- Envían recordatorios para obtener análisis, tratamientos o pruebas de detección anuales.
- Investigan sus inquietudes con respecto a la atención médica que ha recibido. Si le preocupa la atención que recibió de su médico o cualquier servicio proporcionado por Arkansas Total Care, comuníquese con Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Arkansas Total Care considera que recibir comentarios de afiliados como usted ayudará a mejorar los servicios y la calidad de nuestros programas. Cada año enviamos una encuesta a los afiliados que hace preguntas sobre su experiencia con la atención médica y los servicios que recibe.

Si usted recibe una de nuestras encuestas para afiliados, por favor asegúrese de llenar la encuesta para ayudarnos a servirle mejor. Si desea una copia de nuestro plan de Evaluación de Calidad y Mejora del Desempeño (QAPI, siglas en inglés), comuníquese con nosotros y le enviaremos una.

Cómo comunicarse con nosotros

Arkansas Total Care

P.O. Box 25010

Little Rock, AR 72221

Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora Central

Servicios para los Afiliados: 1-866-282-6280 (TTY: 711)

Servicios de la vista/farmacia: 1-866-282-6280 (TTY: 711)

Otros números de teléfono importantes:

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas:

1-866-282-6280 (TTY: 711)

Servicios de emergencia: 911

Su tarjeta de identificación de afiliado

Le enviaremos por correo su tarjeta de identificación de Arkansas Total Care dentro de los cinco días hábiles siguientes a su inscripción. Esta tarjeta es prueba de que usted es afiliado de Arkansas Total Care. Debe llevarla consigo en todo momento. Muestre su tarjeta cada vez que acuda a cualquier servicio cubierto por Arkansas Total Care. Si es necesario, puede imprimir una tarjeta de identificación de reemplazo desde el Portal para los Afiliados.

Si no recibe su tarjeta de identificación de Arkansas Total Care por correo o no puede imprimir una tarjeta de reemplazo, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

He aquí un ejemplo de una tarjeta de identificación de afiliado de Arkansas Total Care:

	arkansas total care.	 An Arkansas Medicaid Program
NAME: <JANE DOE> MEMBER ID#: XXXXXXXXXXXX		RX: PHARMACY SERVICES 1-800-460-8988 RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV RXGRP: RX5476 PHARMACY HELP DESK: 1-855-266-2596
<hr/> <p>If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or Arkansas Total Care's 24/7 nurse advice line at 1-866-282-6280.</p>		

IMPORTANT CONTACT INFORMATION: Member Services: 1-866-282-6280 TTY: 711, 24/7 Nurse Advice Line: 1-866-282-6280, Vision: 1-844-280-6792	
MEDICAL CLAIMS: EDI Payer for Medical Claims 68069 Arkansas Total Care Attn: Claims P.O. Box 8020 Farmington, MO 63640	PROVIDERS: Provider Services: 1-866-282-6280 IVR Eligibility Inquiry - Prior Auth: 1-866-282-6280 Vision: 1-844-280-6792
VISION CLAIMS: EDI Payer for Vision Claims 56190 Envolve Benefit Options Attn: Claims PO Box 7548 Rocky Mount, NC 27804	EDI/EFT/ERA please visit Provider Resources at ArkansasTotalCare.com

Cómo funciona su plan

Servicios para los Afiliados

Nuestro equipo de Servicios para los Afiliados le dirá cómo funciona Arkansas Total Care. También le ayudarán a obtener la atención que necesita. Servicios para los Afiliados puede ayudarle a:

- Encontrar un proveedor de atención primaria (PCP)
- Obtener una nueva tarjeta de identificación
- Obtener información sobre los beneficios cubiertos y no cubiertos
- Presentar quejas y apelaciones
- Obtener servicios de interpretación
- Obtener información sobre su salud
- Encontrar un médico o especialista en nuestra red
- Informar sobre un posible problema de fraude
- Obtener una copia de los materiales para los afiliados, incluso en otro idioma o formato
- Obtener información sobre la administración de casos

Para hablar con Servicios para los Afiliados, llame al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Hora Central. Las llamadas recibidas mientras nuestras oficinas están cerradas o en días festivos son contestadas por nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería de 24 horas.

Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas

La Línea de Asesoramiento de Enfermería que atiende las 24 horas es una línea telefónica gratuita de información de salud con profesionales médicos que están preparados para ayudarle a responder sus preguntas. La Línea de Asesoramiento de Enfermería está abierta las 24 horas del día, todos los días del año. Los integrantes del personal de enfermería que responden a las llamadas han pasado mucho tiempo cuidando a la gente y están dispuestos a ayudarle.

Si necesita ayuda con algo de lo que se indica a continuación, llame al 1-866-282-6280 (TTY: 711)

- Consejo médico
- Biblioteca de información de la salud
- Respuestas a preguntas sobre su salud
- Consejo sobre un niño enfermo
- Ayuda con la programación de citas con el PCP
- Servicios de traducción
- Emergencias de salud conductual

En algunos casos, es posible que no esté seguro(a) de si necesita acudir a la sala de emergencia (ER). Si no está seguro(a), llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería. Ellos pueden ayudarle a decidir dónde acudir para recibir atención médica. Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.

Coordinación de la atención

Para facilitar la obtención de la atención que necesita, le asignaremos un Coordinador de la Atención que trabajará con usted y sus médicos. Su Coordinador de la Atención es la mejor manera de comunicarse con Arkansas Total Care.

Una vez que sea afiliado de Arkansas Total Care, el equipo de Coordinación de la Atención se comunicará con usted dentro de los 15 días hábiles para realizar la evaluación del servicio y del riesgo para la salud. Esto le ayudará a asignarle un Coordinador de la Atención. A continuación, su Coordinador de la Atención se comunicará con usted y acordará una cita para reunirse con usted en persona y completar un Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP, por sus siglas en inglés).

Los coordinadores de la atención pueden ayudarle a:

- Encontrar un PCP
- Programar una cita con su PCP
- Recibir educación y asesoramiento sobre la salud

- Completar un PCSP
- Coordinar con otros proveedores de atención médica los diagnósticos, la atención ambulatoria y los servicios hospitalarios
- Obtener ayuda con los determinantes sociales de la salud, como el acceso a alimentos sanos y el ejercicio físico
- Realizar actividades centradas en su salud y la de su comunidad, incluida la divulgación y la administración de paneles de pacientes
- Coordinar la administración basada en la comunidad de la terapia con medicamentos
- Presentar quejas y apelaciones
- Obtener servicios de interpretación
- Encontrar un médico o especialista
- Informar sobre un posible problema de fraude
- Obtener una copia de los materiales para los afiliados, incluidos los materiales en otro idioma o formato
- Programar servicios de transporte
- Crear planes de tratamiento para la salud conductual, nutrición, vivienda, trabajo, asuntos relacionados con el sistema judicial o bienestar infantil

Cómo comunicarse con su Coordinador de la Atención

Comuníquese con su Coordinador de la Atención llamando a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Pida hablar con su Coordinador de la Atención.

Cómo comunicarse con nosotros

Arkansas Total Care
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Teléfono: 1-866-282-6280 (TTY: 711)

Correo electrónico: Members@ArkansasTotalCare.com

Horario: de lunes a viernes desde las 8 a.m. hasta las 5 p.m., Hora Central

Después del horario de oficina

Los servicios fuera de horario están disponibles cuando el Centro de atención telefónica está cerrado, incluso después del horario laboral normal, fines de semana, días festivos y en caso de interrupciones telefónicas imprevistas. Llame al departamento de Servicios para los Afiliados al: 1-866-282-6280 (TTY: 711) después del horario de oficina y será transferido a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería. Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería es atendida por personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios después del horario de oficina incluyen, pero no se limitan a:

- Evaluación de emergencia y referencia para afiliados en crisis
- Ayudar a determinar el nivel apropiado de atención de acuerdo con los criterios clínicos, según corresponda

Su Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP, por sus siglas en inglés)

Su Coordinador de la Atención se reunirá con usted y su equipo de planificación para crear un PCSP que identifique todos los servicios que necesita y los proveedores con los que trabajará. Su Coordinador de la Atención programará la reunión en función de cuándo y dónde le gustaría que tuviera lugar, así como de quién le gustaría que asistiera.

Arkansas Total Care revisará todos los servicios que recibe dentro de nuestro plan, le ayudará a identificar cualquier carencia en la atención y considerará la posibilidad de aprobar servicios adicionales o de otro tipo basándose en sus necesidades.

Podemos ayudarle a consultar con profesionales clínicos, como médicos, farmacéuticos, psiquiatras, personal de enfermería y profesionales para la salud conductual, que pueden llevar a cabo revisiones de la atención y hacer recomendaciones si tiene una necesidad de atención compleja. Nuestro personal puede ofrecerle recomendaciones y consultar con sus proveedores.

Para cambiar su Coordinador de la Atención

Para cambiar su Coordinador de la Atención, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Administración de la atención

Nuestro programa de Administración de la Atención se adapta a sus necesidades de salud. Desde la coordinación de la atención hasta la administración de enfermedades, cada uno de nuestros servicios le ayuda a obtener el máximo provecho de sus beneficios.

Nuestros Administradores de la Atención colaboran con los Coordinadores de la Atención y están disponibles para consultas clínicas con el fin de garantizar que usted disponga de una fuente continua de atención para sus necesidades. Trabajan para garantizar la continuidad de la atención en todos los servicios.

Los Administradores de la Atención pueden ayudar a afrontar afecciones o acontecimientos relacionados con la salud, tales como: *

- Cambios en una enfermedad
- Consultas en la sala de emergencias o ingresos hospitalarios
- Educación sobre procesos de la enfermedad
- Caídas u otras lesiones
- Nuevo diagnóstico o medicamento
- Dificultades en el entorno de vivienda o arreglo de trabajo de los seres queridos
- Necesidad de formación adicional
- Transición de un centro residencial o de cuidados intermedios a la comunidad
- Necesidades complejas del alta.

* Esta lista no incluye todas las enfermedades que ayudamos a tratar a través del programa de Administración de la Atención.

Si desea participar en nuestro programa de Administración de la Atención, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). También puede llamar a su Coordinador de la Atención.

Información sobre membresía y elegibilidad

Elegibilidad

Para afiliarse a un programa de la Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por el proveedor (Provider-Led Arkansas Shared Savings Entity, PASSE) deberá completar una evaluación independiente a través de Optum y se haya determinado que tiene necesidades de nivel 2, 3 o 4.

Inscripción

Cada año hay un período de inscripción anual que permite al afiliado cambiar su programa de PASSE. El Estado de Arkansas le enviará una carta indicando que la inscripción abierta se está llevando a cabo. También le indicarán qué puede hacer para cambiar su PASSE. Durante este período de inscripción abierta, usted puede elegir otro plan de salud por cualquier razón. Si tiene preguntas sobre cómo cambiar su PASSE, comuníquese con la línea para los afiliados de AFMC PASSE al 1-833-402-0672.

Desafiliación/Reinscripción

Si usted es desafiliado de Arkansas Total Care, puede ser reincorporado para el mes siguiente sin ningún lapso en la cobertura. Para hacerlo, debe restablecer su elegibilidad e introducirla en el Sistema de Información de Administración de Medicaid (Medicaid Management Information System) (MMIS, por sus siglas en inglés) antes del último día del mes. Para restablecer su elegibilidad, comuníquese con la Oficina de Asistencia Médica de Medicaid al número que se indica a continuación. La decisión de restablecer su elegibilidad proviene del Estado de Arkansas, no de Arkansas Total Care.

Si no se resuelve un lapso de elegibilidad dentro del plazo anterior, no se le reincorporará para el mes siguiente. Se le desafiliará de Arkansas Total Care. Si surge un problema de continuidad de la atención y todas las partes están de acuerdo, se le puede reintegrar a Arkansas Total Care. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad o desea que se restablezca su elegibilidad, llame al centro de llamadas Access Arkansas al 1-800-482-8988.

Cambios de vida importantes

Los cambios de vida podrían afectar su elegibilidad con el Estado. Si usted tiene un cambio importante en su vida, comuníquese con Medicaid Clearinghouse al 1-800-482-8988 dentro de los siguientes 10 días. Es importante informar estos cambios. También debe llamar a Servicios para los Afiliados de Arkansas Total Care al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para informarnos del cambio.

Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida incluyen:

- Un cambio en su nombre
- Mudarse a una dirección diferente
- Un cambio en su trabajo/ingreso
- Un cambio en el tamaño de la familia
- Un cambio en la discapacidad
- Embarazo
- Mudarse a un nuevo condado o estado

Beneficios y Servicios

Servicios Cubiertos

Esta sección describe sus beneficios cubiertos por Arkansas Total Care. Con Arkansas Total Care, usted tiene derecho a recibir servicios médicos y los beneficios enumerados en esta sección. Usted es responsable del pago de cualquier servicio no cubierto. Los beneficios cubiertos se enumeran en esta sección.

Tenga en cuenta que:

- Arkansas Total Care no limitará ni negará los servicios debido a una enfermedad que usted ya tiene.
- Para los servicios que son médicamente necesarios y cubiertos por Arkansas Total Care, usted no tendrá ningún copago, deducibles, u otro costo compartido que requiera que usted pague una porción de la cuota - excepto como se indica en la sección de Responsabilidades del Afiliado.
- Si usted recibe servicios de atención médica que no son médicamente necesarios o si recibe atención de médicos que están fuera de la red de Arkansas Total Care, usted puede ser responsable del pago. Si tiene preguntas sobre la necesidad médica o qué médicos están en su red, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).
- Usted tiene derecho a una segunda opinión de un proveedor sin costo alguno para usted.

Aviso sobre Medicare: Como afiliado, si usted también está cubierto por Medicare, tiene el derecho de continuar consultando con su proveedor de atención primaria (PCP) de Medicare. Después de que Medicare pague su reclamo, Arkansas Total Care pagará sus deducibles de Medicare y las cantidades de coseguro. Para que podamos hacerlo, el proveedor también debe estar registrado en el programa Medicaid de Arkansas.

Beneficios

Para obtener información específica sobre sus beneficios, visite la sección de Servicios para los Afiliados de nuestro sitio web en ArkansasTotalCare.com/members.html.

Para obtener información sobre cualquier beneficio que esté disponible para usted a través de Medicaid de Arkansas y que no esté cubierto por Arkansas Total Care, llame al centro de llamadas de elegibilidad de Access Arkansas al 1-800-482-8988. También puede visitar el sitio web de Medicaid de Arkansas en portal.mmis.arkansas.gov/armedicaid/member/Home/tabid/55/Default.aspx.

El programa PASSE debe asegurarse de que un afiliado tenga acceso a todos los servicios necesarios cubiertos bajo el plan estatal de Medicaid, Exención de Independencia Comunitaria y de Exención de Apoyos Comunitarios y de Empleo (CES, por sus siglas en inglés). Esto incluye servicios de terapia y servicios a través del programa para niños de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódico y Temprano (EPSDT, por sus siglas en inglés).

Servicios de Plan Estatal:

- Cuidado personal
- Proveedor de atención primaria (PCP)
- Equipo médico duradero
- Terapia Ocupacional
- Terapia del habla
- Médicos Especialistas
- Farmacia
- Servicios hospitalarios
- Terapia Física
- Servicios de enfermería
- Planificación familiar
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Asesoramiento de salud conductual para pacientes ambulatorios

Servicios de Exención de Apoyos Comunitarios y de Empleo (CES):

- Relevo
- Empleo con Apoyo
- Vida con Apoyo
- Servicios de Transición a la Comunidad
- Apoyo Suplementario
- Suministros médicos especializados
- Equipo de adaptación
- Modificaciones ambientales
- Consulta
- Intervención en casos de crisis

Servicios de Exención de Independencia Comunitaria:

- Empleo de apoyo
- Relevo planeado
- Relevo de Emergencia
- Asistencia para el Comportamiento
- Apoyo de los compañeros
- Socios de Apoyo Familiar
- Tratamiento diurno de rehabilitación para adultos
- Apoyo para niños y jóvenes
- Desarrollo de habilidades para la vida individual
- Intervención en caso de crisis
- Intervención móvil en caso de crisis
- Hogar Anfitrión Terapéutico
- Comunidades Terapéuticas
- Vivienda de apoyo
- Hospitalización parcial
- Programa de Reintegración Comunitaria
- Habilidades de apoyo para la vida
- Desarrollo de habilidades para la vida en grupo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Tratamiento intensivo en el hogar

Servicios que no están cubiertos por PASSE, pero que están cubiertos por Medicaid:

- Transporte médico que no es de emergencia (NET, siglas en inglés)
- Transporte de ida y vuelta a un centro de tratamiento diurno de intervención temprana (EIDT, por sus siglas en inglés) y a un centro de tratamiento diurno para el desarrollo de adultos (ADDT, por sus siglas en inglés)
- Beneficios dentales en un programa capitalizado
- Servicios basados en la escuela proporcionados por los empleados de la escuela
- Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Las estancias limitadas de rehabilitación no son un servicio SNF excluido
- Servicios en centros de vida asistida
- Servicios en los Centros de Desarrollo Humano (HDC, por sus siglas en inglés). Las estadías de relevo y la admisión condicional en HDC no son servicios excluidos
- Servicios de exención prestados a ancianos y adultos con discapacidades físicas a través del programa ARChoices in Homecare, el programa Arkansas Independent Choices (IC) o una exención sucesora para ancianos y adultos con discapacidades físicas.
- Trasplantes
- Abortos, excepto como se permite por la ley estatal o federal

Responsabilidad de Pago del Afiliado

Cuándo tiene que pagar y cuándo no

Arkansas Total Care cubrirá la mayoría de sus facturas médicas, pero hay algunos casos cuando los servicios no están cubiertos o los servicios son limitados. Usted no debe recibir ninguna factura si el servicio médico que recibió es un beneficio cubierto de Arkansas Total Care. Usted será responsable de todos los servicios no cubiertos. La información sobre los servicios cubiertos y no cubiertos se encuentra en este manual y en el sitio web de Arkansas Total Care.

Los afiliados deben seguir las siguientes pautas:

- Preguntar siempre si el servicio está cubierto antes de recibirlo.
- Si desea saber si un código de procedimiento específico o un artículo de farmacia está cubierto, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).
- Si recibe un servicio no cubierto, es posible que su proveedor le pida que firme una declaración en la que se compromete a pagar por el servicio.
- Usted debe consultar con un proveedor que acepte su identificación de afiliado de Arkansas Total Care. Si usted es un afiliado de Arkansas Total Care, debe utilizar un proveedor de la red de Arkansas Total Care. Si no lo hace, es posible que tenga que pagar la factura.
- Muestre su identificación de afiliado de Arkansas Total Care en el momento de recibir el servicio o artículo. Si no lo hace, es posible que tenga que pagar la factura.
- Si su proveedor le sugiere que reciba un servicio que no está cubierto, deberá pagar por ese servicio si decide recibirlo.
- Si usted solicita un servicio que no está cubierto, debe pagar por ese servicio.

Cómo Obtener Atención Médica

¿Qué es un PCP?

Cuando se inscribe en Arkansas Total Care, usted debe escoger a un proveedor de atención primaria (primary care provider; PCP). Su PCP es un médico con quien consulta en forma regular para que se encargue de sus necesidades médicas. Arkansas Total Care recomienda que consulte con su PCP en los primeros 90 días de convertirse en afiliado, aun si no está enfermo. Usted deberá recibir toda la atención médica básica de su PCP. Usted puede llamar a su PCP cuando esté enfermo y no sabe qué hacer. Consultar con su médico para revisiones médicas regulares ayuda a detectar tempranamente problemas de salud. Esto puede ayudar a prevenir acudir a la sala de emergencia.

Si nunca ha consultado con su PCP, debe llamar a su PCP tan pronto como se inscriba en Arkansas Total Care. Preséntese usted mismo como un nuevo afiliado, y haga una cita en los primeros 90 días para una consulta preventiva. Es mejor no esperar hasta que esté enfermo para reunirse con su médico por primera vez.

Tres pasos fáciles para establecer una relación con el PCP:

1. Seleccione un médico. Usted podrá cambiar a un médico diferente durante nuestra llamada de bienvenida al nuevo afiliado. También puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). También puede informar a su Coordinador de la Atención que desea cambiar de médico.
2. Haga una cita con su médico después de convertirse en afiliado(a) de Arkansas Total Care.
3. Hable con su médico sobre cualquier problema de salud que tenga.

Responsabilidades del PCP

Su PCP hará lo siguiente:

- Asegurarse que usted obtenga todos los servicios médicos necesarios de manera oportuna.
- Seguimiento de la atención médica que recibe de otros proveedores médicos.
- Proporcionar toda atención médica continua que necesite.
- Actualizar su expediente médico. Esto incluye llevar un registro de toda la atención que recibe de su PCP y especialistas.
- Proporcionar servicios de la misma manera para todos los pacientes.
- Realizarle sus exámenes físicos regulares.
- Proporcionar atención médica preventiva.
- Administrar sus vacunas regulares.
- Asegurarse que puede comunicarse con él/ella o con otro médico en todo momento.
- Hablarle sobre qué son las Directivas Anticipadas y archivarlas en su expediente médico.

Cómo elegir a su PCP

Arkansas Total Care tiene una lista de todos los proveedores de nuestra red en nuestro sitio web. Al utilizar nuestra herramienta Encuentre un proveedor, verá una lista de médicos y hospitales. También podrá ver su información de contacto y especialidades. Nuestro Directorio de Proveedores le mostrará las direcciones, números de teléfono y cualquier idioma que hable el proveedor. Cuando elija un PCP, busque uno de los siguientes:

- Médico de familia
- Médico general
- Medicina Interna
- Enfermero(a) Practicante
- Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN)
- Asistente Médico

Los especialistas pueden ser su PCP para necesidades especiales, a solicitud. Arkansas Total Care trabaja para tener la mejor red de proveedores para todos nuestros afiliados. Cada día se añaden nuevos médicos, así que consulte nuestro sitio web ArkansasTotalCare.com para ver si se han añadido nuevos proveedores. Si desea una copia gratuita de nuestro Directorio de Proveedores o desea saber más sobre un PCP antes de elegir, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Las pacientes pueden tener acceso directo a especialistas en la salud femenina, además de su PCP, si su PCP no es un especialista en la salud femenina.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si desea un nuevo PCP, comuníquese con su Coordinador de Atención o con Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). También puede cambiar de PCP en el Portal para Afiliados. Llame a Servicios para los Afiliados o a su Coordinador de la Atención al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para comunicarnos si ha cambiado de PCP.

Cómo hacer una cita con su PCP

Una vez que haya seleccionado a un PCP, haga una cita para consultarlo en un plazo de 90 días. Esto le dará a usted y a su PCP la oportunidad de conocerse entre sí. Su PCP puede proporcionarle atención médica, consejos, e información sobre su salud.

Llame al consultorio de su PCP para hacer una cita. Recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación de afiliado de Arkansas Total Care cada vez que vaya al consultorio del médico.

Si tiene dificultad para conseguir una cita con su médico, llame a su Coordinador de la Atención o a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Citas con su PCP después del horario de oficina

Usted puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información acerca de recibir atención médica en su área. Si tiene un problema médico o una pregunta y no puede comunicarse con su PCP durante las horas de oficina normales, puede llamar a su Coordinador de la Atención o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas. Si tiene una emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

IMPORTANTE: Si no puede acudir a una cita, llame al consultorio del médico para cancelar al menos con 24 horas de antelación. Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio del médico tan pronto como sea posible. Ellos pueden hacer una nueva cita para usted. Si necesita ayuda para obtener una cita, llame a su Coordinador de la Atención al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Qué hacer si su Proveedor abandona la red de Arkansas Total Care

Si su PCP está planeando dejar la red de proveedores de Arkansas Total Care, le enviaremos un aviso antes de la fecha en que esto ocurra, o tan pronto como se nos informe. Su Coordinador de la Atención trabajará con usted para encontrar un nuevo PCP, o le asignaremos otro PCP para que siempre tenga acceso a la atención que necesita. Le enviaremos una carta identificando a su nuevo PCP. Si desea un PCP diferente, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Arkansas Total Care puede aprobar visitas con su médico hasta 90 días después de que él/ella abandone la red. Podemos hacer esto si usted está en tratamiento activo con su médico. Las afiliadas en el segundo o tercer trimestre de embarazo pueden mantener al mismo médico hasta después de la primera visita posparto. Durante este tiempo, le ayudaremos a encontrar un nuevo médico. Recibirá los mismos servicios cubiertos. El médico debe estar de acuerdo en:

- Tratar sus necesidades de atención médica
- Aceptar la misma tarifa de pago de Arkansas Total Care
- Seguir las normas de garantía de calidad de Arkansas Total Care
- Seguir las políticas de Arkansas Total Care sobre la autorización previa y el uso de un plan de tratamiento
- Proporcionar la información médica necesaria relacionada con su atención médica

La cobertura continua sólo está disponible si su PCP o especialista no fue cancelado por Arkansas Total Care debido a la calidad de la atención.

Servicios Médicos

Servicios Médicamente Necesarios

Los servicios cubiertos que usted reciba deben ser médicamente necesarios. Esto significa recibir la atención adecuada, en el lugar adecuado y en el momento adecuado. Arkansas Total Care utiliza pautas estándar para verificar la necesidad médica. Arkansas Total Care no recompensa a sus proveedores de la red ni a su personal por negarle atención.

Autorización Previa

Cuando necesite atención, comience siempre con una llamada a su proveedor de atención primaria (PCP). Algunos servicios cubiertos pueden requerir autorización previa o revisión por parte de Arkansas Total Care antes de que se proporcionen los servicios. Esto incluye servicios o consultas con un proveedor fuera de la red y algunos especialistas. Los servicios de salud en el hogar y algunas cirugías también necesitan ser revisados. Su médico le puede informar si un servicio necesita ser revisado. La lista se puede encontrar en nuestro sitio web en Arkansas Total Care en ArkansasTotalCare.com. También puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para saber si algo necesita ser revisado por nosotros. No se requieren autorizaciones previas para los servicios médicos de emergencia.

Su médico nos proporcionará información y documentación sobre los motivos por los que necesita el servicio. Arkansas Total Care buscará si el servicio está cubierto y si es apropiado. Arkansas Total Care tomará la decisión tan pronto como sea posible, basándose en su enfermedad.

Las autorizaciones previas para servicios no urgentes pueden realizarse dentro de los dos días hábiles de que Arkansas Total Care reciba toda la información que necesitamos para completar nuestra revisión del servicio. Su médico recibirá una carta si el servicio es aprobado o denegado.

Para los servicios urgentes, se tomará una decisión en el plazo de un día laborable después de que Arkansas Total Care reciba toda la información necesaria para completar la revisión de la necesidad médica.

Para solicitudes urgentes, Arkansas Total Care hará un intento razonable de llamar a su proveedor con la decisión. Si usted o su médico no están satisfechos con la decisión, puede solicitar una segunda revisión. Esto se llama apelación. Consulte la sección Satisfacción de los Afiliados en este Manual para obtener más información sobre las apelaciones.

Si hay algún cambio importante en el proceso de Autorización Previa, se lo haremos saber a usted y a sus médicos de inmediato.

Referencias para Atención Médica Especializada

Su PCP puede solucionar muchas de sus necesidades más comunes. De vez en cuando, es posible que necesite consultar con un médico por problemas médicos, afecciones, lesiones y/o enfermedades específicas. Si este es el caso, usted tiene la opción de consultar con un especialista.

El especialista es un médico que trabaja en un área de la atención médica. Algunos ejemplos de especialistas son médicos que sólo se dedican a tratar enfermedades del corazón, la piel o los huesos.

Usted puede consultar con un especialista en cualquier momento. Arkansas Total Care no tiene un requisito de referencia. Las referencias no son necesarias, pero pueden ser útiles.

Su PCP puede ayudarle a encontrar un especialista, o usted puede consultar directamente con el especialista. Si el especialista que desea consultar no pertenece a la red de Arkansas Total Care, es posible que necesite obtener una Autorización Previa antes de consultar con el especialista. Vea la sección de Autorización Previa de este Manual para obtener más detalles.

Tenga en cuenta que algunos especialistas no lo recibirán sin una referencia. Si tiene preguntas sobre cómo obtener una referencia, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Si tiene una emergencia, llame al 911.

Servicios de emergencia

Atención médica urgente

La atención urgente no es lo mismo que la atención de emergencia. La atención médica urgente es necesaria cuando usted tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada dentro de 48 horas. Por lo general no pone en peligro la vida, sin embargo, usted no puede esperar para una consulta con su PCP.

Llame a su Coordinador de la Atención después de haber consultado en un Centro de Atención Urgente o una sala de emergencias.

Sala de Emergencia

Las salas de emergencias son para cualquier situación que pueda poner en peligro su vida (o la de su feto, si está embarazada). Cualquier situación que pueda poner en peligro su vida sin atención médica inmediata es una situación de emergencia. Las salas de emergencia atienden lesiones accidentales o la aparición de lo que parece ser una afección médica.

Acuda a la sala de emergencias si su médico se lo indica o si tiene una emergencia que pone en peligro su vida. Si su médico no le recomienda que acuda a la sala de emergencia, o si su enfermedad no es potencialmente mortal, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP puede proporcionarle atención e indicaciones por teléfono.
- Si sucede después del horario de oficina y no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Se le comunicará con un(a) enfermero(a).

Acuda a la sala de emergencia si tiene:

- Dolor fuerte en el pecho o ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Envenenamiento
- Quemaduras graves
- Choque (*shock*). Usted puede sudar, sentir sed, mareos, o tener palidez de la piel.
- Convulsiones o ataques
- Problema para respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar
- Dolor dental fuerte o hinchazón
- Si está embarazada, en trabajo de parto y/o sangrado
- Si siente que desea dañarse a sí mismo(a) o dañar a otras personas
- Heridas por arma de fuego o cuchillos

Acuda a un Centro de Atención Urgente o llame a su PCP si usted tiene/necesita:

- Si tiene gripe, dolor de garganta, y dolor de oídos
- Tiene un esguince o torcedura
- Un corte o rasguño que no necesita puntos de sutura
- Para obtener más medicamento o surtir una receta

Usted puede usar esta lista como ayuda para decidir a dónde debe acudir para recibir atención médica. Tenga en cuenta que no incluye todas las razones por las que puede necesitar consultar con su PCP, un Centro de Atención Urgente o la sala de emergencias.

Farmacia

Programa de Farmacia

Los afiliados de Arkansas Total Care pueden usar sus beneficios de medicamentos recetados acudiendo a una farmacia que se encuentre en la red de Arkansas Total Care. Los afiliados deben llevar siempre consigo su identificación de afiliado de Arkansas Total Care cuando surtan una receta.

Arkansas Total Care no cubre todos los medicamentos. Si tiene preguntas sobre qué medicamentos cubre Arkansas Total Care, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, siglas en inglés)

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista que muestra qué medicamentos son preferidos bajo el beneficio de farmacia. Esta lista es actualizada por Medicaid de Arkansas. Esta lista puede cambiar a lo largo del año. Puede acceder a esta lista visitando [ArkansasTotalCare.com/members/pharmacy.html](https://www.arkansasTotalCare.com/members/pharmacy.html). La PDL no enumera todos los medicamentos cubiertos ni todos los límites de cobertura.

Arkansas Total Care no cubre todos los medicamentos y algunos tienen límites. Estos límites pueden incluir, entre otros:

- Límites de edad
- Límites de cantidad
- Requisitos de autorización previa

Su médico puede solicitar una autorización de cobertura fuera de estos límites. Encontrará instrucciones sobre cómo obtener una autorización previa en nuestro sitio web en [ArkansasTotalCare.com/providers/pharmacy.html](https://www.arkansasTotalCare.com/providers/pharmacy.html). Si tiene preguntas sobre qué medicamentos están cubiertos por Arkansas Total Care, o sobre las limitaciones que pueda tener un medicamento, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Requisitos generales

Todas las recetas están sujetas a ciertos límites. Éstos incluyen:

- Los medicamentos pueden surtirse hasta por un máximo de 31 días.
- Arkansas Total Care puede requerir que se haya usado hasta el 90% de su medicamento antes de que tenga disponible un resurtido. Pueden aplicarse ciertas excepciones. Consulte la sección Medicamentos perdidos, robados o dañados de este Manual para obtener más información.
- Para que un medicamento esté cubierto, debe ser recetado por un proveedor registrado en el programa Medicaid de Arkansas.
- Para estar cubiertas, las recetas deben surtirse en una farmacia de la red de Arkansas Total Care.
- Muestre su identificación de afiliado de Arkansas Total Care al farmacéutico cuando le surtan su receta. Si no lo hace, es posible que tenga que pagar la factura.
- Diferentes compañías pueden fabricar los mismos medicamentos. Para que su receta esté cubierta, la compañía que fabrica el medicamento debe estar inscrita en el Programa de reembolso de medicamentos de Medicaid (Medicaid Drug Rebate Program) (MDRP, por sus siglas en inglés).

A continuación, encontrará información sobre otros límites y la cobertura de determinados tipos de recetas médicas.

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)

Arkansas Total Care cubre ciertos medicamentos de venta libre (OTC). Todos los medicamentos de venta libre cubiertos aparecen en la PDL o en la Lista de medicamentos de venta libre cubiertos por Medicaid de Arkansas. Para que un medicamento de venta libre esté cubierto por Arkansas Total Care, éste debe estar escrito en una receta válida por un proveedor autorizado y cumplir con los demás límites establecidos en este Manual. Los medicamentos de venta libre que no cumplan con estos límites no están cubiertos por Arkansas Total Care.

Compuestos

Arkansas Total Care puede cubrir las solicitudes de recetas de compuestos elaborados a partir de dos o más ingredientes. Las recetas de compuestos deben tener al menos un ingrediente que pueda ser cubierto para que el medicamento en su totalidad sea cubierto. Si uno o más de los ingredientes no están cubiertos por Arkansas Total Care, Arkansas Total Care no pagará por esos ingredientes.

Si el farmacéutico decide proporcionarle un medicamento compuesto, aunque algunos de los ingredientes no estén cubiertos, usted no será responsable del costo de dichos ingredientes.

Doble elegibilidad

Arkansas Total Care no cubre ningún medicamento cubierto por la Parte D de Medicare para los afiliados que reciben beneficios de Medicare conforme a la Parte A o la Parte B.

Arkansas Total Care cubrirá una lista limitada de medicamentos que están excluidos de todos los planes de la Parte D. Una lista de los productos que pueden ser cubiertos para los afiliados con doble elegibilidad se puede encontrar en el sitio web de Medicaid de Arkansas en [Arkansas.magellanrx.com/provider/docs/rxinfo/1927d.pdf](https://arkansas.magellanrx.com/provider/docs/rxinfo/1927d.pdf).

Surtido de medicamentos durante la transición

Algunos límites de medicamentos están exentos durante los primeros 90 días de afiliación. Arkansas Total Care renuncia a ciertos límites de medicamentos para permitir la transición de la atención. Las limitaciones eliminadas pueden incluir, entre otras:

- Requisitos de autorización previa
- Medicamentos no preferidos
- Ciertos límites de cantidad
- Límites de edad

La cantidad máxima de medicamentos que Arkansas Total Care permitirá surtir durante este período es un suministro para 93 días. La única manera de extender su suministro es obtener una Autorización Previa de Arkansas Total Care. En ciertos casos, Arkansas Total Care extenderá una Autorización Previa para surtidos durante la transición hasta el final del siguiente año de calendario. Si esto sucede, se requerirá una nueva Autorización Previa al final del año.

Suministro de emergencia

Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa de Arkansas Total Care o estar sujetos a otros límites. Una farmacia puede dispensar un suministro de medicamentos de 72 horas (tres días) a cualquier afiliado que esté esperando una revisión de Autorización Previa. El propósito de otorgarle este suministro de medicamentos de emergencia es evitar una interrupción de la terapia actual o retrasar el inicio de la terapia.

Todas las farmacias de la red de Arkansas Total Care están autorizadas para surtir un suministro de medicamentos de 72 horas. Se pagará a la farmacia por el suministro de 72 horas de medicamentos, se apruebe o no la solicitud de Autorización Previa. Se puede obtener una anulación de suministro de emergencia haciendo que la farmacia llame a la Línea de Ayuda de Envolve Pharmacy Solutions al 1-800-460-8988.

Medicamentos perdidos, robados o dañados

En caso de pérdida, deterioro o robo de su receta, se le concederá una anulación por año. En caso de catástrofe natural, podrá solicitar una anulación adicional.

Si le han robado la receta, debe presentar una denuncia policial para que se la surtan. Si le han robado el medicamento y necesita una anulación, lleve la denuncia policial a su farmacia. Su farmacéutico deberá llamar a la Línea de Ayuda de Envolve Pharmacy Solutions al 1-800-460-8988. El personal de la Línea de Ayuda le indicará a su farmacéutico cómo enviarles por fax la denuncia policial. Una anulación no puede ser dada a menos que un informe policial sea enviado por su farmacéutico y recibido por Envolve Pharmacy Solutions.

Medicamentos Genéricos Obligatorios

Para la mayoría de los medicamentos, el farmacéutico debe proporcionarle un medicamento genérico cuando haya uno disponible. Si hay un medicamento genérico preferido, el medicamento de marca no estará cubierto sin la Autorización Previa de Arkansas Total Care. Si usted y su proveedor consideran que un medicamento de marca es medicamento necesario, su proveedor puede solicitar una Autorización Previa para cubrir el medicamento de marca.

Programa de bloqueo de farmacia

Arkansas Total Care revisa los perfiles de los afiliados para promover la seguridad del paciente y el uso adecuado de los beneficios de farmacia. Nosotros podemos decidir que será útil para usted surtir sus recetas en una sola farmacia. Esto se llama Programa de bloqueo de farmacia. Arkansas Total Care usa varios factores para decidir si un afiliado se beneficiaría de un Programa de Bloqueo de Farmacia.

Los factores que usamos para determinar esto incluyen, pero no se limitan a:

- Si el afiliado ha usado varias farmacias o profesionales que le han recetado medicamentos en un periodo de 30 días
- Si el afiliado usa una combinación de medicamentos no recomendada por las pautas clínicas actuales ni por la FDA (como la combinación de opioides y benzodiazepinas).
- Si el afiliado usa medicamentos en dosis diarias superiores a las recomendadas por las fuentes clínicas actuales.

Si se le inscribe en el Programa de bloqueo de farmacia, Arkansas Total Care elegirá una farmacia inicial basándose en el lugar donde usualmente surte sus recetas. Le enviaremos una carta por correo indicándole cuándo comienza su bloqueo y dónde puede surtir sus recetas. Todas las recetas deberán surtirse en la farmacia seleccionada por Arkansas Total Care. Arkansas Total Care no cubrirá ninguna receta surtida fuera de esta farmacia.

El bloqueo continuará durante al menos un año de calendario. En algunos casos, Arkansas Total Care puede decidir que sería útil que el bloqueo continuara.

Si desea apelar la decisión de incluirle en un programa de bloqueo de farmacia, tendrá 30 días para hacerlo. Envíe su solicitud por escrito a:

Arkansas Total Care

Attn: Appeals Department
P.O. Box 2010
Little Rock, AR 72221

Si la farmacia que seleccionamos no le conviene, se le concederá una primera solicitud de cambio de farmacia. Puede solicitar este cambio llamando a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Cualquier solicitud adicional de cambio de farmacia requerirá una prueba de cambio de residencia. Entre los ejemplos de prueba de residencia se incluyen un permiso de conducir estatal, un documento de identidad estatal, una factura de servicios públicos a su nombre, un contrato de arrendamiento a su nombre, etc.

Si la farmacia en la que está bloqueado no tiene su medicamento, puede usar otra para un suministro de 72 horas. La otra farmacia debe pertenecer a la red de Arkansas Total Care. Para surtir un suministro de 72 horas, la farmacia debe llamar a la Línea de Ayuda de Envolve Pharmacy Solutions al 1-800-460-8988.

Manejo de la Salud

Evaluación de riesgos de la salud

Arkansas Total Care desea saber cómo podemos servirle mejor. Una manera de hacerlo es pidiéndole que llene el Formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud que se encuentra en el Portal para Afiliados. Este formulario nos brinda información para determinar sus necesidades. Se puede acceder al Portal de Afiliados en Member.ArkansasTotalCare.com. Si tiene preguntas sobre el formulario, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Servicios para la Salud Conductual

Arkansas Total Care cubrirá sus necesidades de salud conductual. Usted puede acudir a cualquier proveedor para la salud conductual de nuestra red. Asegúrese de consultar la lista de proveedores de Arkansas Total Care que se encuentra en nuestro sitio web. También puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

La atención para la salud conductual incluye la atención de las personas que abusan de las drogas o el alcohol o que necesitan otros servicios para la salud conductual. Llámenos para que especialistas en salud conductual le ayuden a usted o a un miembro de su familia con cualquier problema de drogas y alcohol. Usted no necesita una referencia de un médico para estos servicios. Le ayudaremos a encontrar el proveedor adecuado. Llame al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para obtener ayuda de inmediato. Nuestra línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas significa que estamos a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.

¿Cómo puede ayudar Arkansas Total Care?

Tenemos Coordinadores de la Atención y un equipo de Servicios para los Afiliados que pueden ayudarle con lo siguiente:

- Localización de proveedores
- Programación de citas
- Servicios de interpretación

Qué hacer en caso de una emergencia de la salud conductual

Debe llamar al 911 si usted o un miembro de su familia sufre una emergencia de salud conductual que ponga en peligro su vida. También puede acudir al centro de salud de su comunidad local, a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Si usted o su familiar no tiene una emergencia de salud conductual pero necesita servicios de salud conductual, no tiene que esperar a que ocurra una emergencia para obtener ayuda. Llame a nuestra línea de Asesoramiento de Enfermería de 24 horas al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Podemos ayudarle a usted o a su familiar con depresión, enfermedades del

comportamiento (conductuales), abuso de sustancias o preguntas sobre emociones. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Defensor de la Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por el proveedor

Arkansas Total Care es una Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por el proveedor (PASSE, por sus siglas en inglés). Como participante del programa PASSE, tiene derecho a acceder a la Oficina del Defensor de PASSE.

Un Defensor de PASSE es una persona que le ayudará cuando:

- Necesita ayuda para resolver un problema con Arkansas Total Care
- Cree que no está recibiendo la atención que necesita
- Cree que se están violando sus derechos

El Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) emplea a la Oficina del Defensor de PASSE. Las acciones de la Oficina son totalmente suyas, independientes de Arkansas Total Care. Las quejas sobre el incumplimiento de las leyes y reglamentos sobre Directivas Anticipadas pueden presentarse en la línea directa del Defensor de PASSE. Las quejas relacionadas con los servicios de PASSE también pueden presentarse en la línea directa.

Existen cuatro formas de comunicarse con la Oficina del Defensor de PASSE:

Por teléfono:

1-844-843-7351. Las personas con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar gratuitamente al 1-888-987-1200 y seleccionar la opción 2.

Por correo electrónico:

Envíe sus problemas o quejas por correo electrónico a PASSEombudsmanOffice@dhs.arkansas.gov.

Por correo normal:

Division of Medical Services
Office of Ombudsman
P.O. Box 1437 Slot S-418
Little Rock, AR 72203

Por fax:

501-404-4625

Planificación de servicios centrados en la persona

¿Qué es un Plan de servicios centrados en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés)?

La planificación de servicios centrados en la persona es un proceso continuo que le ayuda a elaborar un plan para su futuro. En la planificación centrada en la persona, su equipo se centrará en usted y en sus objetivos de salud para el año.

A través de este proceso, llegamos a saber quién es usted para poder atender mejor sus necesidades. Usted y las personas que haya elegido dirigen este proceso. Ayuda a identificar sus puntos fuertes, preferencias y necesidades. Este equipo trabajará conjuntamente para elaborar un PCSP.

Un PCSP es un plan integral de atención desarrollado para ayudar a quienes reciben servicios de discapacidad intelectual y del desarrollo (IDD) y de salud conductual (BH). El proceso PCSP guía la prestación de servicios y apoyo para lograr resultados en las áreas de su vida que son más importantes para usted.

Usted dirige la planificación. Su Coordinador de la Atención y el equipo del PCSP trabajarán con usted para identificar sus puntos fuertes, preferencias y necesidades.

El PCSP puede:

- Apoyarle de una forma diferente, centrándose en lo que es importante para usted.
- Proporcionarle control, ofreciéndole opciones sobre su atención. Un PCSP identifica oportunidades para participar activamente en su comunidad a través del voluntariado o el empleo.
- Reconocer sus puntos fuertes, intereses y objetivos. Un PCSP le ayuda a alcanzar sus objetivos en un entorno de equipo.
- Le rodea de un círculo de apoyo, en el que su equipo de proveedores trabajará conjuntamente para desarrollar un plan con usted y llevarlo a cabo.

¿Cómo funciona un PCSP?

- Usted elige quién quiere que forme parte de su equipo PCSP. Familiares, amigos, médicos y otras personas que conozcan su vida son buenas opciones.
- Una vez que haya reunido a su equipo, programaremos su reunión de desarrollo del PCSP. La reunión se celebrará a la hora y en el lugar que más le convengan.
- Tendrá todo el control que desee y podrá contar con la ayuda de las personas en las que confía. Habrá un Coordinador de la Atención que le guiará a lo largo del proceso.

Qué contendrá su PCSP

- Información sobre su estilo de vida, los riesgos o desafíos y un plan para superarlos.
- Sus objetivos y quién le ayudará a alcanzarlos.
- Una lista de los servicios que usted y su equipo han identificado como útiles para usted.

Servicios de planificación familiar

Arkansas Total Care cubre servicios de planificación familiar. Usted puede obtener estos servicios y suministros de proveedores que no pertenecen a nuestra red. Usted no necesita una referencia. Estos servicios son gratuitos para nuestros afiliados. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años. Algunos ejemplos de servicios de planificación familiar son:

- Educación y asesoramiento de personal capacitado para ayudarle a tomar decisiones
- Información sobre el control de la natalidad
- Exámenes físicos

Programa del Embarazo — Start Smart for Your Baby®

Start Smart for Your Baby (Start Smart) es nuestro programa para afiliadas embarazadas. Arkansas Total Care quiere ayudarle a que se cuide a sí misma y a su bebé durante todo el embarazo. La información sobre cómo estar saludable durante el embarazo puede ser enviada por correo o por teléfono. También puede encontrar recursos en nuestro sitio de internet. Nuestro personal de Start Smart puede responder a sus preguntas y brindarle apoyo. Incluso podemos organizar una visita a domicilio si es necesario.

Si está embarazada y fuma cigarrillos, Arkansas Total Care puede ayudarle a dejar de fumar. Tenemos un programa gratuito para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. El personal de atención médica trabaja con usted y le brinda educación, asesoramiento y el apoyo necesario para ayudarle a dejar de fumar. Trabajando en equipo por teléfono, usted y su asesor de salud pueden desarrollar un plan para hacer cambios en su comportamiento y estilo de vida.

SafeLink Cell Phones®

SafeLink Cell Phones (SafeLink) es un programa federal que ofrece un teléfono celular gratuito a los afiliados de Arkansas Total Care que califiquen. El teléfono celular incluye mensajes de texto ilimitados, 350 minutos y 3 GB de datos al mes.

El programa SafeLink le facilita llamar a las personas que más le interesan. Con este teléfono celular usted es libre de hablar con su médico, farmacia, 911, familia y amigos.

Puede llamar a Arkansas Total Care al 1-866-282-6280 (TTY: 711) sin perder minutos. Si usted está en el programa de Administración de Casos, su Administrador de Casos puede agregar más minutos a su teléfono SafeLink.

Satisfacción de los Afiliados

Proceso de quejas

Arkansas Total Care desea resolver cualquier problema o inquietud. Una queja es cualquier queja o disputa, que no sea una determinación de la organización, que nos informe sobre su descontento con la forma en que Arkansas Total Care proporciona los servicios de atención médica. Usted puede presentar una queja si tiene problemas con algo como lo siguiente:

- La calidad de la atención médica
- La capacidad de comunicarse con alguien por teléfono
- La facilidad de obtener la información que necesita

Arkansas Total Care no lo(a) tratará de manera diferente si presenta una queja. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica. Para que Arkansas Total Care revise su problema, debe proporcionar la siguiente información:

- Su primer nombre y apellido
- Su número de identificación de afiliado de Arkansas Total Care
- Su número telefónico
- Detalles sobre el motivo de su descontento
- Qué desearía que ocurriera cuando se comunica con nosotros para presentar una queja

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja oralmente o por escrito. Le ayudaremos a llenar cualquier formulario para presentar una queja. Esto incluye la prestación de servicios de interpretación y asistencia telefónica.

Le informaremos de que hemos recibido su queja en un plazo de cinco días laborables. Si presenta una queja oralmente, le enviaremos una carta confirmando que la hemos recibido. Esta carta incluirá un resumen escrito de la queja.

Plazo para resolver la queja

Cada queja es diferente y se le dará el tiempo que se merece. La mayoría de las quejas deben resolverse en un plazo de 30 días calendario a partir del día en que recibimos la queja oral o escrita inicial. Acusaremos recibo de su queja por escrito en los cinco días hábiles siguientes a su recepción.

Se pueden añadir hasta 14 días más a este plazo si:

- La persona que presentó la queja solicitó tiempo adicional
- Arkansas Total Care necesita más información para resolver la queja
- Es en el mejor interés del afiliado extender el plazo de tiempo

Arkansas Total Care le notificará de la resolución de la queja por escrito dentro de los dos días hábiles de la resolución. Seguiremos haciéndolo dentro del plazo de resolución de 30 días. La notificación de la resolución incluirá:

- Los resultados del proceso de resolución
- La fecha en que se completó
- Otros derechos de apelación, si los hubiere

Para presentar una queja, comuníquese con nosotros en:

Arkansas Total Care
Attn: Quality Department
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Teléfono: 1-866-282-6280 (TTY: 711)

Proceso de apelación

Una apelación es una solicitud para que Arkansas Total Care revise la acción de queja, documentación existente o adicional, y tome una decisión de la apelación. Usted puede solicitar esta revisión por teléfono o por escrito.

Si Arkansas Total Care rechaza pagar por un servicio, recibirá una carta en donde se le informará sobre eso. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede apelar la decisión.

Su solicitud para apelación debe dirigirse a nuestra Oficina de Apelaciones. Es conveniente que envíe también una copia de la carta que le enviamos informándole de nuestra decisión. La carta que le enviamos informándole de nuestra decisión tendrá una fecha. Usted dispondrá de 60 días de calendario a partir de esa fecha para solicitar una apelación. Su solicitud de apelación será denegada si la Oficina de Apelaciones no recibe su solicitud de apelación en el plazo de 60 días de calendario.

Si vamos a reducir o detener un servicio que habíamos aprobado en el pasado, usted tiene el derecho de solicitar que se le siga proporcionando el servicio hasta que tomemos nuestra decisión si:

- La solicitud de apelación se presenta a tiempo
- La apelación se refiere a la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado
- El periodo cubierto por la autorización original no ha expirado.
- Usted o su padre/madre o tutor legal solicitan la continuación de los beneficios con prontitud.

Para seguir recibiendo este servicio, debe solicitar que se siga recibiendo el servicio y presentar una apelación en o antes de los diez días de haber recibido este aviso o la fecha de entrada en vigencia de la acción. Si usted apela la acción y sigue recibiendo el servicio, es posible que tenga que pagar por el servicio si rechazamos su apelación.

Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

Arkansas Total Care
Attn: Grievance & Appeals Office
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Teléfono: 1-866-282-6280 (TTY: 711)
Fax: 866-811-3255

Audiencia Imparcial Estatal

Usted recibirá una carta si Arkansas Total Care confirma nuestra denegación de un servicio. Si nuestra denegación es confirmada, usted tendrá derecho a una Audiencia Imparcial Estatal ante un funcionario de audiencias del DHS.

Si usted es un afiliado que desea una Audiencia Imparcial Estatal, envíe su solicitud a la Oficina de Apelaciones y Audiencias del DHS. Los proveedores que deseen una Audiencia Imparcial Estatal deben enviar su solicitud a la Oficina de Apelaciones de Proveedores de Medicaid del Departamento de Salud de Arkansas.

Es útil si usted también envía una copia de la carta que recibió de Arkansas Total Care informándole que el pago de un servicio ha sido negado a la Oficina de Apelaciones y Audiencias (o a la Oficina de Apelaciones de Proveedores de Medicaid de ADH).

Tiene 30 días a partir de la fecha de su carta de decisión sobre la apelación de Arkansas Total Care para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal puede ser denegada si la Oficina de Apelaciones y Audiencias o la Oficina de Apelaciones de Proveedores de Medicaid de ADH no recibe su solicitud dentro de ese plazo.

Usted debe pedir una Audiencia Imparcial Estatal si cree que:

- Fue un error negar su solicitud o solicitud de servicio
- Está tomando demasiado tiempo para decidir sobre su solicitud
- No recibió suficiente ayuda
- Usted pidió un servicio y no lo recibió
- Alguien le obligó a aceptar un servicio que no quería
- Alguien le discriminó en su contra

Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, envíe una carta a:

DHS Office of Appeals and Hearings
P.O. Box 1437, Slot N401
Little Rock, AR 72203-1437

Teléfono: 501-682-8622
Fax: 501-404-4628

Información Importante para los Afiliados

Qué hacer si recibe una factura

Hay algunos servicios que están incluidos en su plan y otros que no. Los servicios que están incluidos se llaman servicios cubiertos. Si usted sigue las reglas del plan, no se le cobrará por ningún servicio cubierto. Llame a su médico de inmediato si alguna vez recibe una factura por un servicio que está cubierto por Arkansas Total Care.

Usted debe hablar con su médico acerca de lo que está cubierto y lo que no está bajo su plan Arkansas Total Care. Asegúrese de que tengan toda la información de su seguro y que sepan que deben facturarle a Arkansas Total Care.

Si aún recibe facturas del médico después de proporcionar la información de su seguro, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711). Estamos aquí para ayudar. No pague la factura usted mismo si el servicio está cubierto por Arkansas Total Care.

Si usted solicita un servicio no cubierto, tendrá que firmar una declaración con su médico. Esta declaración dice que usted pagará por el servicio. Usted tendrá que pagar la factura de un servicio no cubierto, Arkansas Total Care no la pagará. Si tiene alguna pregunta sobre una factura, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Otros seguros

Es necesario que nos informe si tiene algún otro plan de seguro. Trabajaremos con el otro plan y coordinaremos sus beneficios. Usted también deberá asegurarse de que Medicaid sepa sobre el otro seguro.

¿Tiene seguro con Arkansas Total Care y Medicare?

Si tiene seguro con Arkansas Total Care y Medicare, está bien que consulte con un médico actual que acepte Medicare. Asegúrese de informarle a su médico que tiene un seguro tanto con Medicare como con Arkansas Total Care.

Medicare pagará la reclamación. Si el proveedor también está registrado en el programa de Medicaid de Arkansas, pagaremos sus deducibles de Medicare y las cantidades de coseguro.

Programa contra el Desperdicio, Abuso y Fraude (FWA, por sus siglas en inglés)

Arkansas Total Care se compromete a prevenir, identificar y denunciar todos los casos de desperdicio, abuso y fraude. Para informar esto, llame a nuestra línea directa de FWA al 1-866-685-8664. No necesita dar su nombre.

Desperdicio, abuso y fraude significa que un afiliado, un proveedor u otra persona está haciendo mal uso del programa Medicaid o de los recursos de Arkansas Total Care. Esto podría incluir lo siguiente:

- Prestar, vender o dar su tarjeta de identificación de afiliado de Arkansas Total Care a alguien
- Usar indebidamente los beneficios de Arkansas Total Care o de Medicaid
- Facturar a Arkansas Total Care por servicios que supuestamente son gratuitos
- Facturar erróneamente a Arkansas Total Care
- Facturar a Arkansas Total Care por servicios que no se prestaron
- Cualquier acción para defraudar a Arkansas Total Care, o al programa de Medicaid

Sus beneficios de atención médica se le otorgan en base a su elegibilidad para el programa Medicaid. Usted no debe compartir su tarjeta de identificación de afiliado de Arkansas Total Care con nadie. Los proveedores de la red de Arkansas Total Care también deben informar a Arkansas Total Care sobre cualquier uso indebido de los beneficios. Arkansas Total Care también debe informar a Medicaid sobre cualquier uso indebido o mal uso de los beneficios. Si hace mal uso de sus beneficios, podría perderlos. Medicaid también puede tomar acciones legales en su contra si usted hace mal uso de sus beneficios.

Si considera que un médico, hospital, otro afiliado de Arkansas Total Care u otra persona está haciendo uso indebido de los beneficios de Medicaid o Arkansas Total Care, infórmenos de inmediato. Tomaremos medidas contra cualquier persona que esté haciendo uso indebido del programa de Medicaid. Su llamada será tomada en serio.

Infórmenos sobre desperdicio, abuso y fraude por correo a:

Arkansas Total Care
Attn: Compliance Department
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Usted puede llamar a nuestra Línea Directa de Desperdicio, Abuso y Fraude al 1-866-685-8664. No necesita dar su nombre.

Informe cualquier uso indebido a la División de Fraude y Abuso contra Medicaid de Arkansas:

Arkansas Attorney General's Office
Attn: Medicaid Fraud and Abuse Division
323 Center Street, Suite 200
Little Rock, AR 72201

Teléfono: 501-682-2007 o 800-482-8982

Derechos y Responsabilidades de los Afiliados

Este Manual para los Afiliados le informa sobre sus derechos y responsabilidades como afiliado de Arkansas Total Care. Se espera que los proveedores de la red de Arkansas Total Care respeten y honren sus derechos.

Como afiliado a Arkansas Total Care, tiene derecho a:

- Recibir información de acuerdo con [§ 438.10](#). Esto incluye, pero no se limita a:
 - Interpretación oral en todos los idiomas y traducción escrita en cada uno de los idiomas frecuentes predominantes. Esto incluye material escrito con eslóganes en los idiomas principales que no sean el inglés en el Estado.
 - Materiales escritos en letra grande para explicar las traducciones escritas o la interpretación oral para entender la información proporcionada. Letra grande significa impresa en un tamaño de letra no menor de 18 puntos.
 - Materiales escritos que son cruciales para obtener servicios. Esto incluye este Manual para Afiliados, los avisos de apelación y queja, y los avisos de denegación y terminación. Estos materiales deben estar disponibles en los idiomas frecuentes que no sean el inglés en Arkansas.
 - A solicitud, los materiales escritos también deben estar disponibles en formatos alternativos sin costo alguno.
 - A solicitud, servicios y ayudas auxiliares están disponibles sin costo alguno.
 - Materiales escritos inclusive eslóganes en los idiomas frecuentes en el estado que no sea el inglés. Interpretación oral. Traducciones escritas disponibles en letra grande.
 - Servicios de interpretación disponibles, sin costo, inclusive la interpretación oral y el uso de servicios auxiliares tales como TTY y el lenguaje de señas estadounidense.
- Elegir un proveedor participante para cualquier servicio que el afiliado sea elegible y esté autorizado a recibir bajo su PCSP. Esto incluye a un proveedor de atención primaria (PCP).

- Ejecutar una Directiva Anticipada sin discriminación en la prestación de atención o de otro tipo.
- Vivir en un entorno integrado y apoyado en la comunidad y tener control sobre aspectos de su vida.
- Comprender su PCSP y recibir los servicios que contiene.
- Estar protegido en la comunidad.
- Ser tratado con respeto y la debida consideración a su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de forma adecuada a su afección y a su capacidad de comprensión.
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Obtener los servicios de atención médica necesarios, disponibles y accesibles cubiertos por el PASSE.
- Estar libre de toda forma de restricción o reclusión usada como medida de coerción, disciplina, conveniencia, o represalia, como se especifica en otras regulaciones federales sobre el uso de restricciones y reclusión.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que se enmienden o corrijan.
- Ejercer sus derechos sin que Arkansas Total Care lo trate negativamente.
- Presentar una queja ante Arkansas Total Care en relación con Arkansas Total Care y cualquier representante de Arkansas Total Care. Esto incluye a los proveedores participantes.
- Recibir un aviso por escrito de un cambio en su proveedor de coordinación de la atención en un plazo de siete días hábiles.
- Recibir un Manual para Afiliados y un directorio de la red de referencias dentro de un plazo razonable después de la afiliación.
- Solicitar cualquiera de la siguiente información sobre Arkansas Total Care sin costo alguno:
 - Cómo funciona Arkansas Total Care.
 - Las puntuaciones de calidad de Arkansas Total Care y las medidas de rendimiento seguidas por el DHS o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- Las políticas de no discriminación de Arkansas Total Care y los responsables de supervisar dichas políticas. También puede pedir información sobre reclamaciones por accesibilidad y discriminación contra Arkansas Total Care.
- Una lista de cualquier servicio de asesoramiento o referencia no proporcionado por Arkansas Total Care debido a objeciones morales o religiosas, y cómo usted, como afiliado, puede obtener esa información.

Como afiliado a Arkansas Total Care, tiene la responsabilidad de:

- Familiarizarse al máximo con los procedimientos de Arkansas Total Care.
- Comunicarse con Arkansas Total Care para obtener información y respuesta a sus preguntas.
- Proporcionar a los proveedores información médica completa y exacta.
- Seguir las indicaciones recetadas por el proveedor o informar tan pronto como sea posible al proveedor porque el tratamiento no puede seguirse.
- Mantener citas y citas de seguimiento.
- Acceder a servicios de atención médica preventiva.
- Vivir un estilo de vida saludable y evitar comportamientos que se conoce que son dañinos.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados.
- Proporcionar información exacta y completa para la atención médica a Arkansas Total Care y a todos sus proveedores que le brindan atención médica y apoyo.
- Informar a su PCP de todos los demás proveedores que le están tratando. Esto es para asegurar la comunicación y coordinación en la atención médica. Esto también incluye proveedores para la salud conductual.
- Hacer preguntas a los proveedores para conocer los riesgos, beneficios y costos de las opciones de tratamiento. Tomar decisiones de atención médica después de analizar cuidadosamente todos los factores.
- Seguir el proceso de queja de Arkansas Total Care señalado en este Manual para Afiliados si existe descontento con un proveedor.
- Seleccionar a un proveedor de atención primaria (PCP).
- Tratar a los proveedores y al personal con dignidad y respeto.

Cómo cambiar su programa de PASSE

El Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) le asignó al programa de PASSE. Hasta 90 días después de que lo hagan, usted puede cambiar el programa de PASSE por otro diferente sin causa. También se le permite cambiar sin causa a otro programa de PASSE durante el Período de Inscripción Abierta anual. Después de este primer período de 90 días y fuera del Período de Inscripción Abierta anual, usted sólo puede cambiar a un programa de PASSE diferente por una causa válida.

Las causas válidas para el cambio incluyen las siguientes:

- Se le proporcionó atención de mala calidad.
- Arkansas Total Care no cubre sus servicios requeridos.
- Arkansas Total Care no tiene acceso a servicios cubiertos, o a proveedores con experiencia en sus necesidades de atención médica.

Si desea cambiar a un nuevo PASSE, llame al número indicado más abajo. El DHS es responsable de recibir y tramitar su solicitud. El DHS le informará si requiere que usted presente primero una apelación o queja ante Arkansas Total Care. Si Arkansas Total Care no resuelve su apelación o queja de manera oportuna, su solicitud será aprobada automáticamente por el DHS. Arkansas Total Care no participa en el proceso de toma de decisiones para los cambios de PASSE. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión que tome el DHS.

Si se aprueba, la fecha de vigencia de su nuevo programa de PASSE será el primer día del segundo mes después de que el DHS reciba su solicitud. Por ejemplo, si el DHS recibe su solicitud el 15 de enero, la fecha de vigencia de su nuevo programa de PASSE será el 1 de marzo.

Para solicitar una transición a otro programa de PASSE, llame al Centro de Apoyo al Beneficiario del Departamento de Servicios Humanos al 1-833-402-0672.

Directivas Anticipadas

Puede haber ocasiones en las que usted no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo(a). Si usted no puede hablar, es posible que sus médicos no sepan qué tipo de atención preferiría. Una Directiva Anticipada es un documento legal. Le indica a su médico qué tipo de atención acepta usted en caso de que se produzca una situación en la que no pueda comunicarse. Con este documento, sus médicos sabrán qué tipo de tratamiento médico elegiría o no elegiría.

Todos los afiliados adultos de Arkansas Total Care tienen el derecho de hacer Directivas Anticipadas. Arkansas Total Care le proporcionará la información sobre las Directivas Anticipadas e incluirá las leyes estatales aplicables. Puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711) para obtener ayuda para encontrar el formulario. También puede hablar con su PCP sobre las Directivas Anticipadas. Solicite a su PCP que incluya el formulario en su expediente cuando haya terminado.

Trabaje con su PCP para tomar decisiones que le tranquilicen. Una Directiva Anticipada puede ayudar a sus médicos y a otras personas a entender sus deseos sobre su atención. Las Directivas Anticipadas no le quitarán su derecho a tomar sus propias decisiones. Sólo funcionarán cuando usted no pueda hablar por sí mismo(a). No se le discriminará por no tener una Directiva Anticipada.

Algunos ejemplos de Directivas Anticipadas incluyen:

- Testamento vital
- Poder legal para atención médica
- Órdenes de No Resucitar

Como afiliado(a) de Arkansas Total Care, usted tiene derecho a:

- Aceptar o rechazar el tratamiento.
- Hacer Directivas Anticipadas.
- Obtener una copia de las políticas de Arkansas Total Care sobre el respeto de sus derechos y de la ley estatal. Esto incluye una declaración de cualquier limitación con respecto a la implementación de las Directivas Anticipadas como una cuestión de conciencia.
- Presentar sus quejas sobre el incumplimiento de las leyes y regulaciones de las Directivas Anticipadas en la línea directa de cumplimiento del estado.
- Presentar una queja contra el programa PASSE o cualquiera de sus representantes. Los representantes incluyen a los proveedores de la red. Para obtener más información, consulte la sección "Satisfacción de los afiliados" de este Manual.

- Estar libre del requisito de obtener una referencia para un proveedor de planificación familiar específico, sin importar si ese proveedor es un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red de Arkansas Total Care.

Declaraciones de atención médica en Arkansas

Descripción general

Bajo la Ley de Arkansas*, si usted es un adulto competente de 18 años de edad o mayor, usted tiene el derecho de participar en la toma de sus propias decisiones de tratamiento médico, inclusive el derecho a aceptar o rechazar formas específicas de atención médica. Como una forma de ejercer este derecho, la ley le permite completar declaraciones escritas que contienen instrucciones sobre los tipos de decisiones de atención médica que desea que se tomen en su nombre en caso de que sufra una enfermedad terminal o quede inconsciente de forma permanente y no pueda tomar dichas decisiones por sí solo(a). Estas declaraciones tienen el mismo propósito bajo la ley de Arkansas que los testamentos vitales en otros estados.

Formas sugeridas de declaración

La ley de Arkansas especifica dos formas estándar de declaración. La primera trata sobre la posibilidad de una enfermedad terminal. La segunda declaración trata sobre la posibilidad de inconsciencia permanente. Si desea hacer una declaración, es libre de utilizar uno o ambos de estos formularios sugeridos. Usted también es libre de utilizar una redacción diferente. Usted puede obtener los formularios estándar o información sobre dónde obtenerlos de su médico u otro proveedor de atención médica. También puede obtenerlos de su abogado.

Debe tener en cuenta que los formularios estándar no necesariamente abordan todas las opciones que usted puede tener el derecho legal de hacer. Por ejemplo, es posible que desee incluir instrucciones más detalladas sobre su cuidado, como por ejemplo si desea o no que se le suministre agua y alimentos por medios artificiales en caso de que sufra una enfermedad terminal o quede inconsciente de forma permanente. Si tiene preguntas que su médico o proveedor de atención médica no puede responder, o si desea modificar los formularios estándar agregando instrucciones especiales, puede consultar con un abogado u otro profesional calificado.

Opciones contenidas en los formularios estándar de declaración

Cada uno de los formularios estándar de declaración le permite seleccionar uno de los siguientes procedimientos:

1. Indicar a su médico que retenga o retire los tratamientos para mantener la vida que ya no son necesarios para su comodidad, atención o alivio del dolor. **O**
2. Designar a otra persona para que actúe como su apoderado (representante) en la toma de decisiones de atención médica. Esto incluye la decisión de suspender o retirar el tratamiento para mantener la vida si usted se vuelve terminalmente enfermo o queda permanentemente inconsciente.

Pasos para completar una declaración

Para ser efectiva, su declaración debe estar firmada por usted o por otra persona que actúe bajo su dirección. También debe ser presenciada por dos personas. Una declaración entra en vigor cuando se han producido los dos hechos siguientes:

1. La declaración se comunica al médico que le atiende (el médico que es el principal responsable de su atención). **Y**
2. Su médico tratante y otro médico consultor juntos determinan que usted está en estado terminal y que ya no puede tomar decisiones con respecto a la administración del tratamiento para mantener la vida.

Si desea revocar su declaración

Si usted ha completado una declaración de atención médica y posteriormente desea revocarla, puede hacerlo en cualquier momento y de cualquier manera, sin importar su estado mental o físico en el momento en que desee revocarla. Una revocación se hace efectiva cuando es comunicada al médico tratante u otro proveedor de atención médica por la persona que la está revocando, o por alguien que sea testigo de la revocación. Los métodos de revocación pueden incluir una clara expresión escrita u oral de su deseo de revocar o destruir físicamente el original y las copias de la declaración.

Cómo completar una declaración de atención médica para otra persona

En el caso de menores y adultos que ya no pueden tomar decisiones sobre la atención de la salud, otra persona puede ejecutar una declaración en su nombre. La ley de Arkansas establece el siguiente orden de prioridad y dispone que una declaración pueda ser ejecutada por el primero de los siguientes individuos, o categoría de individuos, que exista y esté razonablemente disponible para consulta:

1. Un tutor legal del paciente, si se ha designado uno
2. Los padres del paciente, en el caso de un paciente soltero menor de 18 años
3. El cónyuge del paciente
4. El hijo adulto del paciente o, si hay más de uno, la mayoría de los hijos adultos del paciente que participan en la decisión
5. Los padres de un paciente mayor de 18 años
6. El hermano adulto del paciente o, si hay más de uno, la mayoría de ellos participando en la decisión
7. Personas que permanecen "in loco parentis" (en lugar de los padres) ante el paciente
8. La mayoría de los herederos adultos del paciente que participan en la decisión

Protecciones

Además, la ley de Arkansas ofrece las siguientes protecciones:

1. Un paciente, incluso uno que se ha determinado que tiene una enfermedad terminal, puede continuar tomando decisiones con respecto al tratamiento para mantener la vida siempre y cuando sea capaz de hacerlo.
2. La declaración de una paciente terminal no se hará efectiva en el caso de una mujer que se sabe que está embarazada, siempre y cuando sea posible que el feto se desarrolle hasta el punto de nacer vivo con la aplicación continua de un tratamiento de mantenimiento de la vida.
3. Cualquier médico u otro proveedor de atención médica que no esté dispuesto a cumplir las instrucciones de un paciente o apoderado de atención médica conforme a la ley tiene la obligación de tomar todas las medidas razonables necesarias para transferir la atención de dicho paciente a otro médico o proveedor que lo haga.
4. En Arkansas, es impropio que un proveedor de atención médica o aseguradora prohíba o exija la ejecución de una declaración como condición para recibir cobertura de seguro médico o la prestación de servicios de atención médica.
5. Una declaración ejecutada en otro estado de conformidad con la ley de ese estado también es válida para los propósitos de la ley de Arkansas.

*A.C.A. 20-17-201, et seq. Otros derechos de los menores están cubiertos en A.C.A. 20-17-214.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

En vigencia el 14 de diciembre de 2022

Para obtener ayuda para traducir o entender esto, llame a Servicios para los Afiliados al 1-866-282-6280 (TTY: 711).

Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Arkansas Total Care es una Entidad Cubierta como se define y regula conforme a la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA, siglas en inglés). La ley requiere que Arkansas Total Care mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI, siglas en inglés), le dé este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respete los términos del Aviso que está vigente actualmente y que le informe en caso que su PHI no protegida esté en peligro.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a acceder, modificar y manejar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este Aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Arkansas Total Care se reserva el derecho a cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el aviso modificado o cambiado para su PHI que ya tenemos, así como para toda su PHI que recibamos en el futuro. Arkansas Total Care revisará y distribuirá oportunamente este Aviso siempre que haya un cambio material en lo siguiente:

- Los usos y las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad expresadas en el aviso

Los avisos revisados se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal.

Protecciones internas de su PHI oral, escrita y electrónica:

Arkansas Total Care protege su PHI. Para ayudar tenemos procesos de privacidad y seguridad. Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos que nuestros asociados comerciales cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos seguras nuestras oficinas.
- Hablamos sobre su PHI sólo por razones comerciales con personas que necesiten conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que personas no autorizadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permisibles de su PHI:

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor médico que le da tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para asistirnos en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le brindan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor médico u otra entidad sujeta a las Reglas federales de privacidad para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - El trámite de las reclamaciones
 - La determinación de elegibilidad o cobertura para las reclamaciones
 - Emitir la facturación de primas
 - Revisar los servicios para necesidad médica
 - Realizar la revisión de utilización de reclamaciones

- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - Prestación de servicios al cliente
 - Responder a las quejas y apelaciones
 - Dar administración de casos y coordinación de la atención
 - Realizar revisiones médicas de reclamaciones y otras actividades relacionadas con la evaluación de la calidad
 - Actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar su PHI a los asociados de negocios. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados de negocios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federal. La entidad debe también tener relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades para mejorar
 - Revisar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica
 - Administración de casos y coordinación de la atención
 - Detectar o prevenir fraude y abuso en la atención médica
- **Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan.** Podemos divulgar su PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le está ofreciendo un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la PHI. Esto incluye aceptar no usar la PHI para acciones o decisiones relacionadas con el empleo.

Otras divulgaciones de su PHI permitidas o requeridas:

- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de suscripción.** Podremos usar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como por ejemplo para tomar una decisión sobre una solicitud o petición de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción de póliza, se nos prohíbe que usemos o divulguemos su PHI que es información genética en el proceso de suscripción.

- **Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros. Podemos usar y divulgar su PHI para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo requiere la ley.** Si la ley federal, estatal y/o local requiere un uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información PHI en la medida que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o normas que gobiernan el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o normas más restrictivas.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para fines de prevenir o controlar enfermedades, lesión o discapacidad. Puede que divulguemos su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de maltrato y negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal o federal, incluso servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si creemos razonablemente que ha habido abuso, abandono o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en los procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - Una orden de un tribunal
 - Tribunal administrativo
 - Citación
 - Comparecencia
 - Orden judicial
 - Descubrimiento de pruebas
 - Solicitud legal similar
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI relevante para el cumplimiento de la ley si se requiere hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
 - La orden de un tribunal
 - Mandato judicial
 - Citación
 - Citación emitida por un funcionario judicial
 - Citación para gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona perdida.

- **Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un forense o médico forense. Eso puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de fallecimiento. También podemos divulgar su PHI a los directores de las funerarias, según sea necesario, para cumplir con sus obligaciones.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a las organizaciones encargadas de la obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a aquellas personas que trabajan en la obtención, bancos o trasplantes de:
 - Órganos de cadáveres
 - Ojos
 - Tejidos
- **Amenazas para la salud y seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o aliviar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** Si es miembro de las Fuerzas armadas de los EE.UU., podemos divulgar su PHI según sea requerida por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:
 - A los oficiales federales autorizados para seguridad nacional
 - Para actividades de inteligencia
 - Al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
 - Para servicios de protección para el Presidente o para otras personas autorizadas
- **Compensación al trabajador.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes relacionadas con compensación al trabajador u otros programas similares, establecidos por la ley, que ofrecen beneficios para lesiones relacionadas con el empleo o enfermedad sin tener en cuenta culpa.
- **Situaciones de emergencia.** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo cercano, agencia autorizada para asistencia en caso de desastres o cualquier otra persona que usted identificó previamente. Usaremos criterio y experiencia profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona en su cuidado.
- **Presos.** Si está preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o funcionario del

cumplimiento de la ley, en tanto que dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad y protección de la institución correccional.

- **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando se haya aprobado su estudio de investigación clínica y en tanto que ciertas salvaguardas se hayan establecido para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito:

Se requiere que obtengamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con pocas excepciones, por las razones siguientes:

- **Venta de la PHI.** Solicitaremos su autorización por escrito antes de que hagamos divulgaciones que se consideren como una venta de su PHI, en otras palabras, que estamos recibiendo compensación por la divulgación de la PHI de esta manera.
- **Mercadeo.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo en persona con usted o cuando damos regalos publicitarios de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Derechos individuales:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si le gustaría usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado, tales como miembros de la familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que está solicitando e indicar a quién se aplica la restricción. No se requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado por el servicio o artículo de su propio bolsillo en su totalidad.

- **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información podría ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar la razón de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio o lugar de la comunicación. Debemos tener en cuenta su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativo donde se debería entregar su PHI.
- **Derecho de acceder y recibir una copia de su PHI.** Tiene el derecho, con excepciones limitadas, de inspeccionar u obtener copias de su PHI contenida en una serie de expedientes designados. Puede pedir que demos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea factible. Debe pedir por escrito obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le informaremos por escrito y le explicaremos si los motivos de la denegación pueden ser revisados. También le indicaremos cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a modificar su PHI.** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y explicar por qué debe modificarse la información. Nosotros podemos negar su solicitud por ciertas razones. Por ejemplo, podemos denegar su solicitud si no hemos creado la información que desea modificar y el creador de la PHI puede realizar el cambio. Si denegamos su solicitud, le explicaremos los motivos por escrito. Usted podría responder con una declaración que muestre su desacuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a los demás, incluidas las personas que usted nombre, del cambio y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho de recibir una lista de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a obtener una lista de los casos en los que, en los últimos seis años, nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su PHI. Esto no aplica a la divulgación para fines de operaciones de tratamiento, pago, atención médica, o divulgaciones que usted autorizó y ciertas otras actividades. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho de presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos a privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que está al final de este Aviso.

Además, puede presentar una queja al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Correo electrónico: OCRComplaint@HHS.gov

Sitio web: [HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

No tomaremos ninguna acción en contra suya por presentar una queja.

- **Derecho de obtener una copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que está al final del Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

Información de contacto:

Si tiene preguntas acerca de este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, se puede comunicar con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece abajo.

Arkansas Total Care
Attn: Privacy Official
P.O. Box 205010
Little Rock, AR 72221

Teléfono: 1-866-282-6280 (TTY: 711)

Glosario de términos

Directiva Anticipada. Lo que usted le dice a la gente acerca de lo que desea para su atención médica si no puede decírselo por sí mismo(a). Un testamento vital es la forma más común de una Directiva Anticipada.

Apelación. La solicitud para que el personal de Arkansas Total Care revise un Aviso de Acción. Un Aviso de Acción (NOA, siglas en inglés) es lo que le enviamos cuando Arkansas Total Care le niega la atención que usted desea, limita la cantidad de atención, le niega la atención que había sido aprobada por nosotros en el pasado o le niega el pago de la atención. Cuando apela una decisión, inicia un procedimiento formal que impugna una decisión o acción adversa adoptada por el PASSE.

Autorización. La decisión para aprobar una atención médica especial u otra atención necesaria desde el punto de vista médico. La autorización también puede llamarse referencia.

Servicios para la salud conductual (BH, siglas en inglés). Servicios para trastornos de salud mental y por el uso de sustancias (SUD, siglas en inglés).

Continuidad y coordinación de la atención. La atención médica que se proporciona de manera continua. Comienza con el primer contacto del afiliado con un PCP y sigue al afiliado a través de todas las instancias de atención. Es el cuidado que es ininterrumpido.

Elegible(s). Persona a quien se ha determinado que es elegible para recibir servicios conforme a lo dispuesto en el Plan de Medicaid del Estado.

Atención médica de emergencia. Atención que recibe cuando tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada inmediatamente o que pone en peligro su vida.

Queja. Una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la determinación de un beneficio. Las quejas pueden incluir la calidad de la atención, la calidad de los servicios prestados y aspectos de las relaciones interpersonales como la descortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de los derechos de un afiliado, independientemente de que se soliciten medidas correctivas. Las quejas incluyen el derecho del afiliado a impugnar una prórroga propuesta por el PASSE para tomar una decisión de autorización.

Atención médica en el hogar. Todos los servicios médicos y otros servicios relacionados con la atención médica que se brindan en el hogar de un paciente médicamente confinado en su hogar por un profesional de salud.

Vacunas. Vacunas necesarias para protegerle a usted o a un miembro de su familia de enfermedades potencialmente mortales.

Paciente internado. Servicios que usted recibe cuando es internado en un hospital.

Medicaid. El programa de asistencia médica autorizado por el Título XIX de la Ley de Seguro Social.

Tarjeta de identificación de afiliado. Una tarjeta que indica que usted es afiliado de Arkansas Total Care. Vea un ejemplo de esta tarjeta en la sección Su tarjeta de identificación de afiliado de este Manual.

Necesidad médica. Una intervención o tratamiento médico que es una categoría de servicio cubierta y no está específicamente excluida de la cobertura. Debe ser médicamente necesario(a), dadas estas cinco situaciones:

- a. **Autoridad.** El tratamiento es recomendado por el médico o profesional de atención médica que lo está tratando y cree que es necesario para usted.
- b. **Propósito.** El tratamiento tiene como objetivo tratar una enfermedad que usted tiene.
- c. **Alcance.** El tratamiento le proporciona la cantidad de medicamentos o servicios que necesita para mejorar sin darle más de lo que necesita para ayudar a su afección.
- d. **Evidencia.** Se sabe que el tratamiento es eficaz para mejorar los resultados de salud. Para tratamientos nuevos que no han sido probados tanto, la eficacia se determina por la evidencia médica proporcionada por el médico que le solicita que obtenga el tratamiento.
- e. **Valor.** El tratamiento es rentable para esta enfermedad en comparación con otros tratamientos. Esto incluye la no intervención. "Rentable" no tiene por qué significar el precio más bajo. Un tratamiento puede estar médicamente indicado pero no ser un beneficio cubierto. Una intervención también puede no cumplir con esta definición de necesidad médica.

Los tratamientos que no cumplan con esta definición de necesidad médica podrían aún estar cubiertos.

Un tratamiento puede considerarse rentable si los beneficios y daños en comparación con los costos es un uso eficiente de los recursos para las personas con esta enfermedad. Cuando evaluamos los tratamientos para ver si cumplen con los requisitos anteriores, basamos nuestra decisión en el miembro individual, inclusive en su historia clínica.

"Efectivo" significa que se puede esperar que el tratamiento mejore la afección (dentro de lo razonable) y que tenga beneficios que superen cualquier efecto dañino potencial.

Afiliado. Una persona que recibe servicios de Arkansas Total Care según lo definido por el Estado de Arkansas.

Aviso de Acción (NOA, siglas en inglés). Un documento que se le envía por correo cuando tomamos una decisión sobre su atención. Incluye:

- a. La acción que está planeada
- b. La razón de la acción planeada
- c. El reglamento o estatuto que respalda la acción

El Aviso de Acción (NOA) también le explicará sus derechos a apelaciones aceleradas o estándar. Le informa cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal y cómo solicitar que siga recibiendo servicios durante una apelación o Audiencia Imparcial Estatal.

Ambulatorio o en consulta externa. Tratamiento o procedimiento que puede realizarse sin ingreso hospitalario.

Medicamentos con receta. Cualquier medicamento que no se pueda comprar sin receta o sin una solicitud por escrito de su médico.

Información de salud protegida (PHI, siglas en inglés). Información de salud que lo identifica como individuo.

Proveedor. Un médico, hospital o cualquier otra persona con licencia o autorizada para proporcionar servicios de atención médica.

Directorio de Proveedores. Una lista de todos los proveedores que participan en la red de Arkansas Total Care.

Proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés). El proveedor que es el punto de entrada al sistema de atención médica para el afiliado. Un PCP proporciona atención primaria. También lleva un registro de las referencias a atención especializada y servicios hospitalarios autorizados. El PCP mantiene la continuidad de la atención.

Referencia. La solicitud de un PCP en nombre de un afiliado para que éste reciba servicios cubiertos y médicamente necesarios de otro profesional de atención médica.

Especialista. Médico que ha recibido una formación específica y detallada en un campo específico de la medicina.

Terminación. La pérdida de elegibilidad de un afiliado para el programa de Medicaid de Arkansas. Cuando esto ocurre, el afiliado es automáticamente desafiliado de Arkansas Total Care.

Tratamiento. La atención médica que puede recibir de los médicos y de las instalaciones.

Atención médica urgente. Cuando sufre una lesión o enfermedad que debe tratarse en las siguientes 48 horas. Esta no es potencialmente mortal.