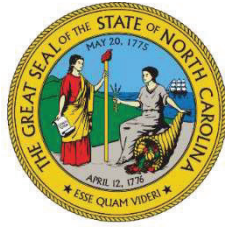


Manual para Afiliados



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

1-833-552-3876 (TTY: 711)
carolinacompletehealth.com



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID DE CAROLINA DEL NORTE MANUAL PARA AFILIADOS

Carolina Complete Health
DECEMBER 2023

You can request free auxiliary aids and services, including this material and other plan information in large print. Call 1-833-552-3876 (TTY 711).

If English is not your first language, we can help. Call 1-833-552-3876 (TTY 711). We can give you, free of charge, the information in this material in your language orally or in writing, access to interpreter services, and can help answer your questions in your language. For help choosing a primary care provider and enrolling in a health plan, call 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 or RelayNC.com).

Ayudas auxiliares y servicios de interpretación

Puede solicitar ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluido este material y otra información del plan en letra grande. Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si el inglés no es su lengua nativa, podemos ayudarle. Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711). Podemos ofrecerle, de forma gratuita, la información de este material en su idioma de forma oral o escrita, acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma. Para obtener ayuda para elegir un proveedor de atención primaria e inscribirse en un plan de salud, llame al 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 o RelayNC.com).

辅助工具和翻译服务

您可以申请免费的辅助工具和服务，包括本资料和其他计划信息的大字版。请致电 1-833-552-3876 (TTY 711)。

如果英语不是您的首选语言，我们能提供帮助。请致电 1-833-552-3876 (TTY 711)。我们可以通过口头或书面形式，用您使用的语言免费为您提供本资料中的信息，为您提供翻译服务，并且用您使用的语言帮助回答您的问题。需要帮助来选择一个初级保健提供者以及参加健康计划，请致电 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 或 RelayNC.com)。

Dịch Vụ Phiên Dịch và Hỗ Trợ Bổ Sung

Quý vị có thể yêu cầu các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung miễn phí, bao gồm tài liệu này và thông tin kế hoạch khác dưới dạng bản in chữ lớn. Gọi đến 1-833-552-3876 (TTY 711).

Nếu Tiếng Anh không phải là ngôn ngữ mẹ đẻ của quý vị, chúng tôi có thể giúp quý vị. Gọi đến 1-833-552-3876 (TTY 711). Chúng tôi có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin trong tài liệu này bằng ngôn ngữ của quý vị dưới dạng lời nói hoặc văn bản, quyền tiếp cận các dịch vụ phiên dịch, và có thể giúp trả lời các câu hỏi của quý vị bằng chính ngôn ngữ của quý vị. Để được trợ giúp chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và ghi danh vào một chương trình sức khỏe, hãy gọi đến 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 hoặc RelayNC.com).

보조 자료 및 통역사 서비스

귀하는 무료 보조 자료 및 서비스를 요청할 수 있으며, 여기에는 큰 활자체의 자료 및 기타 플랜 정보가 포함되어 있습니다. 1-833-552-3876(TTY 711)번으로 전화주시기 바랍니다.

영어가 모국어가 아닌 경우 저희가 도와드리겠습니다. 1-833-552-3876(TTY 711)번으로 전화주시기 바랍니다. 저희는 귀하께 구두로 또는 서면으로 귀하의 언어로 된 자료의 정보를, 그리고 통역 서비스의 사용을 무료 제공해 드리며 귀하의 언어로 질문에 대한 답변을 제공해 드리겠습니다. 일차 진료 제공자를 선택하고 건강 플랜에 가입하는 데에 도움이 필요하신 경우 1-833-870-5500번(TTY/TDD: 711 또는 RelayNC.com)으로 전화주시기 바랍니다.

Aides auxiliaires et services d'interprétation

Vous pouvez demander des aides et des services auxiliaires gratuits, y compris ce document et d'autres informations sur le plan en gros caractères. Composez le 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si votre langue maternelle n'est pas l'anglais, nous pouvons vous aider. Composez le 1-833-552-3876 (TTY 711). Nous pouvons vous fournir gratuitement les informations contenues dans ce document dans votre langue, oralement ou par écrit, vous donner accès aux services d'un interprète et répondre à vos questions dans votre langue. Pour obtenir de l'aide dans le choix d'un prestataire de soins primaires et dans l'inscription à un plan de santé, composez le 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 ou RelayNC.com).

Cov Khoom Pab Cuam thiab Kev Pab Cuam Txhais Lus

Koj tuaj yeem thov tau cov khoom pab cuam thiab cov kev pab cuam, suav nrog rau tej ntaub ntawv no thiab lwm lub phiaj xwm tej ntaub ntawv kom muab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-833-552-3876 (TTY 711).

Yog tias Lus Askiv tsis yog koj thawj hom lus hais, peb tuaj yeem pab tau. Hu rau 1-833-552-3876 (TTY 711). Peb tuaj yeem muab tau rau koj yam tsis sau nqi txog ntawm tej ntaub ntawv muab txhais ua koj hom lus hais ntawm ncauj los sis sau ua ntawv, mus siv tau cov kev pab cuam txhais lus, thiab tuaj yeem pab teb koj cov lus nug hais ua koj hom lus. Rau kev pab xaiv tus kws pab kho mob xub thawj thiab kev tso npe nyob rau hauv lub phiaj xwm kho mob, hu rau 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 los sis RelayNC.com).

يمكنك طلب الخدمات والمساعدات الإضافية المجانية بما في ذلك، هذا المستند ومعلومات أخرى حول الخطة بأحرف كبيرة. اتصل على الرقم

1-833-552-3876 (TTY 711).

إذا كانت اللغة الإنجليزية ليست لغتك الأولى، فيمكننا المساعدة. اتصل على الرقم

يمكننا أن نقدم لك المعلومات الواردة في هذا المستند بلغتك شفهيًا أو كتابيًا. 1-833-552-3876 (TTY 711). الوصول إلى خدمات الترجمة مجانًا ويمكننا مساعدتك في الحصول على إجابات لأسئلتك بلغتك. للمساعدة في اختيار أو (TTY/TDD: 711) موفر الرعاية الأولى والتسجيل في الخطة الصحية، اتصل على الرقم 1-833-552-3876 (TTY 711). RelayNC.com).

Вспомогательные средства и языковая поддержка

Вы можете запросить бесплатные вспомогательные средства и услуги, включая этот справочный материал и другую информацию о плане, напечатанную крупным шрифтом. Позвоните по номеру

1-833-552-3876 (TTY 711).

Если английский не является Вашим родным языком, мы можем Вам помочь. Позвоните по номеру 1-833-552-3876 (TTY 711). Мы бесплатно предоставим Вам более подробную информацию этого справочного материала в устной или письменной форме, а также доступ к языковой поддержке и ответим на все вопросы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь в выборе поставщика первичных медицинских услуг и регистрации в плане медицинского обслуживания, позвоните по номеру 1-833-870-5500 (TTY / TDD: 711 или посетите сайт RelayNC.com).

Mga Auxiliary Aid at Serbisyo ng Interpreter

Maaari kang humiling ng libreng mga auxiliary aid at serbisyo, kabilang ang materyal na ito at iba pang impormasyon ng plan sa malaking print. Tumawag sa 1-833-552-3876 (TTY 711).

Kung hindi English ang iyong unang wika, makakatulong kami. Tumawag sa 1-833-552-3876 (TTY 711). Maaari ka naming bigyan, nang libre, ng impormasyon sa materyal na ito sa iyong wika nang pasalita o nang pasulat, access sa mga serbisyo ng interpreter, at matutulungang sagutin ang mga tanong sa iyong wika. Para sa tulong sa pagpili ng pangunahing provider ng pangangalaga at pag-enroll sa isang plan na pangkalusugan, tumawag sa 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 o RelayNC.com).

સહાયક સહાય અને દુભાષિયા સેવાઓ

તમે મોટી પ્રિન્ટમાં આ સામગ્રી અને અન્ય પ્લાનની માહિતી સહિત મફત સહાયક સહાય અને સેવાઓની વિનંતી કરી શકો છો. 1-833-552-3876 (TTY 711). પર કોલ કરો

જો અંગ્રેજી તમારી પ્રથમ ભાષા ન હોય, તો અમે મદદ કરી શકીએ છીએ. 1-833-552-3876 (TTY 711). પર કોલ કરો તમારી ભાષામાં મૌખિક રીતે અથવા લેખિતમાં તમને આ સામગ્રીની માહિતી અમે વિના

में दे सकते हैं, दुभाषिया सेवाओं तक पहुंच दे सकते हैं और आपकी भाषा में आपके सवालों के जवाब देने में मदद कर सकते हैं। प्राथमिक देखभाल प्रदाता चुनने और स्वास्थ्य योजना में नामांकन करने में मदद के लिए, 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 या RelayNC.com) पर कॉल करें।

ການຊ່ວຍເຫຼືອເສີມ ແລະ ການບໍລິການນາຍແປພາສາ

ທ່ານສາມາດຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເສີມ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆໄດ້ແບບຟຣີ, ລວມທັງເອກະສານນີ້ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆຂອງແຜນ ເປັນຕົວຢ່າງໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-833-552-3876 (TTY 711).

ຖ້າພາສາແມ່ຂອງທ່ານ ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-552-3876 (TTY 711). ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນເອກະສານນີ້ ເປັນພາສາຂອງທ່ານທາງປາກເປົ້າ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການນາຍແປພາສາ

ໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫຍັງ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເລືອກແພດປະຈໍາ ແລະ

ການລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ກະລຸນາໂທຫາເບີ 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 ຫຼື RelayNC.com).

補助具・通訳サービス

この資料やその他の計画情報を大きな文字で表示するなど、無料の補助支援やサービスを要請することができます。1-833-552-3876 (TTY 711)に電話してください。

英語が母国語でない方はご相談ください。1-833-552-3876 (TTY 711)に電話してください。この資料に記載されている情報を、お客様の言語で口頭または書面にて無料でお伝えするとともに、通訳サービスへのアクセスを提供し、お客様のご質問にもお客様の言語でお答えします。かかりつけ医の選択や健康保険プランへの登録については、1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 またはRelayNC.com) にお問い合わせください。

Aviso de no discriminación

Carolina Complete Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual. Carolina Complete Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Carolina Complete Health proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitamente a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas estadounidense
- Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Carolina Complete Health proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al **1-833-552-3876 (TTY 711)**.

Si cree que Carolina Complete Health no ha prestado estos servicios o discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Carolina Complete Health Grievance Coordinator

1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206,
Teléfono: 1-833-552-3876 (TTY 711); Fax: 1-833-318-7256

Usted también puede presentar una queja ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.:

- En línea en: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Por correo:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Por teléfono: **1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)**

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

El Defensor de Medicaid de NC puede proporcionarle apoyo e información de forma gratuita y confidencial sobre los derechos y las responsabilidades que usted tiene bajo Medicaid de NC. Llame al **1-877-201-3750** o visite ncmedicaidombudsman.org.

Su guía de referencia rápida de Carolina Complete Health

YO QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Encontrar a un médico, especialista o servicio de atención médica	Mi Proveedor de Atención Primaria (PCP). Si necesita ayuda para elegir a su PCP, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).
Saber más sobre cómo elegir o inscribirme en un plan de salud:	Llame sin costo al: 1-833-870-5500.
Obtener este manual en otro formato o idioma	Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).
Hacer un seguimiento de mis citas y servicios de atención médica	Mi PCP o Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).
Obtener ayuda para ir a y regresar de mis citas médicas	Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711). También hay más información sobre los servicios de transporte en este manual en la página 20.
Obtener ayuda para lidiar con mis pensamientos de dañarme o dañar a otros, angustia, fuerte estrés o ansiedad o cualquier otra crisis de salud conductual	Línea de crisis para la salud conductual al 1-855-798-7093 en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.
Obtener respuestas a preguntas básicas o inquietudes sobre mi salud, mis síntomas o medicamentos	Línea de enfermería al 1-833-552-3876 (TTY 711) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o hablar con su PCP.
- Entender una carta o un aviso que recibí de mi plan de salud por correo - Presentar una reclamación sobre mi plan de salud - Obtener ayuda con un cambio reciente o la denegación de mis servicios de atención médica	Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o el Defensor de Medicaid de NC al 1-877-201-3750. También puede encontrar más información sobre el Defensor de Medicaid de NC en este manual, en la página 57.

YO QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Actualizar mi dirección	Llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) para informar de un cambio de dirección. Puede encontrar una lista de las oficinas del DSS en dhhs.nc.gov/localdss. También puede usar ePASS para actualizar su dirección e información. [epass.nc.gov] es el sitio web seguro de autoservicio de North Carolina donde puede solicitar beneficios y servicios. Puede crear una cuenta básica de ePASS y luego elegir actualizarla a una cuenta mejorada de ePASS. Regístrese en ePASS en [epass.nc.gov].
Encontrar el directorio de proveedores de atención médica de mi plan u otra información general sobre mi plan de salud	Visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Palabras clave usadas en este manual

A medida que lea este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Servicios añadidos: Servicios adicionales de su plan de salud.

Hogar de cuidados para adultos: Un entorno autorizado de cuidados residenciales con siete o más camas para las personas ancianas o discapacitadas que necesitan algunos apoyos adicionales. Estos hogares ofrecen supervisión y cuidados personales apropiados para la edad y discapacidad de la persona.

Atención preventiva para adultos: Atención que consiste en revisiones de bienestar, asesoramiento para el paciente y exámenes periódicos para prevenir enfermedades en la edad adulta y otros problemas relacionados con la salud.

Directiva anticipada: Un conjunto de indicaciones por escrito sobre cómo deben tomarse las decisiones sobre tratamientos médicos o de salud mental si usted pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Determinación adversa de beneficios: Una decisión que su plan de salud puede tomar para denegarle, reducirle, suspenderle o limitarle sus servicios de atención médica.

Apelación: Si el plan de atención médica toma una decisión con la que usted no está de acuerdo, puede solicitar que la revisen. A esto se le llama una “apelación”. Solicite una **apelación** cuando no está de acuerdo con que le denieguen, reduzcan, suspendan o limiten su servicio de atención médica. Cuando le solicite una apelación a su plan de salud, recibirá una nueva decisión en un plazo de 30 días. Esta decisión se llama “resolución”. **Las apelaciones y quejas son diferentes.**

Atención de salud conductual: Servicios de tratamiento y recuperación para los trastornos de salud mental y del consumo de sustancias.

Beneficiario(a): Una persona que está recibiendo Medicaid.

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

Coordinación de atención: Un servicio en el que un coordinador de atención o administrador de atención médica ayudan a organizar su información y sus metas sanitarias para ayudarle a lograr una atención más segura y eficaz. Estos servicios pueden ser identificación de sus necesidades de servicios de la salud, determinación del nivel de atención médica, ocuparse de los recursos y servicios de apoyo adicionales o vigilar la asistencia al tratamiento.

Administración de atención médica: Un servicio en el que un administrador de atención médica puede ayudarle a lograr sus metas sanitarias al coordinar sus servicios médicos, sociales y de salud conductual, y ayudarle a encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.

Administrador de Atención Médica: Un profesional de la salud que puede ayudarle a lograr sus metas sanitarias al coordinar sus servicios médicos, sociales y de salud conductual, y ayudarle a encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.

Servicios de evaluación infantil: Un examen médico para controlar el desarrollo infantil. Los servicios de evaluación pueden ayudar a identificar problemas y enfermedades en una etapa temprana. Los exámenes evalúan el comportamiento social/emocional, la vista (visión) y audición, las habilidades motoras y la coordinación, las capacidades cognitivas, el lenguaje y el habla.

Queja: Insatisfacción con su plan de salud, proveedor, atención médica o sus servicios. Contacte a su plan de salud para informarle que tiene una “queja” acerca de sus servicios. **Las quejas y apelaciones son diferentes.**

Copago: Cantidad que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención médica o una receta.

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

Servicios cubiertos: Servicios de atención médica proporcionados por su plan de salud.

Cruzado: El período de tiempo inmediatamente anterior y posterior al inicio de la Atención Administrada de Medicaid de Carolina del Norte.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos artículos (como una andadera o silla de ruedas) su médico puede ordenar para que los use en casa si tiene una enfermedad o lesión.

Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés): Un beneficio de Medicaid que brinda servicios extensos y preventivos de atención médica para los niños y adolescentes menores de 21 años que reciben Medicaid. Cuando ellos necesitan atención médica, los servicios no están limitados por las políticas de cobertura de Carolina Complete Health. Medicaid se asegura de que los afiliados menores de 21 años puedan obtener la atención médica que necesitan, cuando la necesitan, que incluye servicios de atención médica para prevenir enfermedades y padecimientos en el futuro.

Intervención temprana: Servicios y apoyo disponibles para bebés y niños pequeños con retrasos y discapacidades del desarrollo, y sus familias. Los servicios pueden incluir terapias del habla, fisioterapia y otros tipos de servicios.

Opción tribal de la banda oriental de los indios cheroquis (EBCI, por sus siglas en inglés): La entidad administradora de casos de la atención médica (PCCME, por sus siglas en inglés) creada por la Autoridad Hospitalaria de los Indios Cheroquis (CIHA, por sus siglas en inglés) administra las necesidades de atención médica primaria de los miembros tribales reconocidos a nivel federal y otros que tienen derecho a los servicios a través de Servicios de Salud Indígena (I, por sus siglas en inglés) y viven en los condados de Cherokee, Haywood, Graham, Jackson o Swain o en un condado vecino de las regiones de 5 condados.

Atención en el Departamento de Emergencias (o en la sala de emergencias): La atención hospitalaria que usted recibe si tiene una enfermedad de emergencia.

Enfermedad de emergencia: Una situación en la que su vida podría estar en peligro, o usted podría sufrir daños permanentes si no recibe atención médica de inmediato.

Transporte médico de emergencia: Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por un problema médico de emergencia.

Servicios de emergencia: Servicios que recibe para tratar su enfermedad de emergencia.

Intermediario de la inscripción: Entidad imparcial de terceros que asesora para escoger y ayuda para inscribirse en la atención administrada y coordina la información e instrucción de los beneficiarios.

Servicios excluidos: Servicios que cubre el programa Medicaid Direct de NC, pero no su plan de salud. Puede recibir estos servicios de cualquier proveedor que acepta Medicaid.

Audiencia imparcial: Vea “Audiencia Imparcial Estatal”.

Queja: Una **reclamación** sobre su plan de salud, proveedor, atención o servicios. Comuníquese con su plan e infórmele que tiene una "queja" sobre sus servicios. **Las quejas y apelaciones son diferentes.**

Servicios y dispositivos de habilitación: Los servicios del cuidado de la salud que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y actividades de la vida cotidiana.

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

Plan de salud (o plan): La organización que le proporciona los servicios de atención médica.

Atención médica a domicilio: Ciertos servicios que usted recibe fuera de un hospital o asilo para ayudarle con las actividades de la vida cotidiana, como los servicios de ayuda del asistente de salud a domicilio, los de enfermería especializada o de fisioterapia.

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

Atención hospitalaria ambulatoria: Servicios que usted recibe de un hospital u otro centro médico que no requieren la hospitalización.

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

Institución: Centro o entorno de atención médica que puede brindar apoyos físicos y/o conductuales. Algunos ejemplos son centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF-IID, por sus siglas en inglés), centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y hogares de cuidados para adultos (ACH, por sus siglas en inglés).

Tutor legal o persona legalmente responsable: Una persona que nombra el juzgado para tomar decisiones para una persona incapaz de tomarlas en su nombre (normalmente un familiar o amigo, a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se nombra a un empleado público).

Entidad de administración local/Organización de atención administrada (LME/MCO, por sus siglas en inglés): La organización que proporciona los servicios de salud conductual a los beneficiarios que están en el programa Medicaid Direct de NC.

Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): Cuidados proporcionados en casa, entornos comunitarios o centros para ayudar a las personas con ciertas enfermedades o discapacidades con sus actividades de la vida cotidiana, como son los servicios de salud en casa y de cuidados personales.

Atención administrada: Un programa de atención médica en el que Carolina del Norte tiene contratos con planes de salud, llamados organizaciones de atención administrada (MCOs, por sus siglas en inglés), para organizar los servicios de salud física y conductual integrados y coordinados así como otros servicios de salud para los beneficiarios de Medicaid.

Medicaid: Medicaid es un programa de cobertura de salud. El programa ayuda a ciertas familias o personas con bajos ingresos o problemas médicos graves. Es financiado por fondos federales, estatales y del condado para cubrir muchos servicios médicos, de salud conductual y de I/DD que usted pudiese necesitar. Debe solicitarlo a través de su Departamento de Servicios Sociales local. Cuando califica para recibir Medicaid, tiene ciertos derechos y protecciones. Consulte los siguientes sitios web para obtener más información sobre Medicaid y sus derechos: www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/additional-benefits/member-rights.html y medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/your-rights.

Médicamente necesarios: Servicios, tratamientos o suministros médicos que son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o sus síntomas y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

Afiliado(a): Una persona inscrita y cubierta por un plan de salud.

Servicios para los Afiliados: El número de teléfono al que puede llamar para hablar con alguien y obtener ayuda cuando tenga una pregunta. El número gratuito de Carolina Complete Health es 1-833-552-3876 (TTY 711).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS, por sus siglas en inglés): La agencia estatal que abarca Medicaid de NC (División de Beneficios de la Salud), la División de Salud Mental, los Servicios de Discapacidades del Desarrollo y del Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS, por sus siglas en inglés), la División de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés), la División de Envejecimiento y de Servicios para Adultos (DAAS, por sus siglas en inglés) y otras agencias de servicios humanos y de la salud. El sitio web de NCDHHS es ncdhhs.gov.

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

Medicaid Direct de NC: Anteriormente conocida como Medicaid tradicional, esta categoría de atención incluye a aquéllos que no forman parte de la Atención Administrada de Medicaid de NC.

Defensor de Medicaid de NC: Un programa del departamento que brinda educación y defensa a los beneficiarios de Medicaid, tanto si están en la Atención Administrada de Medicaid de NC como en Medicaid Direct de NC. El Defensor de Medicaid de NC resuelve los problemas de los afiliados de Atención Administrada de Medicaid de NC. Es un recurso que debe utilizarse

cuando usted ha sido incapaz de resolver los problemas con su plan de salud o PCP. El Defensor de Medicaid de NC es separado y distinto del Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo.

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

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

Servicios no cubiertos: Servicios de atención médica que no cubre su plan de salud.

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés): Transporte que su plan de salud puede organizar para ayudarle a acudir a sus citas y regresar a casa con vehículos personales, taxis, furgonetas, minibuses, transportes para áreas montañosas y transporte público.

Plan de tratamiento continuo: Cuando un afiliado, en ausencia de servicios continuos reflejados en un plan de tratamiento o de servicios, o de otra manera clínicamente indicado, sufriría un grave deterioro de su salud o correría el riesgo de ser hospitalizado o institucionalizado.

Enfermedad especial continua: Una enfermedad que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento para evitar un posible fallecimiento o daño permanente. Una enfermedad o afección crónica que pone en peligro la vida, es degenerativa o incapacitante y requiere tratamiento durante un periodo prolongado. Esta definición también incluye el embarazo en su segundo o tercer trimestre, cirugías programadas, trasplantes de órganos, atención hospitalaria programada o el hecho de ser un enfermo terminal.

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

Cuidados paliativos: Atención especializada para un paciente y su familia que comienza con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad grave o terminal. Este tipo de atención se concentra en aliviar los síntomas y el estrés de la enfermedad, teniendo como meta mejorar la calidad de vida para usted y su familia.

Médico: Una persona calificada para ejercer la medicina.

Servicios médicos: Servicios que usted recibe de un médico, de un(a) enfermero(a) titulado(a) o de un asistente médico.

Posnatal: Atención médica después del embarazo para una madre que acaba de dar a luz.

Prima: La cantidad que usted paga mensualmente por su seguro de salud. La mayoría de los beneficiarios de Medicaid no pagan una prima.

Prenatal: Atención médica a las embarazadas durante el embarazo, antes del nacimiento del bebé.

Cobertura de medicamentos con receta: Se refiere a la manera como el plan de salud ayuda a pagar por los medicamentos de venta con receta de sus afiliados.

Medicamentos de venta con receta: Medicamentos que, por ley, requieren que un proveedor los pida antes de que un beneficiario pueda recibirlos.

Atención primaria: Servicios de un proveedor de atención primaria que le ayuda a evitar que se enferme (una revisión, vacunas) para controlar una enfermedad existente (como diabetes).

Proveedor de atención primaria o médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):

El médico o la clínica donde usted recibe su atención primaria (vacunas, consultas del paciente sano y enfermo, visitas para ayudarlo a tratar una enfermedad como la diabetes). Su PCP también debería estar disponible después de las horas de consulta y los fines de semana para darle consejos médicos. Además, lo remite a especialistas (cardiólogos, proveedores de salud conductual) si los necesita. Debe llamar primero a su PCP antes de ir al departamento de emergencias.

Autorización previa (o preautorización): Aprobación que debe tener de su plan de salud antes de poder recibir o seguir recibiendo ciertos servicios de atención médica o medicamentos.

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

Proveedor: Un profesional de atención médica o centro que prestan servicios de atención médica, como un médico, un hospital o una farmacia.

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

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

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

Atención de enfermería especializada: Servicios de atención médica que requieren la habilidad de un(a) enfermero(a) autorizado(a).

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Un centro que brinda atención de enfermería especializada y servicios afines a residentes que necesitan atención médica o de enfermería, o servicios de rehabilitación a personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.

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

Plan estándar: Un plan de salud de Medicaid de Carolina del Norte que ofrece servicios de salud física, farmacia y salud conductual básica a los afiliados. Los planes estándar ofrecen más servicios a los afiliados que califican. Carolina Complete Health es un plan estándar.

Audiencia Imparcial Estatal: Si no está de acuerdo con la resolución de su plan de salud, puede solicitar que el estado la revise. La Oficina de Audiencias Administrativas de NC (OAH, por sus siglas en inglés) efectuará su Audiencia Imparcial Estatal. El juez revisará cuidadosamente la resolución de Carolina Complete Health. El juez no trabaja para su plan de salud. Usted puede proporcionarle al juez más información médica actualizada. También puede hacerle preguntas directamente a un miembro del equipo que trabajó en su resolución.

Trastorno por el consumo de sustancias: Trastorno médico que incluye el uso indebido de alcohol y/o a medicamentos legales o drogas ilegales o su adicción a ellos.

Telesalud: La utilización de audio y video entre dos participantes en tiempo real para brindar y apoyar servicios de atención médica cuando los participantes están en lugares distintos.

Transición de la atención médica: El trámite de ayudarle a cambiar planes de salud o a otro programa de Medicaid, como Medicaid Direct de NC. El término “transición de la atención médica” también aplica a la asistencia que usted recibe cuando su proveedor no está inscrito en el plan de salud.

Atención urgente: Atención para una enfermedad que necesita atención médica inmediata pero que no es una enfermedad de emergencia. Puede recibir atención urgente en una clínica sin cita previa si tiene una enfermedad o lesión que no ponga en peligro su vida.

Bienvenido al Programa de atención administrada de Medicaid de Carolina del Norte de Carolina Complete Health

Índice de contenido

Cómo funciona la atención administrada	1
Cómo usar este manual	1
Ayuda de Servicios para los Afiliados	2
Para las personas con discapacidades auditivas, visuales o del habla.....	3
Para las personas con pérdida auditiva	
Para las personas con pérdida visual	
Para las personas con discapacidades del habla	
Para las personas con múltiples discapacidades	
Otras ayudas y servicios especiales para personas con discapacidades	
Su tarjeta de Medicaid.....	4
Si su proveedor se retira de nuestra red de proveedores	
Cómo cambiar a su PCP	
Cómo recibir atención médica habitual	7
Cómo obtener atención especializada: Remisiones	10
Remisión a fuera de la red	
Obtenga estos servicios de Carolina Complete Health sin una remisión	11
Atención primaria	
Atención de la salud femenina	
Planificación familiar	
Evaluación infantil	
Servicios del Departamento de Salud local	
Servicios de salud conductual	

Emergencias	12
Atención urgente.....	13
Atención fuera de Carolina del Norte y de los Estados Unidos	14
Sus beneficios.....	14
Servicios cubiertos por la red de Carolina Complete Health	15
Atención médica habitual	
Atención de maternidad	
Atención hospitalaria	
Servicios de atención médica a domicilio	
Servicios de cuidados personales	
Cuidados para enfermos terminales (cuidados paliativos)	
Atención de la vista	
Farmacia	
Atención de emergencia	
Atención especializada	
Servicios en asilos de ancianos	
Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	
Servicios de transporte	
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)	
Planificación familiar	
Otros servicios cubiertos	
Servicios añadidos	
En lugar de los servicios	
Apoyo adicional para administrar su salud (Administración de la atención).....	29
Ayuda con problemas que van más allá de la atención médica (Oportunidades saludables) .	30
Otros programas para ayudarle a mantenerse sano	30
Programa de prevención del abuso de opioides	
Programa de Bloqueo de Farmacias	
Beneficios que usted puede obtener de Carolina Complete Health O BIEN de un proveedor de Medicaid Direct de NC	31
Detección del VIH y de las enfermedades venéreas	

Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés): El beneficio de salud de Medicaid para los afiliados menores de 21

Detección y diagnóstico temprano y periódico

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

Beneficios cubiertos por Medicaid pero no por su plan de salud..... 33

Servicios NO cubiertos..... 34

Si recibe una factura

Copagos de los afiliados al plan de salud..... 36

Copagos si tiene Medicaid*

Autorización de servicios y acciones 37

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

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (aplica sólo a los afiliados a Medicaid)

Detalles importantes sobre los servicios cubiertos por la garantía federal EPSDT

Autorización previa y plazos

Información de Servicios para los Afiliados

Usted puede ayudar con las políticas del plan de salud

Apelaciones..... 40

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Solicitudes de los proveedores para apelaciones aceleradas

Solicitudes de los afiliados para apelaciones aceleradas

Plazos para las apelaciones estándar

Decisiones sobre las apelaciones

Audiencias Imparciales Estatales

Mediaciones gratuitas y voluntarias

Continuación de los beneficios durante una apelación

Si tiene problemas con su plan de salud, puede presentar una queja 45

Cómo se resuelve su queja

Transición de la atención médica 46

Su atención médica cuando cambia planes de salud o proveedores

Derechos y responsabilidades de los afiliados 47

Sus derechos

Sus derechos si es menor de edad	
Sus Responsabilidades	49
Cómo cambiar de plan de salud (desafiliación)	49
Cómo solicitar un cambio de planes de salud	
Audiencias Imparciales Estatales para las decisiones de desafiliación	
Directivas anticipadas	52
Testamento vital	
Poder notarial para la atención médica	
Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental	
Formularios que puede utilizar para hacer una directiva anticipada	
Inquietudes sobre abuso, descuido y explotación	54
Fraude, despilfarro y abuso	55
Teléfonos importantes	56
Manténganos informados	57
Defensor de Medicaid de Carolina del Norte	57

Programa de atención administrada de Medicaid de Carolina del Norte (NC, por sus siglas en inglés)

Este manual le ayudará a entender los servicios de atención médica de Medicaid que tiene a su disposición. También puede llamar a Servicios para los Afiliados si tiene preguntas al 1-833-552-3876 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en

www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html/.

Cómo funciona la atención administrada

Usted tiene un equipo de atención médica

La atención médica administrada funciona como un hogar central para coordinar sus necesidades de atención médica.

- Carolina Complete Health tiene un contrato para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid de Carolina del Norte. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y otros centros de atención médica) que conforman nuestra **red de proveedores**.
- Cuando se afilia a Carolina Complete Health, nuestra red de proveedores está aquí para apoyarle. La mayoría de las veces, su contacto principal será su proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita hacerse un análisis, consultar con un especialista o acudir al hospital, su PCP puede ayudarle a organizarlo. Su PCP está disponible para usted día y noche. Si necesita hablar con su PCP después de las horas de trabajo o los fines de semana, deje un mensaje y la forma en que se le puede localizar a usted. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos puede acudir a ciertos médicos para obtener algunos servicios sin necesidad de consultar con su PCP. Consulte la página 11 para ver los detalles.
- Puede visitar nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html para encontrar el directorio de proveedores en línea o llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener una copia impresa del directorio de proveedores.

Cómo usar este manual

Este manual le explica cómo funciona Carolina Complete Health. Es su guía para los servicios de salud y bienestar.

Lea ahora las páginas 1-28. Estas páginas contienen la información que necesita para empezar a usar su plan de salud.

Cuando tenga preguntas sobre su plan de salud, puede:

- Usar este manual.

- Preguntar a su proveedor de atención primaria (PCP)
- Llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711)
- Visitar nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com.

Ayuda de Servicios para los Afiliados

Servicios para los Afiliados tiene personas que le ayudarán. Puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

- Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para los Afiliados de lunes a sábado, de 7 a. m. a 6 p. m. Para las llamadas realizadas fuera del horario laboral, existe la opción de dejar un mensaje y Carolina Complete Health le devolverá la llamada al siguiente día laborable. **En caso de una emergencia médica, llame al 911.**
- **Puede llamar a Servicios para los Afiliados para obtener ayuda cuando tiene preguntas.** Puede llamarnos para elegir o cambiar a su proveedor de atención primaria (PCP), preguntar sobre los beneficios y servicios, obtener ayuda con las remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación de Medicaid perdida, informar del nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios o a los de su familia.
- Si está o queda embarazada, su hijo(a) pasará a formar parte de Carolina Complete Health el día que nazca. Llámenos y también a su Departamento de Servicios Sociales local de inmediato si queda embarazada. Podemos ayudarle a elegir un médico tanto para usted como para su bebé.
- **Si el inglés no es su primer idioma, podemos ayudarle.** Llámenos al 1-833-552-3876 (TTY 711) y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma.

Otras formas en que podemos ayudarle

- Si tiene preguntas o inquietudes básicas sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea de Enfermería al 1-833-552-3876 (TTY 711) en cualquier momento, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Puede obtener consejos sobre cuándo acudir a su proveedor de atención primaria o hacer preguntas sobre los síntomas o medicamentos.
- Si tiene dolor o angustia emocional o mental, llame a la Línea de Crisis para la Salud del Comportamiento al 1-855-798-7093 en cualquier momento, las 24 horas al día y los 7 días a la semana, para hablar con alguien que le escuchará y ayudará. Esta llamada es gratuita. Estamos aquí para ayudarle con problemas como el estrés, la depresión o la ansiedad. Podemos conseguirle el apoyo que necesita para sentirse mejor. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.**

Para las personas con discapacidades auditivas, visuales o del habla

Usted tiene el derecho de recibir información sobre su plan de salud, atención médica y servicios en un formato que pueda entender y acceder. Carolina Complete Health brinda servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse eficazmente con nosotros.

Para las personas con pérdida auditiva

Si es sordo, oye mal o siente que tiene dificultades para oír y necesita ayuda para comunicarse, Carolina Complete Health tiene recursos a su disposición que son, entre otros:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas estadounidense
- Intérpretes calificados para sordos
- Subtitulado de traducción para acceder a comunicación en tiempo real (CART)
- Dispositivos personales de amplificación de audio (ALDs) para su uso
- Personal capacitado para encargarse de retransmitir adecuadamente sus llamadas para un servicio (video teléfono, teléfono con subtítulos o TTY)
- El sitio web de Carolina Complete Health permite a los afiliados acceder a información y ponerse en contacto con el plan de salud mediante un formulario web.

Para las personas con pérdida visual

Si tiene pérdida visual, Carolina Complete Health tiene recursos a su disposición que son, entre otros:

- Información en letras grandes
- Materiales escritos en formatos accesibles (letras grandes, braille, audio, formato electrónico accesible)
- Se puede acceder a las páginas del sitio web de Carolina Complete Health para que los afiliados escuchen la lectura en voz alta de las páginas completas.

Para las personas con pérdida del habla

Si usted tiene una discapacidad del habla, Carolina Complete Health tiene recursos a su disposición que son, entre otros:

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

Para las personas con múltiples discapacidades

Las necesidades de acceso para las personas con discapacidades varían. Las ayudas y los servicios especiales siempre se proporcionan sin costo.

Otras ayudas y otros servicios especiales para personas con discapacidades

- Ayuda para programar o acudir a citas.
- Administradores de atención médica que pueden ayudarle a recibir la atención que necesita.
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su padecimiento.
- Si usa una silla de ruedas, podemos indicarle si el consultorio médico es accesible para sillas de ruedas y ayudarle a programar citas o acudir a ellas.
- Acceso fácil a servicios de movilidad (como accesibilidad ADA, rampas, pasamanos y otros servicios).

Para solicitar los servicios, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Carolina Complete Health cumple con las leyes federales de los derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, o sexo. Si cree que Carolina Complete Health no ha prestado estos servicios, puede presentar una queja. Para presentar una queja u obtener más información, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si tiene problemas que no ha podido resolver con Carolina Complete Health, puede comunicarse con el Defensor de Medicaid de Carolina del Norte al 1-877-201-3750 o ncmedicaidombudsman.org.

Su tarjeta de identificación de Medicaid

Le hemos enviado su tarjeta de identificación de Medicaid por correo junto con este paquete de bienvenida y el manual para afiliados. Hemos utilizado la dirección postal que aparece en el archivo del Departamento de Servicios Sociales de su localidad. Su tarjeta de identificación de Medicaid tiene:

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

Si hay un error en su tarjeta de identificación de Medicaid o si la pierde, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711). Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de Medicaid. Deberá mostrarla cada vez que acuda a recibir atención médica.

Los afiliados que necesiten ayuda o acceso a beneficios antes de recibir su tarjeta de identificación por correo, pueden llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).



1701 North Graham St., Suite 101
Charlotte, NC 28206

Name/Nombre: MARY Q SAMPLE
Member ID#: 1234567890
Date of Birth/Fecha de Nacimiento: 04/04/2003
Effective/Efectivo a partir de: 12/01/2021
AMH/PCP Name/Nombre del AMH/PCP: JOHN DOCTOR, MD
AMH/PCP Address/Dirección del AMH/PCP: Medicaid
123 Main Street
Any City, NC 12345
AMH/PCP Phone Number/Número de teléfono del AMH/PCP: 704-123-4567

RXBIN: XXXXXX
RXPCN: XXXXXXXX
RXGRP: XXXXXX
MEMBER PORTAL/PORTAL PARA AFILIADOS: CarolinaCompleteHealth.com

IMPORTANT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO
Members/Afiliados:
Call 1-833-552-3876 (TTY: 711) for **Member Services / Servicios para afiliados** and
24/7 Nurse Advice Line / Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7
Call 1-855-798-7093 for **Behavioral Health Crisis Line / Línea de crisis de salud mental**

Providers: Call 1-833-552-3876 for
Provider Service Line • Prescriber Service Line • Prior Authorization
Pharmacy Help Desk: XXX-XXX-XXXX **Pharmacy Prior Authorization:** 1-833-585-4309
Pharmacy Paper Claims: P.O. Box 989000, West Sacramento CA 95798
All Medical Claims: Carolina Complete Health, PO Box 8040, Farmington, MO 63640-8040

If you suspect a doctor, clinic, hospital, home health service or any other kind of medical provider is committing Medicaid fraud, report it. Call 1-919-881-2320. Some services are carved out. A full list of benefits can be found in the Member Handbook at CarolinaCompleteHealth.com.

Si sospecha que un médico, clínica, hospital, servicio de atención médica en el hogar o cualquier otro tipo de proveedor médico está cometiendo fraude contra Medicaid, infórmelo. Llame al 1-919-881-2320. Algunos servicios están excluidos. Puede encontrar una lista completa de beneficios en el Manual para afiliados de CarolinaCompleteHealth.com.

Cómo elegir a su PCP

- Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, una enfermera, un asistente médico u otro tipo de proveedor que:
 - Cuida de su salud
 - Coordina sus necesidades de atención médica
 - Le ayuda a obtener remisiones para servicios especializados si los necesita
- Como beneficiario de Medicaid, usted tuvo la oportunidad de elegir a su propio PCP. Si no eligió a un PCP, nosotros elegiremos uno por usted basándonos en su atención médica anterior. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación de Medicaid. Si desea cambiar a su PCP, tiene 30 días a partir de la fecha en que recibe este paquete para realizar el cambio. (Vea "Cómo cambiar a su PCP" en la página 6 para saber cómo hacer esos cambios).
- Cuando se esté decidiendo por un PCP, es posible que desee encontrar a un PCP que:
 - Ya haya consultado anteriormente
 - Comprenda su historia clínica
 - Acepte nuevos pacientes
 - Pueda prestarle servicios en su idioma
 - Sea de fácil acceso
- Cada miembro de la familia afiliado a Carolina Complete Health puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir a un PCP que atienda a toda la familia. Un pediatra trata a los niños. Los médicos de familia tratan a toda la familia. Los internistas tratan a los adultos. Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener ayuda al elegir a un PCP que sea el adecuado para usted y su familia.

- Puede encontrar la lista de todos los médicos, las clínicas, los hospitales, laboratorios y otros asociados a Carolina Complete Health en nuestro directorio de proveedores. Visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html para consultar el directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener una copia impresa del directorio de proveedores.
- Las mujeres pueden elegir a un ginecólogo-obstetra para que sea su PCP. Las mujeres no necesitan que un PCP las remita para acudir a un ginecólogo-obstetra del plan de salud o a otro proveedor que ofrezca servicios de atención médica femenina. Las mujeres pueden recibir revisiones rutinarias, atención de seguimiento si la necesitan y atención habitual durante el embarazo.
- Si usted tiene una enfermedad compleja o una necesidad especial de atención médica, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Para seleccionar a un especialista como su PCP, regístrese en el portal seguro para afiliados de Carolina Complete Health o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711). Si usted no eligió a su PCP y no ha acudido a uno en los últimos 12 a 18 meses, Carolina Complete Health podría asignarle a un PCP diferente en base a su historial médico.

Si su proveedor se retira de nuestra red de proveedores

- Si su proveedor se retira de Carolina Complete Health, le avisaremos dentro de 15 días a partir de que tengamos conocimiento de ello. Si el proveedor que se retira de Carolina Complete Health es su PCP, le avisaremos dentro de 7 días y nos aseguraremos de que elija a un nuevo PCP.
- Si su proveedor se retira de nuestra red, podemos ayudarle a encontrar uno nuevo.
- Incluso si su proveedor se retira de nuestra red, es posible que pueda permanecer con él/ella durante más tiempo en determinadas situaciones.
- Lea "Su atención médica cuando cambia de planes de salud o proveedores" en la página 46 para saber más sobre cuánto tiempo puede quedarse con un proveedor que se ha salido de nuestra red.
- Si tiene cualquier pregunta sobre la información de esta sección, visite nuestro sitio web www.carolinacompletehealth.com o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Cómo cambiar a su PCP

- Usted puede encontrar el nombre y la información de contacto de su proveedor de atención primaria (PCP) en su tarjeta de identificación de Medicaid. Puede cambiar a su PCP en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba su tarjeta de identificación de Medicaid. Para cambiar a su PCP, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-

3876 (TTY 711). Después, sólo podrá cambiar de PCP una vez al año. No tiene que dar ninguna razón para el cambio.

- Para cambiar a su PCP más de una vez al año, debe tener una buena razón (un buen motivo). Por ejemplo, puede tener un buen motivo si:
 - Su PCP no le proporciona atención, servicios o suministros accesibles y adecuados (por ejemplo, no organiza la atención hospitalaria o las consultas con especialistas cuando son necesarias para el tratamiento)
 - Usted no está de acuerdo con su plan de tratamiento
 - Su PCP se traslada a un lugar diferente que no es conveniente para usted
 - Su PCP cambia el horario o los días de consulta de los pacientes
 - Usted tiene problemas para comunicarse con su PCP debido a una barrera lingüística u otro problema
 - Su PCP es incapaz de adaptarse a sus necesidades especiales
 - Usted y su PCP están de acuerdo en que un nuevo PCP es lo mejor para su atención

Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para saber más sobre cómo cambiar a su PCP.

Cómo recibir atención médica habitual

- "Atención médica habitual" significa exámenes, revisiones médicas periódicas, vacunas u otros tratamientos para mantenerse bien y tratar enfermedades u otros síntomas. También incluye darle consejos cuando los necesite y remitirle al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Usted y su Proveedor de Atención Primaria (PCP) colaboran para mantenerle bien o ver que reciba la atención que necesita.
- Su PCP siempre está disponible. Llame a su PCP cuando tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama después del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje indicando dónde o cómo se le puede localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde que su PCP le conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.
- Su PCP resolverá la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero debe tener una cita para acudir a su PCP. Si alguna vez no puede acudir a una cita, llame para informar a su PCP.
- **Cómo programar su primera cita de atención médica habitual.** Tan pronto como elija o se le asigne un PCP, si se trata de un nuevo proveedor, llame para programar una primera cita. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y a sus necesidades de atención médica.
- Cómo prepararse para su primera consulta con un nuevo proveedor:

- Solicite una transferencia de los expedientes médicos de su proveedor actual a su nuevo PCP.
- Haga una lista de sus problemas de salud que tiene ahora y esté preparado para hablar de su salud en general, enfermedades pasadas importantes, cirugías, etc.
- Haga una lista de preguntas que quiera hacerle a su PCP.
- Lleve todos los medicamentos y suplementos que esté tomando a su primera cita.

Lo mejor es consultar con su PCP dentro de tres meses tras afiliarse al plan de salud.

- **Si necesita atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle su problema. Su PCP le dará una cita más temprana para tratar ese problema de salud en particular. No obstante, debe mantener y acudir a la primera cita para hablar de su historia clínica y hacer preguntas.
- Para Carolina Complete Health, es importante que pueda acudir al médico dentro de un plazo razonable. La Guía de Citas en la siguiente página le informa cuánto tiempo podría tener que esperar para su consulta.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA POR ESTE TIPO DE SERVICIO:	SU CITA DEBE TENER LUGAR:
Atención preventiva para adultos (servicios como revisiones médicas rutinarias o vacunas)	en un plazo de 30 días
Atención pediátrica preventiva (servicios como revisiones médicas de bienestar infantil)	en un plazo de 14 días para los afiliados menores de 6 meses; en un plazo de 30 días para los afiliados de 6 meses o más
Servicios de atención urgente (atención de problemas como esguinces, síntomas gripales o cortaduras y heridas leves)	en un plazo de 24 horas
Atención urgente o de emergencia solicitada fuera del horario de consulta	Acuda cuanto antes al departamento de emergencias del hospital (abierto las 24 horas del día, los 365 días del año) o a una clínica de atención urgente
Primera consulta prenatal (1 ^{er} o 2 ^o trimestre)	en un plazo de 14 días
Primera consulta prenatal (3 ^{er} trimestre o embarazo de alto riesgo)	en un plazo de 5 días
Salud mental	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días

Servicios de atención urgente	dentro de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una enfermedad potencialmente mortal)	Acuda cuanto antes al departamento de emergencias del hospital (abierto las 24 horas del día, los 365 días del año) o a una clínica de atención urgente
Servicios móviles de control de crisis	dentro de 30 minutos
Trastornos por el consumo de sustancias	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días
Servicios de atención urgente	dentro de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una enfermedad potencialmente mortal)	Acuda cuanto antes al departamento de emergencias del hospital (abierto las 24 horas del día, los 365 días del año) o a una clínica de atención urgente

Si no recibe la atención que necesita dentro de los plazos descritos anteriormente, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Cómo obtener atención especializada: Remisiones

- Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede proporcionarle, su PCP le remitirá a un **especialista** que pueda hacerlo. Un especialista es un médico que ha recibido capacitación y ejerce en un área específica de la medicina, (como un cardiólogo o cirujano). Si su PCP le remite con un especialista, nosotros pagaremos por su atención si ésta es médicamente necesaria. La mayoría de los especialistas son proveedores de Carolina Complete Health. Hable con su PCP para asegurarse de que sabe cómo funcionan las remisiones. Consulte a continuación el trámite de remisión a un especialista que no está en nuestra red de proveedores.
- Si considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP, quien puede ayudarle a encontrar a otro especialista.
- Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar la aprobación de Carolina Complete Health antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP le informará cuáles son esos servicios.
- Si tiene problemas para obtener una remisión que cree que necesita, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Remisión fuera de la red

- Si Carolina Complete Health no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda proporcionarle la atención que necesita, le remitiremos a un especialista fuera de nuestro plan de salud. Esto se llama **remisión fuera de la red**. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de Carolina Complete Health antes de poder obtener una remisión para que usted pueda acudir a un proveedor fuera de la red.
- Para solicitar atención médica de especialistas o proveedores fuera de la red de Carolina Complete Health, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o llene el formulario de remisión fuera de la red en www.carolinacompletehealth.com/referral.
- A veces es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red porque tenemos un proveedor en Carolina Complete Health que puede tratarle. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede **apelarla**. Consulte la página 40 para saber cómo hacerlo.
- A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó una atención médica similar a la que puede obtener de un proveedor de Carolina Complete Health. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede **apelarla**. Consulte la página 40 para saber cómo.

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad especial de atención médica, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Si desea elegir a un especialista como su PCP, visite el Portal seguro para afiliados en www.carolinacompletehealth.com o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552- 3876 (TTY 711). Después de que nos diga quién es su PCP especialista, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado de Carolina Complete Health con el nombre y el teléfono de su PCP.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le conseguiremos la atención que necesita con un especialista fuera de nuestro plan, o con un **proveedor fuera de la red**. Para obtener más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Obtenga estos servicios de Carolina Complete Health sin una remisión

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

Atención primaria

Usted no necesita una remisión para obtener servicios de atención primaria. Si necesita una revisión médica o tiene preguntas sobre su salud, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) para programar una cita. El nombre y la información de contacto de su PCP asignado se encuentran en su tarjeta de identificación de Medicaid.

Atención de la salud femenina

No necesita una remisión de su PCP si:

- Está embarazada y necesita servicios relacionados con el embarazo
- Necesita servicios de ginecología y obstetricia
- Necesita servicios de planificación familiar
- Necesita un examen de mamas o pélvico

Planificación familiar

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

- Control de la natalidad
- Dispositivos para el control de la natalidad como el dispositivo intrauterino (DIU), los dispositivos anticonceptivos implantables y otros que se pueden adquirir con receta médica
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de esterilización
- Análisis de detección del VIH y de las enfermedades venéreas, tratamiento y asesoramiento

- Análisis de detección de cáncer y otras enfermedades relacionadas

Evaluación infantil

No se necesita una remisión para recibir los servicios de evaluación infantil o escolares.

Servicios del departamento de salud local

No necesita una remisión para recibir los servicios del departamento de salud local.

Servicios de salud conductual

No necesita una remisión para su primera evaluación de salud conductual o de trastornos por el consumo de sustancias completada en un período de 12 meses. Pídale a su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para recibir una lista de proveedores de salud mental y de trastornos por el consumo de sustancias. También puede encontrar una lista de nuestros proveedores de salud conductual en línea en www.carolinacompletehealth.com.

Emergencias

Usted siempre está cubierto en caso de emergencias. Una emergencia médica o conductual es una situación en la que su vida podría peligrar o usted podría sufrir daños permanentes si no recibe atención de inmediato. Algunos ejemplos de emergencias son:

- Un infarto de miocardio o fuerte dolor en el pecho
- Sangrado que no para o una quemadura grave
- Fracturas de huesos
- Problemas para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- Cuando usted cree que puede hacerse daño a sí mismo o a otros
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

- Algunos ejemplos que **no son emergencias** son resfriados, molestias estomacales o pequeñas cortaduras y moretones. Los problemas familiares o la ruptura de una relación pueden considerarse como no emergencias.

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

- Puede ir a cualquier hospital o centro para recibir atención de emergencia.
- **No** necesita la aprobación de su plan de salud o de su PCP antes de recibir atención de emergencia, y no está obligado a acudir a nuestros hospitales o médicos.
- **Si no está seguro, llame a su PCP a cualquier hora, día o noche.** Dígale a la persona con la que hable lo que está ocurriendo. El equipo de su PCP:
 - Le dirá lo que tiene que hacer en casa.
 - Le dirá que acuda al consultorio del PCP.
 - Le dirá cuáles servicios comunitarios puede recibir.
 - Le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje cómo se le puede localizar. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible.

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

Recuerde: Vaya al Departamento de Emergencias sólo si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Servicios para los Afiliados de Carolina Complete Health al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si necesita ayuda con una situación de salud mental o drogas, siente que tiene estrés o una preocupación, puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual al 1-833-798-7093.

Atención urgente

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero que aun así necesite atención y cuidados rápidos. Esto podría ser:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en medio de la noche y no deja de llorar
- La gripe
- Una cortadura que necesita puntos de sutura
- Un esguince de tobillo
- Una astilla grande que no la puede sacar

Ya sea que esté en su casa o fuera de ella, puede acudir a una clínica de atención urgente para recibir atención el mismo día o pedir una cita para el día siguiente. Si desea ayuda para programar una cita:

- Llame a su PCP a cualquier hora del día o de la noche.
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711). Dígame a la persona que responda lo que está sucediendo y le dirá qué hacer.

Atención fuera de Carolina del Norte y de los Estados Unidos

En algunos casos, Carolina Complete Health puede pagar los servicios de atención médica que usted reciba de un proveedor ubicado en la frontera de Carolina del Norte o en otro estado. Su PCP y Carolina Complete Health pueden darle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Carolina del Norte por su plan de salud y cómo puede recibirlos si los necesita.

- Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras está de viaje en cualquier lugar **dentro de** los Estados Unidos y sus territorios, Carolina Complete Health pagará por su atención.
- Su plan de salud no pagará por la atención recibida **fuera de** los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene cualquier pregunta sobre cómo recibir atención médica fuera de Carolina del Norte o de los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Sus beneficios

Atención Administrada de Medicaid de NC proporciona **beneficios** o servicios de atención médica cubiertos por su plan de salud.

Esta sección describe:

- Servicios cubiertos y no cubiertos. "Servicios cubiertos" significa que Carolina Complete Health pagará por los servicios. También se llaman beneficios. "Servicios no cubiertos" significa que Carolina Complete Health no pagará por los servicios.
- Qué hacer si tiene un problema con su plan de salud.
- Servicios adicionales disponibles para Carolina Complete Health con el fin de apoyar la salud integral de los afiliados en áreas como la educación, la inseguridad alimentaria, el empleo, etc.

Carolina Complete Health le proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que necesite. Sus beneficios de salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más sano(a) posible si:

- Está embarazada

- Se enferma o lesiona
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias o tiene necesidades de salud conductual
- Necesita ayuda para realizar tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida cotidiana
- Necesita ayuda para acudir al consultorio médico
- Necesita medicamentos

La siguiente sección describe los servicios específicos cubiertos por Carolina Complete Health. Pregunte a su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Usted puede recibir algunos servicios sin consultar con su PCP. Entre ellos están atención primaria, atención de emergencia, servicios de la salud femenina, servicios de planificación familiar, servicios de evaluación infantil, servicios prestados en los departamentos de salud locales, servicios proporcionados en la escuela y algunos servicios para la salud conductual. Puede encontrar más información sobre estos servicios en la página 15.

Servicios cubiertos por la red de Carolina Complete Health

Usted debe recibir los siguientes servicios de los proveedores que están en la red de Carolina Complete Health. Los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados, coordinados o remitidos por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) si tiene preguntas o necesita ayuda.

Atención médica habitual

- Consultas en el consultorio de su PCP que incluyen revisiones médicas habituales, análisis de laboratorio y análisis de rutina
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de la vista (oculares) y auditivos
- Atención del bebé sano
- Atención del niño sano
- Inmunizaciones (vacunas) para niños y adultos
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para afiliados menores de 21 años (consulte la página 32 para obtener más información sobre los servicios EPSDT)
- Ayuda para dejar el tabaco

Atención de maternidad

- Atención prenatal, del parto y posparto
- Clases de preparación para el parto
- Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con la atención materna y el parto

- Una visita domiciliaria posparto médicamente necesaria para el cuidado y la evaluación del recién nacido tras el alta, pero no más tarde de 60 días después del parto
- Servicios de administración de cuidados para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y dos meses posteriores al parto (consulte la página 29 para más información)

Atención hospitalaria

- Atención hospitalaria
- Atención ambulatoria
- Análisis de laboratorio, radiografías y otros exámenes

Servicios de atención médica a domicilio

- Deben ser médicamente necesarios y organizados por Carolina Complete Health
- Servicios de enfermería especializada de duración limitada
- Terapias especializadas, como fisioterapia, patología del habla y lenguaje y terapia ocupacional
- Servicios de ayuda de salud en el hogar para ayudar con actividades tales como bañarse, vestirse, preparar comidas y tareas domésticas
- Suministros y equipos médicos

Servicios de cuidados personales

- Deben ser médicamente necesarios y organizados por Carolina Complete Health
- Ayudan con las actividades comunes de la vida cotidiana, como comer, vestirse y bañarse, para personas con discapacidades y enfermedades continuas

Cuidados para enfermos terminales (cuidados paliativos)

- Carolina Complete Health organizará los cuidados para enfermos terminales (o paliativos) si son médicamente necesarios.
- Los cuidados para enfermos terminales (o paliativos) ayudan a los pacientes y a sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte.
- Los cuidados para enfermos terminales (o paliativos) proporcionan atención médica, de apoyo y paliativa a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.
- Usted puede recibir estos servicios en su casa, en un hospital o en un asilo para ancianos.

Atención visual

- Servicios proporcionados por oftalmólogos y optometristas, como exámenes rutinarios de la vista, lentes de contacto médicamente necesarios y honorarios por despachar anteojos. Los optometristas también pueden adaptar y despachar lentes de contacto y anteojos médicamente necesarios.

- Remisiones a especialistas para enfermedades o defectos oculares
- Se le proporciona la fabricación de anteojos, incluyendo anteojos completos, cristales de anteojos y armazones, a través del programa Medicaid Direct de NC. Aunque estos anteojos están cubiertos a través de Medicaid Direct de NC, los proveedores de Carolina Complete Health que trabajan en un consultorio que ofrece exámenes de la vista y anteojos deben hacerle su examen de la vista y proporcionarle sus anteojos de Medicaid Direct de NC (consulte la página 33 para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por Medicaid, pero no a través de su Plan de Salud).

Farmacia

- Medicamentos de venta con receta
- Algunos medicamentos que se venden sin receta (también llamados "de venta libre"), como los medicamentos para alergias
- Insulina y otros suministros para diabéticos, como jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas
- Productos para dejar de fumar, incluidos los de venta libre
- Anticoncepción de emergencia
- Materiales médicos y quirúrgicos disponibles a través de farmacias y de suministradores que venden equipo médico duradero
- También ofrecemos un Programa de bloqueo de farmacia que ayuda a identificar a los afiliados que corren el riesgo de un posible uso excesivo o inadecuado de medicamentos para el dolor (analgésicos opioides) y para los nervios (benzodiazepinas y ciertos ansiolíticos). Consulte la página 31 para obtener más información sobre nuestro programa de bloqueo de farmacia.

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido atención de emergencia, es posible que necesite otros cuidados para asegurarse de que permanece en una condición estable.
- Dependiendo de la necesidad, puede ser tratado en el departamento de emergencias, en una habitación del hospital para pacientes internados o en otro entorno.
- Para más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 12.

Atención especializada

- Servicios de atención respiratoria
- Servicios de podiatría
- Servicios quiroprácticos

- Servicios de atención cardíaca
- Servicios quirúrgicos

Servicios en asilos de ancianos

- Deben ser ordenados por un médico y autorizados por Carolina Complete Health
- Incluyen estadías a corto plazo o de rehabilitación y atención a largo plazo hasta por 90 días seguidos. Después del día 90, sus servicios de enfermería serán cubiertos por Medicaid Direct de NC, no por Carolina Complete Health. Si tiene preguntas, hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).
- Los servicios en los asilos cubiertos incluyen supervisión médica, cuidados de enfermería las 24 horas del día, asistencia para la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.
- Los servicios en los asilos deben provenir de un asilo perteneciente a la red de proveedores de Carolina Complete Health. Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener ayuda con preguntas sobre los proveedores de asilos y las redes del plan de salud.

Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

La atención de salud conductual abarca salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y los servicios de tratamiento y rehabilitación de trastornos por el consumo de sustancias (alcohol y drogas). Todos los afiliados tienen acceso a servicios de ayuda para problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o para ayudar con los trastornos por el consumo de alcohol u otras sustancias.

Los servicios de salud conductual **cubiertos** por Carolina Complete Health son los siguientes:

- Servicios ambulatorios de deshabituación alcohólica o de drogas
- Servicios de evaluación diagnóstica
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para los afiliados menores de 21 años
- Servicios de crisis en centros para niños y adolescentes
- Servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados
- Estabilización de crisis de deshabituación en centros de tratamiento del abuso del alcohol y drogas o con supervisión médica
- Servicios móviles de control de crisis
- Servicios de deshabituación médica no hospitalaria
- Servicios ambulatorios de salud conductual en el departamento de emergencias

- Servicios ambulatorios de salud conductual brindados por proveedores inscritos directamente
- Servicios de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Servicios de apoyo por colegas
- Servicios de tratamiento profesional en un programa de crisis basados en un centro
- Tratamiento intensivo de salud conductual basado en la investigación

Algunos servicios de salud conductual para personas con un trastorno de salud mental, del abuso de sustancias, discapacidad intelectual o del desarrollo o lesión cerebral traumática sólo están disponibles a través de las entidades de salud local/organizaciones de atención médica administrada (LME/MCO) y en Medicaid Direct de NC. Los siguientes servicios de salud conductual no están cubiertos por Carolina Complete Health pero, en caso necesario, los afiliados pueden acceder a estos servicios a través de los programas LME/MCO y Medicaid Direct de NC:

- Servicios en instalaciones de tratamiento residencial para niños y adolescentes
- Servicios de tratamiento diurno para niños y adolescentes
- Servicios intensivos a domicilio
- Servicios de terapia multisistémica
- Centros de tratamiento residencial psiquiátrico
- Tratamiento comunitario enérgico
- Equipo de apoyo comunitario
- Rehabilitación psicosocial
- Tratamientos Ambulatorios Integrales por Abuso de Sustancias (SACOT, por sus siglas en inglés)
- Programa Ambulatorio Intensivo por Abuso de Sustancias (SAIOP, por sus siglas en inglés)
- Tratamiento residencial comunitario no médico por abuso de sustancias
- Tratamiento residencial con supervisión médica por abuso de sustancias
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Servicios de exención de innovaciones
- Servicios de exención por lesión cerebral traumática (sólo disponibles en los condados atendidos por la LME/MCO Alliance Health)
- Servicios de 1915(b)(3)

Si cree que necesita acceder a cualquiera de los servicios de salud conductual que Carolina Complete Health no proporciona, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Servicios de transporte

- **Transporte de emergencia:** Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al 911.
- **Transporte que no es de emergencia:** Carolina Complete Health puede organizar y pagar su transporte para ayudarle a ir y regresar de sus citas para la atención médica cubierta por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita que un asistente le acompañe a su cita médica, o si su hijo (de 18 años o menor) está afiliado al plan, el transporte también está cubierto para el asistente, padre o tutor. El transporte médico que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses, transportes en la zona montañosa y transporte público.

Cómo obtener transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés).

Los afiliados deben organizar su transporte con la mayor antelación posible, como mínimo dos días hábiles antes de su cita.

Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711) para programar su transporte.

El transporte médico que no es de emergencia es proporcionado por ModivCare. Fuera del horario de atención, puede obtener transporte médico para acudir a las citas marcando el mismo número gratuito que se utiliza durante el horario de atención normal. Las horas para hacer reservaciones en ModivCare son de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. ModivCare cierra los domingos y los días festivos nacionales (Año Nuevo, Día de los Caídos, 4 de julio, Día del Trabajo, Acción de Gracias, día después de Acción de Gracias y Navidad).

Modivcare, ha añadido Lyft a su red a partir de 11/7/23. Es posible que su transporte futuro sea proporcionado por un vehículo de Lyft. Recuerde que deberá seguir haciendo las reservaciones de transporte directamente a través de Modivcare. Las reservaciones NO se pueden hacer a través de la aplicación de Lyft.

El transporte médico que no sea de emergencia está cubierto para los servicios cubiertos médicamente necesarios, como citas médicas, diálisis y citas de asesoramiento. Si necesita cambiar o cancelar su cita de transporte, llame a Servicios de Transporte al 1-833-552-3876 (TTY 711) en cuanto sepa que necesita cambiar o cancelar su hora de recogida. Si el transporte no llega a la hora de la cita, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para saber la ubicación del conductor u organizar alternativas.

Los servicios de transporte urgente, incluidas las altas hospitalarias, están exentos de cualquier requisito de preaviso. Una necesidad de transporte urgente es el transporte para un servicio médico que no justifica el transporte en ambulancia, pero que no puede posponerse a otro momento. Algunos ejemplos son el alta hospitalaria, las enfermedades agudas, la solicitud de modificación/traslado y las lesiones no urgentes, así como la atención médica necesaria que no

pueda reprogramarse para otro momento. Para programar un servicio de transporte urgente, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si se le niegan los servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la página 40 para obtener más información sobre las apelaciones. Si tiene preguntas sobre el transporte, visite www.carolinacompletehealth.com o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Para ciertos tipos de transporte, es posible que Carolina Complete Health necesite revisar la solicitud o requerir información adicional antes de que podamos programar el transporte. A esto se le llama **autorización previa** (consulte la página 21 para obtener más información sobre la autorización del servicio). Los siguientes tipos de viaje deben ser revisados por nosotros y/o requieren información adicional antes de que podamos programarlos:

Se requiere autorización previa
• Proveedores/centros fuera de la red • Viaje de ida superior a 100 millas • Proveedores/centros fuera del estado • Viaje de ida que supere \$200 (excluye costos asociados con los recargos) • Transporte para servicios no cubiertos por Carolina Complete Health (excluye servicios dentales)

Llame a Servicios de Transporte al 1-833-552-3876 (TTY 711) para iniciar una autorización previa. Los Servicios de Transporte se pondrán en contacto con usted cuando se apruebe un transporte que requiera autorización previa. En todo caso de denegación de un transporte, los Servicios de Transporte se lo notificarán por teléfono y por escrito. Puede recibir la aprobación verbal en el momento de la llamada si está disponible cuando llame.

Los afiliados que utilicen los servicios de transporte médico que no sean de emergencia deben cumplir con las políticas de conducta de los proveedores de transporte. Cualquier conducta que ponga en peligro la seguridad de otros pasajeros o del conductor puede dar lugar a la suspensión de los servicios de transporte. Dependiendo de las circunstancias, no cancelar un servicio de transporte o cancelarlo con menos de 24 horas de antelación puede resultar en una no-presentación. No presentarse repetidamente puede dar lugar a la suspensión de los servicios de transporte.

En determinadas circunstancias, como estancias nocturnas, viajes muy tempranos o regresos tardíos, usted puede tener derecho a un reembolso de las comidas o del alojamiento. Para saber más y solicitar una autorización previa de reembolso, llame a Servicios de Transporte al 1-833-552-3876 (TTY 711). Puede obtener más información sobre nuestra política de transporte médico que no sea de emergencia si llama a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o visita nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com. Puede obtener más información sobre nuestra política de transporte médico que no sea de emergencia si llama a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o visita nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/resources/benefits-services/transportation.html.

Servicios para los Afiliados puede proporcionarle información como:

- Cómo solicitar, programar o cancelar un servicio de transporte
- Cualquier limitación en los servicios de transporte médico que no sea de emergencia
- Conducta esperada de los afiliados y procedimientos en caso de no presentarse
- Cómo obtener el reembolso del millaje si utiliza su propio carro

Al tomar un transporte a su cita, usted puede esperar:

- Llegar a tiempo a la cita y no antes de una hora antes de la misma
- No esperar más de una hora después de la cita para que le lleven a casa
- No salirse de la cita antes de tiempo

Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la página 40 para obtener más información sobre las apelaciones. Si no está satisfecho con su servicio de transporte, puede presentar una queja. Consulte la página 45 para obtener más información sobre las quejas.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Si tiene cierto problema de salud o una discapacidad, es posible que necesite ayuda para realizar actividades cotidianas como comer, bañarse o las tareas domésticas. Puede obtener ayuda a través de un beneficio de salud de Carolina Complete Health conocido como "Servicios y apoyos a largo plazo" (LTSS). Los LTSS incluyen servicios como la asistencia sanitaria a domicilio y los servicios de cuidados personales. Puede recibir LTSS en su casa, comunidad o en un asilo de ancianos.

- Si necesita LTSS, es posible que tenga un administrador de la atención médica en su equipo de atención. El administrador de la atención médica es un profesional de la salud especialmente capacitado que colabora con usted, sus médicos y otros proveedores de su elección para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite. Para obtener más información sobre lo que puede hacer por usted un administrador de la atención médica, consulte "Apoyo adicional para administrar su salud (Administración de la atención)" en la página 29.
- Si se va a salir de un asilo de ancianos y le preocupa su situación de vivienda, podemos ayudarlo. Nuestro especialista en viviendas puede ponerle en contacto con opciones de vivienda. Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para saber más.

Si tiene preguntas sobre el uso de los beneficios de LTSS, hable con su PCP, un miembro de su equipo de atención o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Planificación familiar

Usted puede consultar con cualquier médico o ir a una clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede consultar con uno de nuestros proveedores

de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP para los servicios de planificación familiar, los cuales incluyen:

- Control de la natalidad
- Dispositivos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino (DIU), los dispositivos anticonceptivos implantables y otros que se pueden adquirir con receta médica
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de esterilización
- Análisis, tratamiento y asesoramiento sobre el VIH y las enfermedades venéreas
- Pruebas de detección de cáncer y otras enfermedades relacionadas

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero/prótesis/aparatos ortopédicos
- Productos y servicios de audífonos
- Telesalud
- Apoyo adicional para administrar su salud (consulte la página 29 para más información)
- Terapia de infusión a domicilio
- Servicios de la Clínica de Salud Rural (RHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios del departamento de salud local
- Servicios del Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de clínica gratuitos

Servicios Añadidos

Carolina Complete Health ofrece beneficios adicionales sin costo alguno para usted, llamados servicios añadidos. Algunos servicios añadidos podrían estar disponibles solo para afiliados que califican. Para obtener más información sobre los servicios añadidos, los afiliados deben visitar www.carolinacompletehealth.com/vas o llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Carolina Complete Health ofrece los siguientes servicios añadidos:

Servicio Añadido	Descripción y elegibilidad	Cómo recibir el Servicio Añadido
Tarjeta de recompensas My Health Pays®	Todos los afiliados pueden obtener recompensas en dólares por completar actividades saludables, como completar una evaluación anual de las necesidades de atención médica de Carolina Complete Health, vacunarse contra la gripe o acudir a una visita anual de bienestar.	Todos los afiliados reciben una tarjeta de débito Visa® personalizada dentro de las dos semanas siguientes a su inscripción, con información sobre cómo obtener recompensas. Las recompensas en dólares se cargan en la tarjeta una vez que el(la) afiliado(a) completa la actividad.
Recompensas alimentarias My Healthy Balance®	Los(as) afiliados(as) que completen una evaluación de las necesidades de atención médica de Carolina Complete Health y se determine que padecen inseguridad alimentaria son elegibles para este programa.	Los(as) afiliados(as) que sean elegibles para este programa recibirán una tarjeta de débito Visa®. Se cargarán \$20 en la tarjeta cada mes durante seis meses hasta \$120 al año por afiliado.
Paquete para Nuevos Padres	Las afiliadas que estén esperando un bebé o que hayan dado a luz a un bebé en los 12 meses anteriores, podrán elegir entre recibir un asiento para el automóvil y una caja de pañales o un extractor de leche electrónico y una caja de pañales.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.

Servicio Añadido	Descripción y elegibilidad	Cómo recibir el Servicio Añadido
Artículos escolares	Los(as) afiliados(as) inscritos(as) desde preescolar hasta el 12º grado pueden recibir una mochila con material escolar valorada en \$50.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.
Clases particulares en línea	Los(as) afiliados(as) inscritos(as) desde preescolar hasta 6º grado pueden recibir 24 horas de tutoría en línea de matemáticas y/o lectura.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.
Vale para el examen GED	Los(as) afiliados(as) mayores de 16 años y no inscritos(as) en la escuela secundaria pueden recibir un vale.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.
Vale de Desarrollo Juvenil y actividades extraescolares	Los(as) afiliados(as) de 6 a 18 años pueden recibir un vale de \$75 que pueden presentar en cualquier organización participante.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.
Programa de apoyo para el asma Room to Breathe (Espacio para respirar)	Los(as) afiliados(as) menores de 18 años a los que su PCP les haya diagnosticado asma tienen derecho a recibir una ayuda de hasta \$300 para ayudar a reducir o eliminar los desencadenantes del asma. Esto incluye acondicionador de aire portátil, purificador de aire, aspiradora HEPA, ropa de cama hipoalérgica, artículos de limpieza ecológicos y más.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados. Una vez recibida la solicitud, un administrador de atención de CCH se pondrá en contacto con el padre/tutor del(de la) afiliado(a) para determinar qué elementos podrían ayudar al(a la) afiliado(a).

Servicio Añadido	Descripción y elegibilidad	Cómo recibir el Servicio Añadido
Programa de control de la prediabetes de la YMCA	Los(as) afiliados(as) de 18 años o mayores a quienes su PCP haya diagnosticado prediabetes pueden participar en este programa en línea.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados. Una vez recibida la solicitud, un administrador de atención de CCH se pondrá en contacto con el(la) afiliado(a) para confirmar su elegibilidad.
Programa de control de la hipertensión de la YMCA	Los(as) afiliados(as) de 18 años o mayores a quienes su PCP haya diagnosticado hipertensión pueden participar en este programa en línea.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados. Una vez recibida la solicitud, un administrador de atención de CCH se pondrá en contacto con el(la) afiliado(a) para confirmar su elegibilidad.
Programa de Weight Watchers®	Los(as) afiliados(as) que cumplan los requisitos del Índice de Masa Corporal son elegibles para este programa en línea.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados. Una vez recibida la solicitud, un administrador de atención de CCH se pondrá en contacto con el(la) afiliado(a) para confirmar su elegibilidad.

Servicio Añadido	Descripción y elegibilidad	Cómo recibir el Servicio Añadido
Subsidio para medicamentos de venta libre (farmacia)	Todos los(las) afiliados(as) pueden recibir \$30 al mes (hasta \$120 al año) para hacer pedidos de artículos seleccionados de CVS (en línea o en persona).	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para obtener más información y consultar el catálogo de artículos disponibles. Para hacer pedidos por teléfono, llame al 1-888-262-6298 de lunes a viernes de 9 a. m. a 8 p. m.
Asignación para la vista	Los(as) afiliados(as) de 21 años o mayores tienen derecho a recibir beneficios oftalmológicos adicionales, incluido subsidio de \$125 para la compra de armazones y lentes recetados, una vez cada 2 años (730 días).	Consulte con un proveedor de servicios de la vista de Envolve o llame a Servicios para los Afiliados.
Aplicación móvil myStrength	Todos(as) los(as) afiliados(as) pueden acceder a la aplicación myStrength para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad, el dolor crónico, etc.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para obtener el enlace para descargar la aplicación o llame a Servicios para los Afiliados.
Círculos de Conversación Tribal	Los(as) afiliados(as) nativos americanos son elegibles para ganar \$100 en su tarjeta de recompensas My Health Pays® al completar dos Círculos de Conversación Tribal.	Visite el sitio web de Carolina Complete Health para completar un formulario web o llame a Servicios para los Afiliados.

Servicio Añadido	Descripción y elegibilidad	Cómo recibir el Servicio Añadido
Apoyo de teléfono celular	Los(as) afiliados(as) de 18 años o mayores que no califican para el programa telefónico federal SafeLink pueden obtener un teléfono celular a través de nuestro programa ConnectionsPlus. Para ser elegible para este programa, debe estar inscrito(a) en Administración de la Atención de Carolina Complete Health. Llame a Carolina Complete Health al 1-833-552-3876 (TTY 711) para que le transfieran a nuestro equipo de Administración de la Atención.	Llame a Servicios para los Afiliados.

En lugar de los servicios

Carolina Complete Health ofrece servicios o entornos, que son sustituciones médicamente adecuadas y rentables para los servicios cubiertos por Medicaid de NC. Estos reciben el nombre de “en lugar de los servicios”. Carolina Complete Health ofrece lo siguiente en lugar de los servicios:

- Terapia de masajes en lugar de controlar el dolor mediante opioides: La terapia de masajes es un método para controlar el dolor en vez de usar un medicamento opioide para un padecimiento o diagnóstico de dolor crónico.
- Atención Urgente de Salud Conductual (BHUC, por sus siglas en inglés)) en lugar de atención en la sala de emergencias: La BHUC ofrece una alternativa segura a los departamentos hospitalarios de emergencias para las crisis de salud conductual. Una BHUC es concebida para priorizar, examinar, evaluar y estabilizar los afiliados en crisis. La BHUC es una alternativa, pero no reemplaza, al Departamento de Emergencias (ED) de un hospital comunitario.
- Instituto de Enfermedad Mental (IMD, por sus siglas en inglés) en lugar de estancia en el departamento emergencias y estancias médicas para necesidades de salud conductual: Este servicio ofrece intervenciones psiquiátricas y terapéuticas que incluyen control de medicamentos, terapia grupal, así como cama y comida. La meta de este servicio es la

estabilización de los síntomas psiquiátricos para permitir el tratamiento en un entorno menos restrictivo.

Si tiene cualquier pregunta acerca de uno de los beneficios anteriores, hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Apoyo adicional para administrar su salud (Administración de la atención)

Administrar el cuidado de su salud por sí solo puede ser difícil, especialmente si tiene que lidiar con muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y mantenerse sano, podemos ayudarle. Como afiliado a Carolina Complete Health, puede contar en su equipo de atención médica con un administrador de la atención médica, que es un profesional de la salud especialmente capacitado que colabora con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Su administrador de la atención médica puede:

- Ayudar a coordinar sus citas y ayudar a organizar el servicio de transporte hacia y desde el consultorio de su médico
- Apoyarle en lograr sus metas para controlar mejor sus padecimientos continuos
- Responder a las preguntas sobre cómo actúan sus medicamentos y cómo tomarlos
- Dar seguimiento con sus médicos o especialistas acerca de su atención
- Ponerle en contacto con recursos útiles en su comunidad
- Ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita si cambia de planes de salud o de médicos

Carolina Complete Health también puede ponerle en contacto con un administrador de la atención médica quien se especializa en apoyar a:

- Personas que necesitan acceder a servicios como a la atención en asilos o a los servicios de atención personal para ayudarles a realizar las actividades cotidianas como comer o bañarse y las tareas domésticas
- Mujeres embarazadas con ciertos problemas de salud, como diabetes u otros problemas, tales como querer ayuda para dejar el tabaco
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad que pueden vivir en situaciones estresantes o tienen ciertas enfermedades o discapacidades

En ocasiones, un miembro del equipo de su proveedor de atención primaria (PCP) será su administrador de la atención médica. Para saber más sobre cómo puede obtener apoyo adicional para controlar su salud hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Ayuda con problemas que van más allá de la atención médica (Oportunidades saludables)

Puede ser difícil concentrarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o se preocupa por tener suficiente comida para alimentar a su familia. Carolina Complete Health puede ponerle en contacto con los recursos de su comunidad para ayudarle a resolver problemas que van más allá de su atención médica.

Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) si usted:

- Se preocupa por su vivienda o condiciones de vida
- Tiene problemas para conseguir suficiente comida para alimentarse usted o alimentar a su familia
- Le resulta difícil acudir a las citas, al trabajo o a la escuela por problemas de transporte
- Se siente inseguro(a) o sufre violencia doméstica o comunitaria. Si está en peligro inmediato, llame al 911.

Estos servicios podría cubrirlos Carolina Complete Health en función de donde usted vive y otras razones, como si tiene un padecimiento físico o de salud conductual. Para saber más sobre estos servicios o averiguar si reúne los requisitos, comuníquese con su administrador de la atención médica o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Otros programas para ayudarle a mantenerse sano

Carolina Complete Health desea ayudarle a usted y a su familia a estar y mantenerse sanos. Si quiere dejar el tabaco o es una madre primeriza que quiere aprender más sobre la mejor forma de alimentar a su bebé, podemos ponerle en contacto con el programa indicado para recibir apoyo.

Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para saber más sobre:

- Servicios para abandonar el tabaquismo que le ayudan a dejar de fumar o consumir otros productos del tabaco
- Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- Programa de evaluación de los recién nacidos
- Programa de evaluación auditiva
- Programa de intervención temprana

Programa de prevención del abuso de opioides

Los opioides son medicamentos potentes de venta con receta que pueden ser la opción indicada para tratar dolor intenso; sin embargo, los opioides también pueden tener efectos secundarios graves, como adicción y sobredosis. Carolina Complete Health apoya el uso seguro y apropiado de los opioides a través de nuestro Programa de Prevención del Abuso de Opioides.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro programa, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Programa de Bloqueo de Farmacia

El Programa de Bloqueo de Farmacia ayuda a identificar a los afiliados que corren el riesgo de un posible uso excesivo o inadecuado de medicamentos para el dolor (analgésicos opioides) y la ansiedad (benzodicepinas y determinados ansiolíticos). El Programa de Bloqueo de Farmacia también ayuda a identificar a los afiliados que obtienen los medicamentos de más de un proveedor (médico, enfermero(a) o asistente médico). Si reúne los requisitos para este programa, Carolina Complete Health sólo pagará sus medicamentos para el dolor y la ansiedad cuando:

- Un solo proveedor receta sus medicamentos. Se le dará la oportunidad de elegir a un proveedor de la red de Carolina Complete Health.
- Le surten estas recetas en una sola farmacia. Se le dará la oportunidad de elegir a una farmacia de la red de Carolina Complete Health.

Si usted reúne los requisitos para el Programa de Bloqueo de Farmacia, se quedará en el programa por un período de dos años. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de que debe estar en el programa, puede apelar nuestra decisión antes de que sea colocado en el programa (consulte la página 40 para obtener más información sobre las apelaciones).

Carolina Complete Health ofrecerá más programas de prevención y administración de la atención médica a la población para alentar a los afiliados a tener mejor salud y bienestar, entre estos:

- Apoyo durante el embarazo y posparto (Start Smart para el bebé, aviso sobre el embarazo, participación obstetricia, salud femenina, llamadas POM, programa de administración de la atención Baby Steps, etc.)
- Control de la obesidad (Weight Watchers, recompensas para afiliados, servicios de nutrición o de un especialista en nutrición, etc.)
- Depresión (asesoramiento psicológico, control de medicamentos, revisión del uso de psicofármacos, instrucción de los proveedores, etc.)
- Abandono del tabaquismo (Optum/Quit for Life®)
- Prevención y control de la hipertensión
- Prevención y control de la diabetes
- Apoyo a la intervención en la niñez temprana (es decir, remisiones a CSDA)
- Evaluación del riesgo de embarazo y seguimiento del control de la atención

Beneficios que usted puede obtener de Carolina Complete Health O BIEN de un proveedor de Medicaid Direct de NC

Puede elegir dónde obtener algunos servicios y recibir estos servicios de los proveedores de la red de Carolina Complete Health o de otro proveedor de Medicaid. No necesita una remisión de

su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si tiene alguna pregunta, hable con su PCP o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Detección del VIH y de las enfermedades venéreas

Puede obtener los análisis del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de las infecciones de enfermedades venéreas, así como el tratamiento y servicios de asesoramiento en cualquier momento de su PCP o los médicos de Carolina Complete Health. Cuando recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar, puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar.

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

Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés): El beneficio de salud de Medicaid para los afiliados menores de 21 años

Los afiliados menores de 21 años tienen acceso a un amplio menú de beneficios de atención médica federal denominado "Servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos". La "garantía EPSDT" cubre las consultas de bienestar y los servicios de tratamiento.

Detección y diagnóstico temprano y periódico

Estas consultas de "detección", que son atenciones de bienestar, son gratuitas para los afiliados menores de 21 años. Abarcan un examen completo, vacunas gratuitas, así como exámenes de la vista y auditivos. Su proveedor también observará el crecimiento físico y emocional de su hijo(a) y su bienestar en cada consulta y "diagnosticará" cualquier enfermedad que pueda existir. En estas consultas, recibirá remisiones a cualquier servicio de tratamiento que su hijo(a) necesite para mejorar y para mantenerse sano.

La "T" en EPSDT: Tratamiento de los afiliados menores de 21 años

A veces, los niños necesitan tratamiento médico para un problema de salud. Es posible que Carolina Complete Health no ofrezca todos los servicios cubiertos por el programa federal de Medicaid. Cuando un menor necesita tratamiento, pagaremos cualquier servicio que cubra el plan de Medicaid del gobierno federal. El tratamiento propuesto debe ser evaluado en base a su capacidad de tratar, solucionar o mejorar el problema de salud o padecimiento de su hijo(a). Esta decisión es tomada específicamente para su hijo(a). Carolina Complete Health no puede negarle el servicio a su hijo(a) sólo por un límite de la póliza. Además, no podemos negar un servicio sólo porque ese servicio no está incluido en nuestras políticas de cobertura. Debemos realizar una revisión EPSDT especial en estos casos.

Cuando Carolina Complete Health aprueba servicios para niños, aplican reglas importantes:

- No hay copagos por los servicios cubiertos por Medicaid para los afiliados menores de 21 años.
- No hay límites en la frecuencia con la que se proporciona un servicio o tratamiento.

- No hay límite en el número de servicios que el afiliado puede recibir en el mismo día.
- Los servicios pueden proporcionarse en el mejor entorno para la salud del niño. Esto puede incluir una escuela o un entorno comunitario.

Encontrará todo el listado de servicios cubiertos por Medicaid en la Ley del Seguro Social. El programa federal de Medicaid cubre un amplio listado de servicios médicos, como:

- Servicios dentales
- Servicios integrales de detección de la salud (revisiones del niño sano, exámenes del desarrollo y vacunas)
- Educación sobre la salud
- Servicios auditivos
- Servicios de salud a domicilio
- Servicios para enfermos terminales (cuidados paliativos)
- Servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio y rayos X
- Servicios de salud mental
- Servicios de atención personal
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Medicamentos de venta con receta
- Prótesis
- Servicios de rehabilitación y terapia para trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Transporte de ida y vuelta a las citas médicas
- Servicios de la vista (visión)
- Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, solucionar o mejorar un problema de salud

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el PCP de su hijo(a). También puede obtener más información sobre la garantía federal EPSDT en línea. Visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com o la página web de EPSDT de Medicaid de NC en medicaid.ncdhhs.gov/epsdt.

Beneficios cubiertos por Medicaid Direct de NC pero no por su plan de salud

Hay algunos servicios de Medicaid que Carolina Complete Health no cubre, pero si usted los necesita, los servicios están cubiertos por el programa Medicaid Direct de NC. Puede recibir estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid:

- Servicios dentales
- Los servicios proporcionados o facturados por las Agencias Locales de Educación que están incluidos en el Programa Educativo Individualizado de su hijo(a), el Plan de Servicio Familiar Individual, el Plan de Adaptación de la sección 504, el Plan de Salud Individual o en el Plan de Intervención Conductual
- Servicios proporcionados y facturados por las Agencias de Desarrollo Infantil (CDSAs, por sus siglas en inglés), o los proveedores que las CDSA contratan que están incluidos en el Plan de Servicio Familiar Individualizado de su hijo(a)
- Fabricación de anteojos, incluyendo anteojos completos, cristales de anteojos y armazones (consulte la página 16 para obtener más información de los servicios oftalmológicos (de la vista))

Si tiene preguntas o necesita ayuda para acceder a los beneficios que sólo puede obtener a través de Medicaid Direct de NC, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Servicios NO cubiertos

A continuación hay algunos ejemplos de servicios que **no están disponibles** en Carolina Complete Health o en Medicaid Direct de NC. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos de bienestar personal como cosméticos, curiosidades, tabaco o artículos de belleza
- Cuidados de rutina de los pies, excepto para los beneficiarios con diabetes o una enfermedad vascular
- Circuncisión rutinaria de los recién nacidos (la circuncisión médicamente necesaria está cubierta para todas las edades)
- Medicamentos, procedimientos o análisis de diagnóstico experimentales
- Tratamientos de infertilidad
- Reversión de la esterilización
- Esterilización para pacientes menores de 21 años
- Fotografía médica
- Biorretroalimentación
- Hipnosis
- Análisis de sangre para determinar la paternidad (comuníquese con su agencia local para el cumplimiento de la manutención de los hijos)

- Tratamiento quiropráctico no relacionado con el tratamiento de una luxación incompleta o parcial de una articulación de la columna vertebral
- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Medicamentos para adelgazar o engordar
- Liposucción
- Abdominoplastia (reducción de la grasa abdominal)
- Ecografía para determinar el sexo del bebé
- Productos y servicios de ayuda auditiva para beneficiarios a partir de los 21 años
- Servicios de un proveedor que no forme parte de Carolina Complete Health, a menos que sea uno al que usted esté autorizado a consultar según lo descrito en otra parte de este manual o de Carolina Complete Health, o que su proveedor de atención primaria (PCP) le haya enviado a ese proveedor
- Servicios para los que necesita una remisión (aprobación) por adelantado, y no la obtuvo
- Servicios para los que necesita una autorización previa por adelantado, y no la obtuvo
- Servicios médicos proporcionados fuera de los Estados Unidos
- Eliminación de tatuajes

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Un proveedor que acepta Medicaid generalmente no puede facturarle a usted. Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP o Carolina Complete Health no apruebe. Además, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente de "pago privado" o "autopago", tendrá que pagar por el servicio. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios prestados por proveedores que no forman parte de Carolina Complete Health

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que usted no cree que deba, **no la ignore**. Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) de inmediato. Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, Carolina Complete Health se comunicará con el proveedor y le ayudará a solucionar el problema.

Usted tiene el derecho a solicitar una apelación y una Audiencia Imparcial Estatal si considera que se le está pidiendo que pague por algo que Medicaid o Carolina Complete Health deberían

cubrir. Para más información, consulte la sección de Apelaciones en la página 40 de este manual. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Copagos de los afiliados al plan de salud

Algunos afiliados pueden tener que pagar un copago. Un "copago" es una cuota que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención médica de un proveedor o recoge una receta en una farmacia.

Copagos si tiene Medicaid*

Servicio	Su copago es de
• Consultas quiroprácticas • Consultas médicas • Consultas que no son de emergencia • Consultas con el optometrista y la óptica • Consultas ambulatorias • Consultas con el podólogo	\$4 por consulta
• Recetas de medicamentos genéricos y de marca	\$4 por cada receta

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

- Afiliados menores de 21 años
- Afiliadas embarazadas
- Afiliados que reciben cuidados para enfermos terminales (cuidados paliativos)
- Miembros de tribus reconocidas por el gobierno federal
- Beneficiarios del Programa de Control del Cáncer de Mama y del cuello del útero de Carolina del Norte (NC BCCCP, por sus siglas en inglés)
- Niños en cuidado tutelar
- Personas que viven en una institución y reciben cobertura por el costo de la atención
- Servicios de salud conductual
- Servicios para una discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD)
- Servicios para una lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés)

Un proveedor no puede negarse a proporcionarle servicios si usted no puede pagar su copago al momento de recibir el servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los copagos de Medicaid, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si su PCP es incapaz de satisfacer sus necesidades especiales, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo puede cambiar su PCP.

Autorización de servicios y acciones

Carolina Complete Health tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios **antes** de que usted los reciba. Es posible que Carolina Complete Health también tenga que aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted **siga** recibiéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted los reciba:

Beneficios para pacientes hospitalizados		Beneficios para pacientes ambulatorios		Medicamentos de venta con receta
Dentro de la red	Fuera de la red*	Dentro de la red	Fuera de la red*	
Atención aguda no urgente para pacientes hospitalizados	Atención aguda no urgente para pacientes hospitalizados	Servicios de salud a domicilio	Servicios ambulatorios prestados por proveedores inscritos directamente	Medicamentos que tienen criterios específicos de uso según lo definido por el Estado.
Hospitalización parcial	Hospitalización parcial	Servicios nutricionales		
Deshabitación con supervisión médica	Deshabitación con supervisión médica	Servicios quirúrgicos por DHHS	Tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios	
Admisión a rehabilitación	Admisión a rehabilitación	Imágenes		
Centros de enfermería especializada	Centros de enfermería especializada	Equipo médico duradero (DME)	Deshabitación ambulatoria	
Atención aguda a largo plazo	Atención aguda a largo plazo	Cuidados paliativos para enfermos terminales	Servicios de salud a domicilio	
Servicios ambulatorios intensivos	Servicios ambulatorios intensivos	Consultas con especialistas como paciente ambulatorio	Servicios nutricionales	
			Servicios quirúrgicos por DHHS	

*Los tratamientos y servicios de atención fuera de la red requieren autorización previa a menos que sean urgentes/emergentes.

Para obtener más información sobre la autorización previa y el proceso, visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/providers/preauth-check/medicaid-pre-auth.html.

La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicio**. Para que le aprueben estos tratamientos o servicios, debe llamar a Servicios para los Afiliados al **1-833-552-3876 (TTY 711)** o enviar su solicitud por escrito a: Service Authorizations, Carolina Complete Health: 1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206.

Usted o su médico pueden llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o enviar su solicitud por escrito a Carolina Complete Health: 1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206.

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

Carolina Complete Health cuenta con un grupo de profesionales de atención médica calificados para realizar las revisiones. Su trabajo consiste en asegurarse de que el tratamiento o servicio que ha solicitado esté cubierto por nuestro plan de salud y que le ayudará con su enfermedad. El personal de enfermería, los médicos y los clínicos de salud conductual de Carolina Complete Health revisarán la solicitud de su proveedor.

Carolina Complete Health sigue las políticas y directrices aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS) para determinar si el servicio es médicamente necesario.

En ocasiones, Carolina Complete Health puede negar o limitar una solicitud de su proveedor. Esta decisión se llama determinación adversa de beneficios. Cuando esto sucede, usted puede solicitar cualquier expediente, norma y política que utilizamos para decidir sobre su solicitud.

Si recibe una negación y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una "apelación". Puede llamar o enviar el formulario de apelación que encontrará con su aviso de decisión. Consulte la página 40 para ver más información sobre las apelaciones.

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años (aplica sólo a los afiliados a Medicaid)

Normas especiales aplican a las decisiones de aprobación de servicios médicos para niños menores de 21 años. Carolina Complete Health no puede rechazar una solicitud para niños menores de 21 años sólo debido a las políticas, los límites de la póliza o las normas de nuestro plan. Debemos realizar otra revisión para ayudar a aprobar la atención necesaria. Carolina Complete Health utilizará las reglas federales de EPSDT para esta revisión. Estas reglas ayudan a Carolina Complete Health a examinar cuidadosamente:

- El problema de salud de su hijo(a)
- El servicio o tratamiento que su proveedor solicitó

Carolina Complete Health debe aprobar los servicios que no están incluidos en nuestras políticas de cobertura cuando nuestro equipo de revisión considere que su hijo(a) los necesita para mejorarse o para mantenerse sano(a). Esto significa que el equipo de revisión de Carolina Complete Health debe estar de acuerdo con su proveedor en que el servicio:

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

Detalles importantes sobre los servicios cubiertos por la garantía federal EPSDT:

- Su proveedor debe solicitar el servicio a Carolina Complete Health.

- Su proveedor debe solicitarnos que aprobemos los servicios que no están cubiertos por Carolina Complete Health.
- Su proveedor debe explicar claramente por qué el servicio es necesario para ayudar a tratar el problema de salud de su hijo(a). El revisor de EPSDT de Carolina Complete Health debe estar de acuerdo. Colaboraremos con su proveedor para obtener cualquier información que nuestro equipo necesite para tomar una decisión. Carolina Complete Health aplicará las reglas de EPSDT a la enfermedad de su hijo(a). Su proveedor debe decirnos cómo el servicio ayudará a mejorar el problema de salud de su hijo(a) o ayudar a evitar que empeore.

Carolina Complete Health debe aprobar estos servicios con una "revisión EPSDT" *antes* de que su proveedor los proporcione.

Para saber más sobre el plan de salud de Medicaid para niños (EPSDT), consulte la página 32, visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com y el sitio web del estado de Carolina del Norte para la garantía EPSDT en medicaid.ncdhhs.gov/epsdt.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa en los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** La decisión se tomará en un plazo de 14 días a partir de que recibamos su solicitud.
- **Revisión acelerada (rápida):** Se tomará una decisión y tendrá noticias nuestras dentro de los 3 días siguientes a su solicitud.
- En la mayoría de los casos, se le avisará con al menos 10 días de antelación si se produce algún cambio (para reducir, suspender o restringir los servicios) en los servicios actuales. **Si aprobamos un servicio y ya empezó a recibirlo, no reduciremos, detendremos ni restringiremos el servicio durante el periodo de aprobación, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o errónea.**
- Si le negamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se niegue el pago. Estos avisos no son facturas. **Usted no tendrá que pagar por ninguna atención que haya recibido y que estuvo cubierta por Carolina Complete Health o por Medicaid, incluso si posteriormente le negamos el pago al proveedor.**

Información de Servicios para los Afiliados

Puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para encontrar a un PCP, para preguntar sobre los beneficios y servicios, para obtener ayuda con las remisiones, para reemplazar una tarjeta de identificación de Medicaid perdida, para informar del nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios o a los de su familia. Podemos responder a cualquier pregunta sobre la información de este manual.

- Si el inglés no es su primer idioma, podemos ayudarle. Sólo tiene que llamarnos y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Si tiene dificultades para oír o necesita ayuda para comunicarse, llámenos. Si está leyendo esto en nombre de alguien ciego, sordo y ciego o que ve mal, podemos ayudarle. Podemos informarle si el consultorio del médico está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina TTY. Nuestro teléfono TTY es 1-833-552-3876 (TTY 711)
 - Información en letras grandes
 - Ayuda para programar o acudir a las citas
 - Nombres y direcciones de proveedores especializados en su enfermedad

Si usa una silla de ruedas, podemos informarle si el consultorio del médico es accesible en silla de ruedas y ayudarle a programar o a acudir a las citas.

Usted puede ayudar con las políticas del plan de salud

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que sirvan mejor a nuestros afiliados. Tenemos varios comités de afiliados en nuestro plan de salud o con el NCDHHS, como:

- El Comité Asesor de Afiliados de Carolina Complete Health (MAC) – un grupo que se reúne al menos trimestralmente y en el que usted puede dar su opinión sobre nuestros programas y políticas.
- El Comité Asesor de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) de Carolina Complete Health – un grupo que se reúne al menos trimestralmente y en el que usted puede dar su opinión sobre nuestros programas y políticas de Servicios y Apoyos a Largo Plazo.
- El Comité Asesor de Atención Médica (MCAC) – grupo estatal que asesora a Medicaid de Carolina del Norte sobre las políticas de atención médica de Medicaid y la calidad de la atención.
- Comité Consultivo Estatal de Consumidores y Familias (CFAC) – un grupo estatal que asesora a Medicaid de NC y a los legisladores de Carolina del Norte para ayudarles a planificar y gestionar el programa estatal de salud conductual.

Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para saber más sobre cómo usted puede ayudar.

Apelaciones

En ocasiones, Carolina Complete Health puede decidir negar o limitar una solicitud que su proveedor haga para usted de beneficios o servicios ofrecidos por nuestro plan de salud. Esta decisión se llama determinación adversa de beneficios. Usted recibirá una carta de Carolina Complete Health en la que se le notificará cualquier determinación adversa de beneficios. Los afiliados a Medicaid tienen derecho a apelar las determinaciones adversas de beneficios ante

Carolina Complete Health. Tiene 60 días a partir de la fecha de la carta para solicitar una apelación. Cuando los afiliados no están de acuerdo con nuestras decisiones en una apelación, pueden solicitar una Audiencia Imparcial Estatal a la Oficina de Audiencias Administrativas de Carolina del Norte.

Cuando usted solicita una apelación, Carolina Complete Health tiene 30 días para darle una respuesta. Puede hacer preguntas y dar cualquier información actualizada (incluyendo nuevos documentos médicos de sus proveedores) que crea que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Puede solicitar una apelación usted mismo. También puede pedirle a un amigo, un familiar, su proveedor o a un abogado que le ayude. Puede llamar a Carolina Complete Health al 1-833-552-3876 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil solicitar una apelación utilizando una de las opciones siguientes:

- **POR CORREO:** Llene y firme el formulario de solicitud de apelación que aparece en la notificación que recibe sobre nuestra decisión. Envíelo por correo a la dirección indicada en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar 60 días después de la fecha de la notificación.
- **POR FAX:** Llene, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de apelación que aparece en la notificación que recibe sobre nuestra decisión. Encontrará el número de fax en el formulario. Debemos recibir su formulario a más tardar 60 días después de la fecha de la notificación.
- **POR TELÉFONO:** Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711) y solicite una apelación. Cuando apele, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarle pueden ver los expedientes médicos y los criterios que Carolina Complete Health utilizó para tomar la decisión. Si decide que alguien le ayude, debe darle su permiso.

También puede contactar al Defensor de Medicaid de NC para recibir más información sobre sus opciones. Consulte la página 57 para más información sobre el Defensor de Medicaid de NC.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión más rápida de su apelación cuando un retraso pueda dañar gravemente su salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su buena salud. Esta revisión más rápida se llama apelación acelerada.

Su proveedor puede solicitar una apelación acelerada llamando al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Usted puede solicitar una apelación acelerada por teléfono, por correo o por fax. El formulario de solicitud de apelación le dirá cómo usted puede solicitar una apelación acelerada.

Solicitudes de los proveedores para apelaciones aceleradas

Si su proveedor nos solicita una apelación acelerada, tomaremos una decisión a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de apelación acelerada. Les llamaremos a usted y a su

proveedor tan pronto como haya una decisión. Les enviaremos a usted y a su proveedor una notificación por escrito de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del día en que recibimos la solicitud de apelación acelerada.

Solicitudes de los afiliados para apelaciones aceleradas

Carolina Complete Health revisará todas las solicitudes para una apelación acelerada de los afiliados. Si su solicitud para una apelación acelerada es denegada, le llamaremos durante nuestro horario de atención sin demora después de nuestra decisión. También informaremos por escrito a usted y al proveedor si su solicitud para una apelación acelerada es rechazada. Le comunicaremos el motivo de la decisión. Carolina Complete Health le enviará un aviso por escrito en un plazo de dos días de calendario.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar una solicitud de apelación acelerada, puede presentar una queja ante nosotros (consulte la página 45 para más información sobre quejas).

Cuando negamos la solicitud para una apelación acelerada de un afiliado, no es necesario presentar otra solicitud de apelación. La apelación se decidirá en los 30 días siguientes a su solicitud. En todos los casos, revisaremos las apelaciones con la rapidez que requiera el estado de salud del afiliado.

Plazos para las apelaciones estándar

Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación. Le enviaremos una carta para comunicarle nuestra decisión. Si necesitamos más información para decidir sobre su apelación, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y diremos qué información necesitamos
- Le explicaremos por qué el retraso es en su mejor interés
- Podremos tomarnos 14 días más para decidir sobre su apelación si usted lo solicita o hay una necesidad de tener más información y la demora es en su mejor interés

Si usted necesita más tiempo para recopilar los expedientes y las actualizaciones de su proveedor, sólo tiene que solicitarlo. Usted o un ayudante nombrado por usted puede solicitarnos que retrasemos su caso hasta que esté listo. Solicite una prórroga llamando a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o escribiendo a Carolina Complete Health: 1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206.

Decisiones sobre las apelaciones

Cuando decidamos su apelación, le enviaremos una carta. Esta carta se llama Aviso de Decisión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la notificación de decisión.

Audiencias Imparciales Estatales

Si no está de acuerdo con la decisión de Carolina Complete Health sobre su apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. En Carolina del Norte, las Audiencias Imparciales Estatales incluyen la oferta de una sesión de mediación gratuita y voluntaria. Esta reunión se celebra antes de la fecha de su Audiencia Imparcial Estatal.

Mediaciones gratuitas y voluntarias

Cuando solicite una Audiencia Imparcial Estatal, recibirá una llamada telefónica de la Red de Mediación de Carolina del Norte. La Red de Mediación le llamará dentro de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal. Durante esta llamada se le ofrecerá una reunión de mediación. El estado ofrece esta reunión gratuita para ayudar a resolver su desacuerdo rápidamente. Estas reuniones se celebran por teléfono.

Usted no tiene que aceptar esta reunión. Puede pedir que se programe sólo su Audiencia Imparcial Estatal. Cuando acepte, un consejero de la Red de Mediación dirigirá su reunión. Esta persona no toma partido. También acudirá un miembro del equipo de revisión de Carolina Complete Health. Si la reunión no ayuda a resolver su desacuerdo, tendrá una Audiencia Imparcial Estatal.

Audiencias Imparciales Estatales

Las Audiencias Imparciales Estatales se celebran en la Oficina de Audiencias Administrativas de Carolina del Norte (OAH). Un juez de derecho administrativo revisará su solicitud junto con la nueva información que usted pueda tener. El juez tomará una decisión sobre su solicitud de servicio. Usted puede presentar cualquier actualización y hechos que necesite en esta audiencia. Acudirá un miembro del equipo de revisión de Carolina Complete Health. Puede hacer preguntas sobre la decisión de Carolina Complete Health. El juez de su Audiencia Imparcial Estatal no forma parte de Carolina Complete Health de ninguna manera.

Es fácil solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Utilice una de las opciones siguientes:

- **POR CORREO:** Llene y firme el formulario de solicitud de Audiencia Imparcial Estatal que viene con su notificación. Envíelo por correo a las direcciones indicadas en el formulario.
- **POR FAX:** Llene, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de Audiencia Imparcial Estatal que viene con su notificación. En el formulario encontrará los números de fax que necesita.
- **POR TELÉFONO:** Llame a la OAH al 1-984-236-1860 y solicite una Audiencia Imparcial Estatal. Durante esta llamada le ayudarán con su solicitud.

Si no está satisfecho con la decisión de su Audiencia Imparcial Estatal, puede apelar al Tribunal Superior de Carolina del Norte en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que recibe la decisión de su Audiencia Imparcial Estatal para apelar al Tribunal Superior.

Audiencias Imparciales Estatales y decisiones de desafiliación

Si no está de acuerdo con la decisión de cambiar su plan de salud, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. El trámite para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal para las decisiones de desafiliación es diferente al trámite para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal cuando Carolina Complete Health limita o rechaza un servicio que usted solicitó. Para obtener más información sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal para las decisiones de desafiliación, consulte la página 52.

Continuación de los beneficios durante una apelación

A veces, la decisión de Carolina Complete Health reduce o suspende un servicio de atención médica que usted ya está recibiendo. Usted puede solicitar que se continúe con este servicio sin cambios hasta que finalice su apelación. También puede pedirle a la persona que le ayuda con su apelación que haga esa solicitud por usted. Su proveedor no puede pedir que sus servicios continúen durante una apelación.

Las normas de esta sección son las mismas para las apelaciones y las Audiencias Imparciales Estatales.

Hay normas especiales sobre la continuación de su servicio durante su apelación. ¡Lea atentamente esta sección!

Recibirá un aviso si Carolina Complete Health va a reducir o suspender un servicio que usted está recibiendo. Tiene 10 días a partir de la fecha en que le enviamos la carta para solicitar que sus servicios continúen. El aviso que reciba le indicará la fecha exacta. El aviso también le dirá cómo solicitar que sus servicios continúen mientras apela.

Si solicita que sus servicios continúen, Carolina Complete Health seguirá proporcionándole sus servicios desde el día en que los solicite hasta el día en que usted reciba la decisión de su apelación. Usted o su representante autorizado pueden comunicarse con Servicios para los Afiliados llamando al 1-833-552-3876 (TTY 711) o con el Coordinador de Apelaciones que aparece en su carta de determinación adversa de beneficios para solicitar que su servicio continúe hasta que obtenga una decisión sobre su apelación.

Es posible que su apelación no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios. Cuando esto sucede, Medicaid permite que Carolina Complete Health le facture los servicios que pagamos durante su apelación. Debemos obtener la aprobación de Medicaid de NC antes de poderle facturar los servicios que nosotros pagamos durante su apelación.

Apelaciones durante su transición fuera de Carolina Complete Health

Si decide salirse de Carolina Complete Health, su apelación puede verse afectada por esta transición. Encontrará más información abajo sobre cómo procesaremos las apelaciones durante la transición. Si va a dejar nuestro plan de salud pronto y tiene una apelación con nosotros, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) para más información.

Las apelaciones de los afiliados se procesarán de acuerdo con las directrices establecidas por el DHHS para todos los planes de salud participantes cuando un afiliado cambia de un plan a otro durante una apelación activa.

Si tiene problemas con su plan de salud, puede presentar una queja

Esperamos que nuestro plan de salud le sirva bien. Si no está satisfecho o tiene alguna queja, puede hablar con su proveedor de atención primaria y llamar a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o escribir a Carolina Complete Health: 1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206 en cualquier momento.

Una queja y una reclamación son lo mismo. Comunicarse con nosotros para presentar una queja significa que no está satisfecho con su plan de salud, su proveedor o sus servicios médicos. La mayoría de los problemas de este tipo pueden resolverse de inmediato. Si resolvemos su problema de inmediato o si tenemos que hacer algo, registraremos su llamada, su problema y nuestra solución. Le informaremos por escrito de que hemos recibido su queja. También le enviaremos una notificación por escrito cuando hayamos terminado de trabajar en su queja.

Puede solicitarle a un familiar, a un amigo, a su proveedor o a un representante legal que le ayude con su queja. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, o ayuda para llenar algún formulario, podemos ayudarle.

Puede comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito en cualquier momento:

- Por teléfono, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje y nos pondremos en contacto con usted durante el siguiente día hábil.
- Puede escribirnos con su queja y enviarla a Carolina Complete Health: 1701 North Graham Street, Suite 101, Charlotte, NC 28206.

Cómo se resuelve su queja

Le comunicaremos por escrito que recibimos su queja dentro de 5 días tras recibirla.

- Revisaremos su queja y le comunicaremos por escrito cómo la hemos resuelto en un plazo de 30 días a partir de haber recibido su queja.
- Si su queja se refiere a su solicitud de una apelación acelerada (más rápida), le avisaremos por escrito cómo la resolvimos dentro de 5 días tras recibir su queja.
- Si su queja se refiere a su solicitud de una apelación acelerada (más rápida), le avisaremos rápidamente y por escrito que recibimos su queja. Revisaremos rápidamente su queja sobre la denegación de una apelación acelerada. Le informaremos por escrito cómo la resolvimos dentro de 5 días calendario tras recibir su queja. Estas cuestiones se tratarán de acuerdo con nuestros Procedimientos de Queja. Puede encontrarlos en línea en www.carolinacompletehealth.com.

Transición de la atención médica

Su atención médica cuando cambia de planes de salud o proveedores

- Si se afilia a Carolina Complete Health desde otro plan de salud, colaboraremos con su plan de salud anterior para obtener su información médica, como su historial de servicios, autorizaciones de servicios y otra información sobre su atención médica actual para incorporarla en nuestros expedientes.
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan de salud anterior. Después, si es necesario, le ayudaremos a encontrar a un proveedor de nuestra red para que reciba cualquier servicio adicional si lo necesita.
- En casi todos los casos, los proveedores de su plan de salud anterior también serán proveedores de Carolina Complete Health. Si su proveedor no forma parte de nuestra red, hay algunos casos en los que puede seguir acudiendo al proveedor que tenía antes de afiliarse a Carolina Complete Health. Puede seguir acudiendo a su proveedor si:
 - Al momento de afiliarse a Carolina Complete Health, usted está recibiendo un régimen de tratamiento continuo o tiene una afección especial persistente. En ese caso, puede pedir conservar a su proveedor hasta por 90 días.
 - Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se afilia a Carolina Complete Health y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto y durante un máximo de 60 días de atención posparto.
 - Está embarazada cuando se afilia a Carolina Complete Health y está recibiendo servicios de un proveedor de tratamiento de salud conductual. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto.
 - Tiene programada una intervención quirúrgica, un trasplante de órgano o una hospitalización que su proveedor está realizando. En estos casos, es posible que pueda permanecer con su proveedor durante el procedimiento programado, el alta del hospital y hasta 90 días de atención de seguimiento.
 - Tiene una enfermedad terminal y el proveedor le apoya en sus cuidados. Se le considera un enfermo terminal si su proveedor le ha dicho que espera que le queden seis meses o menos de vida. En ese caso, puede mantener a su proveedor durante el resto de su vida.
- Si su proveedor se sale de Carolina Complete Health, se lo comunicaremos por escrito en un plazo de 15 días a partir del momento en que sepamos que esto va a suceder. Si el proveedor que se sale de Carolina Complete Health es su proveedor de atención primaria (PCP), se lo avisaremos por escrito dentro de 7 días a partir de que sepamos que esto va a suceder. Le diremos cómo puede elegir a un nuevo PCP o cómo elegiremos a uno por usted si no elige a uno dentro de 30 días.
- Si quiere seguir recibiendo atención de un proveedor que no está en nuestra red:

- La continuación de la atención médica con un proveedor ya no perteneciente a la red se permite en ciertas circunstancias durante un periodo de hasta 90 días si el proveedor no ha sido retirado de la red por un problema de calidad. Si se determina que un proveedor puede perjudicar a los afiliados, éstos serán sacados inmediatamente y se les dará una notificación escrita del cambio, su nuevo PCP asignado y su derecho a cambiar de PCP.
- Un proveedor suspendido también puede solicitar que un afiliado siga recibiendo tratamiento. En estos casos, la solicitud se revisa para evaluar si cumple con los requisitos para continuar con la atención. Los servicios que califican para la continuación de la atención son determinados por el Director Médico de Carolina Complete Health. Si se aprueba la solicitud, se le avisará al afiliado.
- Una vez recibida la notificación de terminación del PCP, Carolina Complete Health colaborará con el proveedor que deja la red para obtener una lista de los pacientes afectados o utilizar la información de asignación del PCP o los servicios de elegibilidad para obtener la información de contacto de los afiliados afectados, como el nombre, el número de identificación o la dirección del afiliado. Los pacientes atendidos de forma "habitual" significa que han acudido a ese proveedor al menos cuatro veces o más en los últimos 12 meses.

Para obtener más información, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) o visite el sitio web de Carolina Complete Health en www.carolinacompletehealth.com. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si tiene alguna duda, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Derechos y responsabilidades de los afiliados

Como afiliado a Carolina Complete Health, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Carolina Complete Health respetará sus derechos y se asegurará de que nadie que trabaje para nuestro plan de salud, o cualquiera de nuestros proveedores, le impida hacer uso de sus derechos. Además, nos aseguraremos de que conozca sus responsabilidades como afiliado a nuestro plan de salud. Para obtener una lista completa de sus derechos y responsabilidades como afiliado(a) de Carolina Complete Health, visite nuestro sitio web en www.carolinacompletehealth.com/members/medicaid/additional-benefits/member-rights.html o llame a Servicios para los Afiliados y beneficiarios al 1-833-552-3876 (TTY 711) para obtener una copia.

Sus derechos

Como afiliado a Carolina Complete Health, usted tiene derecho a:

- Ser tratado(a) con respeto y consideración a su dignidad y privacidad sin tener en cuenta su estado de salud, sexo, raza, color, religión, país de origen, edad, estado civil, orientación sexual o identidad de género
- Que le informen cuáles servicios están disponibles para usted

- Que le informen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Carolina Complete Health
- Que le informe su proveedor de atención primaria (PCP) las opciones que tiene cuando recibe los servicios para que usted o su tutor puedan tomar una decisión informada
- Que su PCP le explique qué problemas de salud puede tener, qué se puede hacer por usted y cuál será probablemente el resultado, de manera que usted entienda. Esto incluye idiomas adicionales.
- Obtener una segunda opinión sobre su atención médica
- Dar su aprobación a cualquier tratamiento
- Dar su aprobación a cualquier plan para su atención después de que se le haya explicado completamente dicho plan
- Rechazar la atención y ser informado del riesgo si lo hace
- Obtener información acerca de su atención médica
- Obtener una copia de su expediente médico y hablar de él con su PCP
- Solicitar, si es necesario, que se modifique o corrija su expediente médico
- Tener la seguridad de que su expediente médico es privado y no se compartirá con nadie, excepto cuando lo exija la ley, el contrato o con su aprobación
- Utilizar el proceso de reclamación de Carolina Complete Health para resolver las quejas. También puede comunicarse con el **Defensor de Medicaid de Carolina del Norte** cada vez que considere que no ha recibido un trato justo (consulte la página 57 para ver más información sobre el Defensor de Medicaid de Carolina del Norte).
- Utilizar el sistema de Audiencias Imparciales Estatales
- Nombrar a alguien de confianza (a un familiar, amigo o abogado) para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento si no puede hacerlo por sí mismo
- Recibir una atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, sin ninguna forma de restricción o aislamiento que se utilizan como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades

Sus derechos si es menor de edad

- Los menores tienen derecho a aceptar algunos tratamientos y servicios sin el consentimiento de sus padres o tutores:
- Tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios de ayuda en caso de trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias

- Servicios de ayuda para problemas emocionales

Sus responsabilidades

Como afiliado a Carolina Complete Health, usted acepta:

- Colaborar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan de salud
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas
- Llamar o volver a consultar con su PCP si no mejora o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención médica con respeto
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica llamando a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711)
- Acudir a sus citas. Si tiene que cancelarlas, llamar lo antes posible.
- Utilizar el Departamento de Emergencias sólo para emergencias
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aunque sea fuera del horario de atención

Cómo cambiar de plan de salud (desafiliación)

En momentos establecidos de su año de beneficios, se le dará la oportunidad de elegir un plan de salud diferente sin necesidad de exponer una buena razón (sin causa). Siempre puede solicitar un cambio de plan de salud si tiene una buena razón (con causa).

Las ocasiones establecidas en las que usted **no** necesita una buena razón para cambiar de planes de salud son:

- Al menos una vez cada 12 meses. Esto normalmente ocurre al mismo tiempo que su elegibilidad para Medicaid está siendo recertificada.
- Durante los primeros 90 días en que Carolina Complete Health comienza a administrar su atención médica (es posible que escuche que esto se llama su “período de elección”). Usted puede salirse de Carolina Complete Health e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante los 90 días.

Recibirá una carta informándole cuándo puede cambiar de plan de salud sin una buena razón. Durante esos plazos fijos, puede elegir seguir siendo afiliado de Carolina Complete Health o elegir un plan de salud diferente que ofrezca los beneficios y servicios en el lugar donde vive.

Si desea salirse de Carolina Complete Health en cualquier otro momento, **sólo** puede hacerlo con una buena razón (con causa). Algunos ejemplos de una buena razón para cambiar planes de salud son:

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio
- Tiene un familiar en otro plan de salud

- Los servicios relacionados que ha solicitado no están disponibles en nuestra red de proveedores y hay el riesgo al recibir los servicios por separado
- Su enfermedad requiere un tratamiento que no puede recibir en nuestro plan de salud
- Su proveedor de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) ya no está en nuestro plan de salud
- Otras razones (mala calidad de atención médica, falta de acceso a los servicios cubiertos o a los proveedores con experiencia en sus necesidades de atención médica)

Si necesita ciertos servicios para tratar las necesidades relacionadas con un trastorno de salud mental o del abuso de sustancias, una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD) o una lesión cerebral traumática (TBI), es posible que tenga otras opciones. Llame al **1-833-870-5500** (TTY 711 o [RelayNC.com](https://www.relaync.com)).

Cómo solicitar un cambio de planes de salud

Puede solicitar el cambio de planes de salud telefónicamente, por correo o electrónicamente. Recibirá ayuda e información para elegir un nuevo plan de salud por parte del intermediario de la inscripción. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo de una de estas maneras:

- Visite ncmedicaidplans.gov
- Utilice la aplicación móvil NC Medicaid Managed Care (Atención Administrada de Medicaid de NC)
- Llame al 1-833-870-5500 (TTY 711 o [RelayNC.com](https://www.relaync.com))

También puede pedir un formulario cuando llame para enviar su solicitud de cambio de plan de salud por correo o fax. Si se aprueba su solicitud, recibirá un aviso de que el cambio tendrá lugar en una fecha determinada. Carolina Complete Health le proporcionará la atención que necesite hasta entonces.

Puede solicitar una acción más rápida si cree que el tiempo en que tarda ordinariamente el trámite pondrá en riesgo su salud. En ese caso, recibirá un aviso sobre su solicitud de abandonar el plan de salud en un plazo de 3 días a partir de presentar la solicitud.

Razones por las que podría tener que salirse de Carolina Complete Health

Hay algunas razones por las que puede tener que salirse de Carolina Complete Health, aun cuando no haya solicitado salirse de nuestro plan de salud. Las siguientes son las razones por las que puede tener que salirse de Carolina Complete Health cuando no lo haya solicitado:

- Si la solicitud de Carolina Complete Health para que usted se salga de nuestro plan de salud es aprobada
 - Podemos solicitar que se salga de nuestro plan de salud sólo si sus acciones o su comportamiento limitan muchísimo nuestra capacidad para atenderle a usted o a otros afiliados de nuestro plan de salud. Carolina Complete Health **no tiene permitido** solicitarle que se salga de nuestro plan de salud debido a un cambio en su

estado de salud, su uso de beneficios y servicios, la disminución de su capacidad mental o por cualquier conducta perturbadora debida a sus necesidades de salud.

- Antes de que Carolina Complete Health le solicite que se salga de nuestro plan de salud, haremos todo lo posible por colaborar con usted para resolver cualquier problema que podamos tener al proporcionarle su atención.
- Si se aprueba la solicitud de Carolina Complete Health para que usted se salga de nuestro plan de salud, recibirá una carta informándole de que nuestra solicitud fue aprobada y qué nuevo plan de salud se hará cargo de su atención. Si no le satisface el nuevo plan de salud que se hace cargo de su atención, se le dará la opción de elegir a un plan de salud diferente.
- Si pierde su elegibilidad para el programa de atención administrada de Medicaid de NC
 - Es posible que pierda su elegibilidad para el programa de Atención Administrada de Medicaid si sucede cualquiera de lo siguiente:
 - Usted permanece en un asilo de ancianos durante más de 90 días seguidos (consulte la página 18 para más información sobre los servicios de enfermería)
 - Usted se vuelve elegible para un centro de medicina neurológica estatal o a una residencia de veteranos operada por el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos y es trasladado allí para su tratamiento
 - Usted cambia de categoría de elegibilidad de Medicaid
 - Usted comienza a recibir Medicare

Si usted ya no es elegible para la Atención Médica Administrada de Medicaid de NC, recibirá una carta informándole que continuará recibiendo sus beneficios y servicios a través de Medicaid Direct de NC en lugar de a través de Carolina Complete Health. Si esto sucede, puede llamar al Centro de Contacto de Medicaid de Carolina del Norte al 1-888-245-0179 para obtener ayuda.

- Si pierde su elegibilidad para Medicaid
 - Es posible que tenga que salirse de nuestro plan de salud si se le notifica que ya no es elegible para recibir beneficios y servicios a través de los programas Medicaid. **Si ya no es elegible para Medicaid, recibirá una carta en la que se le informará que todos los beneficios y servicios que pueda estar recibiendo bajo el programa serán suspendidos.** Si esto sucede, llame a su Departamento de Servicios Sociales local.

Audiencias Imparciales Estatales para las decisiones de desafiliación

Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no está de acuerdo con una decisión de:

- Negarle su solicitud de cambio de planes de salud
- Aprobarle una solicitud de Carolina Complete Health para que usted se salga del plan

Las Audiencias Imparciales Estatales tienen lugar en el OAH. Usted tendrá la oportunidad de proporcionar más información y hechos, y de hacer preguntas sobre la decisión de cambiar de plan de salud, ante un juez de derecho administrativo. El juez de su Audiencia Imparcial Estatal no forma parte de Carolina Complete Health de ninguna manera. En Carolina del Norte, las Audiencias Imparciales Estatales incluyen la oferta de una sesión de mediación gratuita y voluntaria que se celebra antes de la fecha de su audiencia (consulte la página 43 para obtener más información sobre las mediaciones).

Cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal para las decisiones de desafiliación

Si no está de acuerdo con la decisión de cambiar de plan de salud, tiene **30 días** a partir de la fecha de la carta notificándole de la decisión para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Usted mismo puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. También puede pedirle a un amigo, familiar, a su proveedor o a un abogado que le ayude. Puede llamar al intermediario de inscripción al **1-833-870-5500** si necesita ayuda con su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal.

Puede utilizar una de las siguientes formas para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal:

- **POR CORREO:** Llene y firme el formulario de solicitud de Audiencia Imparcial Estatal que viene con su notificación. Envíelo por correo a las direcciones indicadas en el formulario.
- **POR FAX:** Llene, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de Audiencia Imparcial Estatal que viene con su notificación. Los números de fax que necesita están en el formulario.
- **POR TELÉFONO:** Llame a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) al **1-984-236-1860** y solicite una Audiencia Imparcial Estatal. Recibirá ayuda con su solicitud durante esta llamada. Cuando solicite una Audiencia Imparcial Estatal, usted y cualquier persona que haya elegido para ayudarlo podrán ver los expedientes y criterios utilizados para tomar la decisión. Si decide que alguien le ayude, debe autorizar a esa persona por escrito. Incluya su nombre e información de contacto en el formulario de solicitud de Audiencia Imparcial Estatal.

Si no está satisfecho con la decisión de su Audiencia Imparcial Estatal, puede apelar ante el Tribunal Superior de Carolina del Norte en el condado donde vive. Tiene **30 días** a partir del día en que reciba la decisión final de la Audiencia Imparcial Estatal para apelar al Tribunal Superior.

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un momento en el que usted ya no pueda administrar su propia atención médica. Si esto ocurre, es posible que quiera que un familiar u otra persona allegada a usted tomen las decisiones en su nombre. Si planifica con antelación, puede hacer que se cumplan sus deseos. Un documento de directiva anticipada es un conjunto de instrucciones que usted indica sobre los cuidados médicos y mentales que desea recibir si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

La elaboración de un documento de directiva anticipada es una decisión suya. Si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones y no tiene instrucciones anticipadas, su médico o

proveedor de salud conductual consultará con un allegado a usted sobre su atención. Se recomienda enfáticamente que hable sobre sus deseos de tratamiento médico y de salud conductual con su familia y amigos ahora, ya que esto ayudará a asegurar que usted obtenga el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decirle a su médico o a otros proveedores de salud física o conductual lo que desea.

Carolina del Norte tiene tres maneras para que usted haga una directiva anticipada formal. Entre ellas se encuentran el testamento vital, el poder notarial para la atención médica y las instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental.

Testamento vital

En Carolina del Norte, un “testamento vital” es un documento legal que indica a los demás que usted desea fallecer de forma natural si:

- Usted se convierte en un enfermo incurable con una enfermedad irreversible que le causará la muerte en un corto período de tiempo
- Está inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere la conciencia
- Tiene demencia avanzada o una afección similar que provoca una pérdida sustancial de su capacidad de atención, memoria, razonamiento y otras funciones cerebrales, y es muy poco probable que la afección se revierta

En un testamento vital, usted puede indicarle a su médico que no use ciertos tratamientos para prolongar la vida, como una máquina respiratoria (llamada "respirador" o "ventilador"), o que deje de administrarle alimentos y agua a través de una sonda.

El testamento vital sólo entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted cumple con una de las condiciones especificadas en el testamento vital. Le recomendamos que hable ahora de sus deseos con sus amigos, su familia y su médico, para que le ayuden a asegurarse de que reciba el nivel de atención que desea al final de su vida.

Poder notarial para la atención médica

Un **poder notarial para la atención médica** es un documento legal en el que usted puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención médica para que tomen decisiones médicas y conductuales en su nombre cuando usted se vuelva incapaz de decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud conductual quiere y qué no quiere. Debe elegir a un adulto de confianza para que sea su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos con las personas que quiere que sean sus agentes antes de ponerlos por escrito.

Una vez más, siempre es útil hablar sobre sus deseos con su familia, sus amigos y su médico. Un poder notarial para la atención médica entrará en vigor cuando un médico declare por escrito que usted no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica. Si debido a sus creencias morales o religiosas no quiere que un médico tome esta decisión, la ley contempla un trámite para que lo haga una persona que no sea médico.

Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental

Una **instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental** es un documento legal que les indica a los médicos y los proveedores de servicios de salud mental qué tratamientos de salud mental querría usted y qué tratamientos no querría si más adelante usted se volviera incapaz de decidir por sí mismo. También puede utilizarse para designar a una persona que actúe como tutor en caso de que se inicie un procedimiento de tutela. Su instrucción anticipada para el tratamiento de la salud conductual puede ser un documento independiente o combinarse con un poder de atención médica o un poder general. Un médico o proveedor de servicios de salud conductual puede seguir las instrucciones anticipadas para la salud conductual cuando su médico o un psicólogo elegible determinen por escrito que usted ya no es capaz de tomar o comunicar decisiones sobre la salud conductual.

Formularios que puede utilizar para hacer una directiva anticipada

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

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

Puede cambiar de opinión y actualizar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. No cambian su derecho a los beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es hacerles saber su voluntad a otros si usted no puede hablar por sí mismo. Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre las directivas anticipadas.

Inquietudes sobre abuso, descuido y explotación

Su salud y seguridad son muy importantes. Usted debe poder vivir su vida sin temer el abuso ni descuido perpetrado por otros o alguien que se aprovecha de ellos (explotación). Toda persona que sospeche cualquier alegato de abuso, descuido o explotación de un menor (de 17 años o menos) o bien de un adulto discapacitado **debe** denunciar estas inquietudes al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local. Una lista de las oficinas del DSS puede encontrarse en dhhs.nc.gov/localdss. También hay reglas que nadie será castigado por denunciar cuando el denunciante está preocupado por la salud y seguridad de una persona.

Los proveedores están obligados a denunciar toda inquietud concerniente al abuso, descuido o la explotación de un menor o adulto discapacitado que recibe de un personal no autorizado servicios de salud mental, para un trastorno del abuso de sustancias, una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD) o una lesión cerebral traumática (TBI) al DSS local y a la Sección de Registro de Personal de Atención Médica de la División del Reglamento del Servicio Sanitario de Carolina del Norte para una posible investigación. El enlace a la Sección de Registro

de Personal de Atención Médica es www.ncnar.org/verify_listings1.jsp. El proveedor también tomará medidas para asegurar la salud y seguridad de las personas que reciben los servicios.

Para más información sobre cómo denunciar inquietudes, llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que alguien le está cometiendo un fraude a Medicaid, denúncielo. Algunos ejemplos de fraude a Medicaid son:

- Una persona no informa de todos sus ingresos o de otros seguros médicos cuando solicita Medicaid
- Una persona que no recibe Medicaid utiliza la tarjeta de un afiliado a Medicaid con o sin el permiso del afiliado
- Un médico o una clínica factura por servicios que no se prestaron o que no eran médicamente necesarios

Puede denunciar las sospechas de fraude y abuso de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame a la línea de denuncias sobre fraude, despilfarro y abuso de programas de Medicaid al 1-877-DMA-TIP1 (1-877-362-8471)
- Llame a la línea del auditor de despilfarro del estado al 1-800-730-TIPS (1-800-730-8477)
- Llame a la Línea de fraude de la oficina del Inspector General de los Estados Unidos al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)

Teléfonos importantes

	Teléfono	Horario de atención*
Línea de Servicios para los Afiliados	1-833-552-3876 (TTY: 711)	7 a. m. a 6 p. m., de lunes a sábado
Línea de crisis de salud conductual	1-855-798-7093	24 horas del día, los siete días de la semana
Línea de enfermería	1-833-552-3876 (TTY: 711)	24 horas del día, los siete días de la semana
Intermediario de la inscripción	1-833-870-5500 (TTY: 1-833-870-5588)	7 a. m. a 5 p. m., de lunes a sábado
Defensor de Medicaid de NC	1-877-201-3750	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Centro de contacto de Medicaid de NC	1-888-245-0179	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Línea de servicio de proveedores	1-833-552-3876 (TTY: 711)	7 a. m. a 6 p. m., de lunes a sábado
Línea de servicio de recetantes	1-833-552-3876 (TTY: 711)	7 a. m. a 6 p. m., de lunes a sábado
Red de mediación de Carolina del Norte	1-336-461-3300	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Línea gratuita de servicios legales	1-866-219-LANC (5262)	8:30 a. m. a 4:15 p. m., de lunes a viernes
Registro de directivas médicas anticipadas	1-919-814-5400	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Línea de denuncias sobre fraude, despilfarro y abuso de Medicaid de NC	1-877-DMA-TIP1 (877-362-8471)	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Línea del auditor de despilfarro del estado	1-800-730-TIPS (1-800-730-8477)	8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
Línea de fraude de la oficina del Inspector General de los EE.UU.	1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)	8 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes

Manténganos informados

Llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-552-3876 (TTY 711) siempre que estos cambios se produzcan en su vida:

- Tiene un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Da a luz
- Hay un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, consulte con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

Defensor de Medicaid de Carolina del Norte

El Defensor de Medicaid de Carolina del Norte es un recurso al que puede dirigirse si necesita ayuda con sus necesidades de atención médica. El Defensor de Medicaid de Carolina del Norte es una organización independiente y sin ánimo de lucro cuyo único trabajo es garantizar que las personas y familias que reciben Atención Médica Administrada de Medicaid de NC accedan a la atención que necesitan.

El Defensor de Medicaid de Carolina del Norte puede:

- Responder a sus preguntas sobre los beneficios
- Ayudarle a comprender sus derechos y responsabilidades
- Proporcionar información sobre la Atención Médica Administrada de Medicaid de NC
- Responder a sus preguntas sobre cómo afiliarse o desafiliarse de un plan de salud
- Ayudarle a entender un aviso que ha recibido
- Remitirle a otras agencias que puedan ayudarle con sus necesidades de atención médica
- Ayudarle a resolver los problemas que no ha podido resolver con su proveedor de atención médica o su plan de salud
- Defenderlo si está lidiando con un problema o una queja que afecte al acceso a la atención médica
- Proporcionar información para ayudarle con su apelación, queja, mediación o audiencia imparcial
- Ponerle en contacto con ayuda legal si la necesita para ayudar a resolver un problema con su atención médica

Usted puede ponerse en contacto con el Defensor de Medicaid de Carolina del Norte llamando al **1-877-201-3750** o visitando el sitio web en ncmedicaidombudsman.org.