



# Guía de servicios de administración de la atención



**Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN)  
Administración de atención general**

## ÍNDICE

Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN).....	1
Bienvenido.....	3
¿Qué es la Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN)?.....	3
Servicios de administración de atención general.....	5
Servicios de administración de atención médica compleja.....	5
Servicios de administración de atención de maternidad.....	6
Servicios de administración de atención transitoria .....	7
Servicios de planificación familiar .....	7
Servicios de remisión a transporte .....	8
Cobertura fuera de horario y de emergencia .....	9
Preguntas y respuestas frecuentes .....	9
¿Quién es elegible para los servicios de My Care?.....	10
Copagos para los servicios de My Care .....	10
Servicios de administración de atención disponibles para usted a través del programa My Care: .....	10
Contactos de la ACHN a nivel estatal .....	11
Oficinas distritales de Medicaid.....	12
Derechos y obligaciones de Medicaid .....	13
Los derechos de su médico. ....	14
Fraude y abuso del programa de Medicaid.....	15
Información para el registro de votantes .....	16
Aviso de prácticas de privacidad .....	16
Quejas formales .....	19
Definiciones.....	22
Ayuda en idioma extranjero.....	24
Declaración de no discriminación.....	26
Sus derechos y responsabilidades .....	29
Sus derechos a permanecer en My Care .....	30
Derechos y responsabilidades específicos de la maternidad.....	31
Información de contacto.....	32
Confidencialidad y aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA.....	33
Requisitos de Medicaid .....	35

## Bienvenido a My Care Alabama y al Programa de la Red de Salud Coordinada de Alabama (Alabama Coordinated Health Network, ACHN).

### Bienvenido

Este manual explica:

- Los servicios que ofrece el Programa de la ACHN.
- Cómo comunicarse con la ACHN asignada al lugar donde usted vive.
- Sus derechos y obligaciones como beneficiario que participa en el programa de la ACHN.

Los profesionales del Programa de la Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN) trabajarán con usted, su equipo de atención médica y los recursos locales de la comunidad para ayudarlo a encontrar servicios que cubran sus necesidades básicas. Este servicio es GRATUITO para usted si tiene Medicaid. Su ACHN local se comunicará con usted, o usted puede comunicarse con su personal. El personal de la ACHN le hará algunas preguntas antes de inscribirse para determinar si el servicio es adecuado para usted. Una vez que se inscriba en el programa, podrá obtener ayuda para encontrar un médico, encontrar transporte a sus citas y más.

### ¿Qué es la Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN)?

La Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN) es un programa de la Agencia de Medicaid de Alabama que presta servicios de administración de la atención a sus beneficiarios. El programa está diseñado para crear un sistema único de administración de la atención que conecte eficazmente a los beneficiarios de Medicaid de Alabama con proveedores y recursos de la comunidad dentro de las regiones en las que viven los beneficiarios.

Los servicios de administración de la atención los prestan proveedores que seleccionó la Agencia de Medicaid de Alabama. Estos proveedores están repartidos por todo el estado, y el condado donde usted vive tiene asignado un proveedor de la ACHN. Consulte la sección "Contactos de la ACHN a nivel estatal" de este manual para obtener información de contacto de la ACHN asignada al condado donde vive.

Si usted es elegible para inscribirse en el Programa de la ACHN, un miembro del personal de la ACHN puede comunicarse con usted, o usted puede comunicarse con ellos. Este programa voluntario está disponible sin costo para usted y lo ayudará a tomar mejores decisiones para tener mejores resultados médicos. Puede comunicarse con nosotros cuando tenga preguntas o necesite ayuda con su atención.

**Su administrador de la atención le dará su información de contacto específica. O puede llamarnos gratis al 855-200-9471 de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 5 p. m., hora estándar del centro.**

**No se necesita una remisión para recibir los servicios de administración de la atención de My Care.**



# Servicios de administración de la atención

Lo ayudamos a manejar su salud



## Servicios de administración de atención general

Puede elegir recibir servicios de cualquier proveedor de atención médica que acepte Medicaid. También puede cambiar de proveedor de atención médica en cualquier momento. Medicaid solo pagará los servicios cubiertos que preste un proveedor de atención médica que acepte Medicaid.

My Care puede ayudarlo a encontrar un proveedor que acepte el seguro de Medicaid como pago por los servicios.

Antes de que le presten cualquier servicio médico, asegúrese de preguntarle al proveedor al que piensa ver si acepta su Medicaid.

Recuerde: Los niños deben tener una remisión para detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) de su médico de cabecera antes de programar una cita con un especialista.



### My Care puede ayudarlo a:

- Encontrar un profesional médico que se adapte a sus necesidades.
- Obtener los servicios médicos que necesita.
- Programar citas.
- Obtener más información sobre cualquier enfermedad que pueda tener y lo que puede hacer para manejarla mejor.
- Aprender a administrar los medicamentos que toma.
- Trabajar con sus médicos y su equipo de atención después de regresar a casa del hospital.
- Evitar las hospitalizaciones o las visitas a la sala de emergencias cuando sea posible.
- Obtener transporte para las visitas al médico.

## Servicios de administración de atención médica compleja

Servicios de administración de atención de alta intensidad disponibles para beneficiarios que:

- Son niños con complejidades médicas.
- Pueden requerir tecnología médica para mantener las actividades diarias.
- Tienen la enfermedad de células falciformes.
- Tienen un trastorno por consumo de sustancias.
- Tienen un diagnóstico de enfermedad mental.

# Servicios de administración de atención de maternidad

**Si está embarazada, comuníquese con su My Care local** para recibir una remisión al proveedor de atención de maternidad que usted elija.

Puede visitar a cualquier proveedor de atención de maternidad que acepte Medicaid como pago.

Los proveedores de atención de maternidad son médicos y enfermeros parteros que dan atención prenatal (antes de que nazca el bebé), atención durante el parto y atención posparto (después de que nazca el bebé). Las beneficiarias embarazadas mantendrán su cobertura de Medicaid hasta 12 meses después de que finalice su embarazo.

Los servicios dentales están disponibles para las beneficiarias embarazadas hasta 60 días después del parto o hasta la fecha de finalización del embarazo.

## **My Care puede ayudarla:**

- Con la solicitud de Medicaid.
- A encontrar un profesional médico que se adapte a sus necesidades.
- A programar citas, ayudar con las remisiones y dar recordatorios de citas.
- A dar información sobre qué esperar durante y después del embarazo.
- A remitirla a programas que puedan ayudarla a cubrir sus necesidades durante su embarazo y después del parto.
- Con información sobre el cuidado infantil.
- A identificar y analizar métodos que la ayuden a dejar de fumar o usar tabaco.

**NOTA:** Las beneficiarias embarazadas que no sean ciudadanas americanas y no tengan tarjeta de residencia no pueden recibir servicios del Programa de la ACHN. Medicaid solo pagará los servicios de emergencia relacionados con el embarazo, incluyendo el parto y el nacimiento en estos casos.



# Servicios de administración de atención transitoria

Los servicios de atención transitoria están diseñados para ayudar a los beneficiarios en su transición de un hospital o centro de hospitalización al entorno de la comunidad. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ayuda con las adaptaciones del entorno, el equipo y la tecnología necesarios para una transición exitosa del entorno de atención
- Coordinación con los administradores de atención de maternidad para garantizar una transición sin problemas de los beneficiarios a la atención médica no materna antes del final del período posparto
- Coordinación con el Departamento de Salud Mental de Alabama (Alabama Department of Mental Health), la Agencia de Medicaid y con los centros de salud mental de la comunidad

# Servicios de planificación familiar

**My Care puede remitirlo a un proveedor de planificación familiar.**

My Care ayuda a fomentar la salud familiar, el comportamiento responsable, y madres y bebés sanos. My Care y Medicaid quieren ayudar a prevenir embarazos no deseados y ayudar a planificar cuándo quiere tener un bebé.

Los servicios de planificación familiar están disponibles para la mayoría de los beneficiarios de Medicaid de Alabama. Los métodos anticonceptivos cubiertos por Medicaid incluyen píldoras anticonceptivas, diafragmas, inyecciones, implantes y dispositivos intrauterinos (DIU).

Medicaid paga la ligadura de trompas para mujeres mayores de 21 años y la vasectomía para hombres mayores de 21 años. Los formularios de consentimiento deben firmarse al menos 30 días antes de la cirugía.

Llame a su médico, enfermero partero, departamento de salud del condado o clínica de planificación familiar para esta cirugía.

**Los servicios de planificación familiar no descontarán las visitas habituales en el consultorio médico.**

Hay más información disponible para los beneficiarios en el sitio web de Medicaid en [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov). Seleccione la pestaña ACHN, enlace ACHN Recipients (Beneficiarios de la ACHN). También puede enviar preguntas por email a [webwork@medicaid.alabama.gov](mailto:webwork@medicaid.alabama.gov).



# Servicios de remisión a transporte

**Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1.**

El personal de My Care puede remitirlo al servicio de transporte que no es de emergencia (NET) de Medicaid.

- El Programa NET ayuda a cubrir el costo del transporte a citas médicamente necesarias para los beneficiarios de Medicaid que no tienen transporte confiable. Necesitará comunicarse con el Programa NET para programar un viaje o para recibir el pago antes del día de la cita. El personal de My Care puede ayudarlo con este proceso.



## Recuerde:

Avise a My Care Alabama (My Care) y a Medicaid de Alabama cuando se mude o cambie su número de teléfono para que Medicaid lo mantenga informado de cualquier cambio en sus beneficios y sus fechas de renovación.

## Cobertura fuera de horario y de emergencia

Una condición médica de emergencia es una lesión o condición potencialmente mortal, y los servicios de emergencia son servicios médicos que se prestan durante una emergencia médica. **Si necesita servicios de emergencia, llame al 9-1-1.**

No se requiere autorización previa para servicios de emergencia, y usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia.

My Care tiene un sistema automatizado disponible todos los días laborables entre las 5:00 p. m. y las 8:00 a. m., hora del centro, durante los fines de semana y los feriados legales. El sistema automatizado tiene un buzón de voz para que las personas que llamen puedan dejar mensajes y les da instrucciones sobre qué hacer en una emergencia. My Care responderá los mensajes el siguiente día laborable.

## Preguntas y respuestas frecuentes

<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>
¿Qué significa A-C-H-N?	Alabama Coordinated Health Network (Red de Salud Coordinada de Alabama)
Yo no me inscribí para esto, ¿cómo me conocen?	Es posible que su médico o la Agencia de Medicaid hayan solicitado a la ACHN que lo llame para ofrecerle este servicio.
¿Tengo que ir a su consultorio?	El personal de la ACHN lo recibirá en cualquier lugar público que elija, incluso en la comodidad de su casa.
¿Por qué quieren venir a mi casa?	Es posible que el personal de la ACHN le pida reunirse con usted en su casa para su privacidad, comodidad y para ahorrarle tiempo de viaje.
Si me inscribo en la ACHN, ¿seguiré teniendo todos los beneficios de Medicaid para los que califico?	Sí. Participar en el programa de la ACHN es otro beneficio de Medicaid disponible para usted junto con sus otros beneficios de Medicaid.
¿Tengo que pagar por este servicio?	No. Este servicio es gratuito para los beneficiarios de Medicaid de Alabama.
¿Pagarán mis visitas al médico y mis recetas?	No. La ACHN no paga ningún servicio. Puede ayudarlo a encontrar recursos locales de asistencia.
¿Puedo negarme a recibir este servicio?	Sí, usted tiene derecho a negarse a recibir este servicio.

## ¿Quién es elegible para los servicios de My Care?

Usted puede ser elegible para inscribirse en el programa de la ACHN si usted (o su hijo/hija):

- Tiene todos los beneficios de Medicaid.
- Tiene un embarazo.
- Necesita ayuda para encontrar un médico que acepte Medicaid de Alabama.
- Es un hijo de crianza temporal.
- Fue un hijo de crianza temporal.
- Tiene condiciones médicas crónicas.
- Tiene condiciones o diagnósticos médicos complejos.
- Tiene un diagnóstico de salud mental.
- Necesita ayuda para conseguir transporte a sus citas médicas.

\*Para obtener una lista de personas excluidas de la coordinación de atención de la ACHN, visite el sitio web de la Agencia, [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov). Seleccione la pestaña *Providers* (Proveedores), *Current Manual* (Manual actual), *Chapter 40* (Capítulo 40): *Primary Care Physician (PCP) and Delivering Healthcare Professional (DHCP) Billing* (Facturación de médicos de atención primaria [PCP] y profesionales obstétricos [DHCP]).

## Copagos para los servicios de My Care

**No** está obligado a hacer un copago por los servicios prestados por un proveedor de la ACHN seleccionado por Medicaid de Alabama.

## Servicios de administración de la atención disponibles para usted por medio del programa My Care:

- Servicios de administración de atención general
- Servicios de administración de atención médica compleja
- Servicios de administración de atención de maternidad
- Servicios de salud conductual
- Servicios de atención transitoria



# PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

## Contactos de la ACHN a nivel estatal

<i>Región del estado</i>	<i>Condados cubiertos</i>	<i>Teléfono</i>
Central	Condados de Autauga, Butler, Chilton, Crenshaw, Dallas, Elmore, Lowndes, Marengo, Montgomery, Perry y Wilcox	My Care Alabama Central <b>1-855-288-8360</b>
Este	Condados de Blount, Calhoun, Cherokee, Clay, Cleburne, Coosa, DeKalb, Etowah, Randolph, Talladega, Tallapoosa y St. Clair	My Care Alabama East <b>1-855-288-8364</b>
Jefferson/Shelby	Condados de Jefferson y Shelby	Alabama Care Network Mid-State <b>1-833-296-5245</b>
Noreste	Condados de Cullman, Jackson, Limestone, Madison, Marshall y Morgan	North Alabama Community Care <b>1-855-640-8827</b>
Noroeste	Condados de Bibb, Colbert, Fayette, Franklin, Greene, Hale, Lamar, Lauderdale, Lawrence, Marion, Pickens, Sumter, Tuscaloosa, Walker y Winston	My Care Alabama Northwest <b>1-855-200-9471</b>
Sudeste	Condados de Barbour, Bullock, Chambers, Coffee, Covington, Dale, Geneva, Henry, Houston, Lee, Macon, Pike y Russell	Alabama Care Network Southeast <b>1-833-296-5246</b>
Sudoeste	Condados de Baldwin, Choctaw, Clarke, Conecuh, Escambia, Mobile, Monroe y Washington	Gulf Coast Total Care <b>1-833-296-5247</b>

## Oficinas distritales de Medicaid

<i>Ciudad</i>	<i>Dirección</i>	<i>Condados atendidos</i>	<i>Teléfono</i>
Auburn	687 North Dean Road, Suite 300, Auburn, AL 36830	Atiende a los condados de Chambers, Clay, Coosa, Lee, Macon, Randolph, Russell, Talladega y Tallapoosa	(866) 371-4072
Birmingham	Beacon Ridge Tower, Suite 300 600 Beacon Pkwy West Birmingham, AL 35209	Atiende a los condados de Jefferson, Shelby y St. Clair	(866) 371-4073
Decatur	2119 Westmead Dr. SW, Suite 1 Decatur, AL 35603-1050	Atiende a los condados de Cullman y Morgan	(866) 371-4074
Dothan	2652 Fortner St., Suite 4 Dothan, AL 36305-3203	Atiende a los condados de Barbour, Coffee, Covington, Crenshaw, Dale, Geneva, Henry, Houston y Pike	(866) 371-4075
Florence	412 S. Court Street, Suite 200 Florence, AL 35630-5606	Atiende a los condados de Colbert, Franklin, Lauderdale, Lawrence, Marion y Winston	(866) 371-4076
Gadsden	200 West Meighan Blvd., Suite D Gadsden, AL 35901-3200	Atiende a los condados de Blount, Calhoun, Cherokee, Cleburne, DeKalb, Etowah y Marshall	(866) 371-4077
Huntsville	6515 University Drive, NW Suite B Huntsville, AL 35806-1775	Atiende a los condados de Jackson, Limestone y Madison	(855) 733-3160
Mobile	2800 Dauphin Street, Suite 105 Mobile, AL 36606-2400	Atiende a los condados de Baldwin, Clarke, Escambia, Mobile y Washington	(866) 371-4078
Montgomery	3060 Mobile Highway, Montgomery, AL 36108	Atiende a los condados de Autauga, Bullock, Butler, Chilton, Elmore, Lowndes y Montgomery	(866) 621-6509
Selma	106 Executive Park Lane Selma, AL 36701	Atiende a los condados de Choctaw, Conecuh, Dallas, Marengo, Monroe, Perry, Sumter y Wilcox	(866) 371-4079
Tuscaloosa	907 22 <sup>nd</sup> Avenue Tuscaloosa, AL 35401-5822	Atiende a los condados de Bibb, Fayette, Greene, Hale, Lamar, Pickens, Tuscaloosa y Walker	(866) 371-4080

### Feridos de My Care:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King
- Viernes Santo
- Día de la Conmemoración de los Caídos
- Juneteenth
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Nochebuena
- Día de Navidad

## Cuando usted recibe Medicaid, tiene derechos

**Cuando usted recibe Medicaid, tiene derechos. La inscripción en My Care no le quita sus derechos.** Medicaid es un programa voluntario. Esto significa que usted acepta formar parte de Medicaid y seguir las normas de Medicaid. Esto también significa que, cuando usted recibe Medicaid, tiene los derechos indicados abajo.

### Usted tiene derecho a:

- solicitar asistencia con la traducción de idiomas.
- participar en una reunión del equipo de atención multidisciplinaria (MCT) para hablar de su plan de atención.
- presentar una queja o querrela contra su médico o contra la ACHN. Para presentar una querrela, pídale ayuda a su ACHN. Es su derecho y debe ayudarlo. Si quiere presentar una querrela contra la ACHN, comuníquese con la Unidad de Asistencia a Proveedores de la Red (Network Provider Assistance Unit) de la Agencia de Medicaid de Alabama.
- participar en el Comité Asesor del Consumidor (Consumer Advisory Committee, CAC) de la ACHN como beneficiario de Medicaid o padre/madre de un niño con Medicaid para aconsejar a la ACHN sobre cómo ofrecer mejores servicios a quienes reciben Medicaid.
- a poder comunicarse con su médico.
- a ir a cualquier médico o clínica para obtener métodos anticonceptivos (planificación familiar).
- a recibir atención médica de inmediato si cree que tiene una emergencia.
- a saber qué enfermedad tiene o cuál es su problema médico, y cuál es la mejor manera de tratarlo, según su médico.
- a decidir sobre su atención médica y dar su permiso antes del inicio del tratamiento u operación.
- a mantener la privacidad de la información personal contenida en sus registros médicos.
- a que lo traten con respeto, dignidad y privacidad.
- a informar a Medicaid de cualquier queja o querrela sobre su médico o su atención médica.

## Cuando usted recibe Medicaid, tiene obligaciones

Medicaid es un programa voluntario. **Esto significa que usted acepta formar parte de Medicaid y seguir las normas de Medicaid.** Esto también significa que, cuando usted recibe Medicaid, tiene las obligaciones indicadas abajo.

### Tiene la obligación:

- de seguir las normas de Medicaid.
- de llamar a su médico primero antes de ir a la sala de emergencias, a menos que sea un caso potencialmente mortal, o si va a otros médicos o clínicas.
- de dar tantos datos como sea posible para ayudar a su médico u otro proveedor de atención médica a cuidar de usted. Por ejemplo, es importante informar a su médico de todos los medicamentos que toma (se recomienda que lleve todos los frascos de sus medicamentos cuando vaya al médico).
- de ir a sus citas.
- de llamar a su médico o clínica y hacerles saber si no puede ir a una cita.
- de seguir las instrucciones que le dé su médico o clínica.
- de hacer preguntas sobre cosas que no entienda.
- de seguir las normas establecidas por su médico personal para su consultorio.
- de informar a su médico o clínica de cualquier seguro que tenga.
- de mantener su tarjeta de Medicaid en un lugar seguro. Nunca deje que nadie más use su tarjeta.
- de informar a Medicaid de cualquier cambio que pueda afectar a su cobertura, como dirección, estado civil, ingresos o cobertura de seguro. Puede completar un formulario en línea haciendo clic en **My Medicaid** (Mi Medicaid) en el sitio web de la Agencia en [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov) o llamando al 1-800-362-1504.
- La llamada es gratuita. Un pariente debe reportar la fecha de fallecimiento de un familiar en Medicaid.

## Su médico tiene derecho a pedirle que siga las normas del consultorio o la clínica.

Esto también se aplica a cualquier visita o pariente que venga con usted o con su hijo. Si usted (u otras personas que están con usted) no siguen las normas, su médico tiene el derecho a pedirles a usted o su hijo que vayan a otro médico. **Si continúa sin cumplir las normas, es posible que no pueda encontrar a un médico que lo atienda (a usted o a su hijo).** Esto podría ocasionar que usted tenga que pagar por su atención médica.

**Actuar de manera grosera, malintencionada o amenazante hacia el médico o hacia una persona que trabaje para él puede causar la pérdida de su Medicaid.** Esto incluye pelear, insultar o usar otras palabras abusivas, portar un arma o estar bajo la influencia de drogas o alcohol.

## Fraude y abuso del programa de Medicaid

Las normas federales requieren que Medicaid haga todo lo posible para identificar y prevenir el fraude, el abuso o el uso indebido del programa de Medicaid. La Agencia de Medicaid de Alabama investiga exhaustivamente todos los casos de sospecha de fraude, abuso o uso indebido, y los envía a las autoridades policiales correspondientes.

La ley de Alabama exige que un beneficiario que haya defraudado, abusado o hecho un uso indebido y deliberado del programa de Medicaid pierda su Medicaid inmediatamente por al menos un año y hasta que pague en su totalidad todo el dinero que se debe al programa. Los casos de fraude también pueden dar lugar a acciones legales adicionales.

Las leyes federales y estatales establecen que es un delito dar deliberadamente información falsa para obtener beneficios de Medicaid. **Vender, cambiar o prestar una tarjeta de Medicaid es ilegal, y Medicaid perseguirá a cualquiera que infrinja las leyes de Medicaid.**

El uso de una tarjeta de Medicaid para cualquier cosa que no sea la atención médica necesaria cubierta por el programa es abuso o uso indebido y dará lugar a la pérdida o restricción de los beneficios de Medicaid.

## Ejemplos de fraude, abuso o uso indebido

Los tipos de problemas que la Agencia de Medicaid investigará incluyen, entre otros:

1. Visitas frecuentes a médicos o en salas de emergencia por molestias generales.
2. Usar medicamentos para el dolor o los nervios en cantidades excesivas o innecesarias.
3. No cooperar con Medicaid en la identificación y cobro de seguros, demandas y otros “terceros” por los servicios.
4. No pagar el dinero que se debe a la Agencia de Medicaid.
5. El incumplimiento reiterado de su responsabilidad de mantener segura su tarjeta de Medicaid.
6. Permitir que otra persona use su tarjeta de Medicaid.
7. Cambiar su receta.
8. El uso indebido de un pago del programa de transporte que no es de emergencia.

Las personas que usan demasiado sus beneficios de Medicaid pueden verse restringidas a usar solo un médico y solo una farmacia. Medicaid también puede restringir el pago de ciertos medicamentos.

**Si cree que otro beneficiario de Medicaid o un proveedor de Medicaid puede estar abusando o defraudando al programa, repórtelo a la Agencia de Medicaid de Alabama. Llame al 1-866-452-4930 para reportar fraude o abuso. No es necesario que dé su nombre ni que pague por la llamada.**

**Para reportar un fraude a Medicaid, llame al  
1-866-452-4930**

### Información para el registro de votantes

Puede registrarse para votar en cualquier oficina de Medicaid cuando solicite, renueve o envíe un cambio de dirección. Los trabajadores de Medicaid pueden ayudarlo a completar el formulario y enviarlo a la junta local de registradores de su condado de residencia.

Este es simplemente un servicio que Medicaid ofrece a los solicitantes y beneficiarios y no afecta los beneficios de Medicaid que usted recibe.

Puede llamar a la División de Elecciones del Secretario de Estado (Secretary of State's Elections Division) para obtener más información sobre cómo registrarse para votar. El número es 1-800-274-8683. La llamada es gratuita.

### Aviso de Prácticas de privacidad

(Fecha de entrada en vigor: 7/1/13)

*Llame por teléfono al 1-800-362-1504 para tener esta información en español.*

#### **PARA SU PROTECCIÓN**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y  
CÓMO PUEDE CONSULTARLA.  
REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

#### **Medicaid se compromete a resguardar la privacidad de su información**

Su información médica es personal. Sin embargo, hay ocasiones en que Medicaid debe revelar información a otros para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita. Cuando se deba hacer esto, Medicaid se compromete a cumplir la ley para resguardar la privacidad de su información. Este aviso lo informa de cómo Medicaid usa y revela información sobre usted y cuáles son sus derechos por ley. Indica las normas que Medicaid debe cumplir cuando usa o revela su información.

#### **Qué información puede revelarse**

Hay muchas buenas razones para que se revele su información. Si usted solicita Medicaid desde otra agencia (como el Departamento de Recursos Humanos [Department of Human Resources] o la Administración del Seguro Social), esa agencia debe enviar información sobre usted a Medicaid. La información que nos pueden enviar incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social, pólizas de seguro médico e información médica. Cuando sus proveedores de atención médica envíen reclamos por pagos a Medicaid, los reclamos deben incluir su diagnóstico y los tratamientos médicos que recibió. Para que Medicaid pague algunos tratamientos médicos, sus proveedores de atención médica también deben enviar información médica adicional, como declaraciones de un médico, radiografías o resultados de análisis de laboratorio.

#### **¿Cómo usa y revela Medicaid la información de atención médica?**

Medicaid contrata a terceros ajenos a la agencia para prestar algunos servicios. Por ejemplo, Medicaid contrata a una empresa para procesar los reclamos que envía su proveedor de atención médica. Es posible que Medicaid tenga que revelar toda o parte de su información con esa empresa para que se puedan pagar sus facturas de atención médica.

Cuando se hace esto, Medicaid exige que la empresa cumpla la ley y preserve la seguridad de su información.



## PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

Medicaid no usará ni revelará su información genética en el momento de decidir si usted es elegible para Medicaid.

Medicaid no usará su información para venderle productos ni venderá su información a una empresa que intentará que usted compre productos o servicios.

**Maneras en que Medicaid usa y revela su información médica** - Para cada categoría, indicaremos a lo que nos referimos y daremos un ejemplo.

**Para pago:** Medicaid puede usar y revelar información sobre usted para poder pagar sus servicios médicos. Por ejemplo, cuando usted recibe un servicio de Medicaid, su proveedor le pide a Medicaid que pague por ese servicio mediante la presentación de un reclamo. En el formulario de reclamo, su proveedor debe identificarlo y decir cuáles son sus diagnósticos y tratamientos.

**Para tratamientos médicos:** Es posible que Medicaid use o revele su información para garantizar que reciba los tratamientos o servicios médicos que necesita. Por ejemplo, su médico puede recibir información sobre usted de Medicaid.

**Para administrar el programa de Medicaid:** Es posible que Medicaid use o revele su información para administrar el programa de Medicaid. Por ejemplo, es posible que Medicaid celebre un contrato con una empresa que revisa registros de hospitales para que verifique la calidad de la atención que usted recibe y el resultado de su atención.

**Para otras agencias del gobierno que le dan beneficios y servicios:**

Es posible que Medicaid revele su información a otras agencias de gobierno que le dan beneficios o servicios.

Por ejemplo, es posible que Medicaid le dé información al Departamento de Salud Pública de Alabama (Alabama Department of Public Health) para que usted pueda calificar para recibir beneficios o servicios.

**Para mantenerlo informado:** Es posible que Medicaid use su información para enviarle materiales que lo ayuden a tener una vida saludable. Por ejemplo, es posible que Medicaid le envíe un folleto sobre una enfermedad o condición que usted tenga o sobre sus elecciones de atención administrada.

**Para controlar a los proveedores de atención médica:** Es posible que Medicaid revele su información a las agencias de gobierno que dan autorizaciones para centros médicos y los inspeccionan. Un ejemplo es el Departamento de Salud Pública de Alabama, que inspecciona las residencias de adultos mayores.

**Para la investigación:** Es posible que Medicaid revele su información para un proyecto de investigación. Una junta de revisión debe aprobar todo proyecto de investigación y sus normas para asegurar la privacidad de su información.

**Según lo establecido por la ley:** Cuando se solicite, Medicaid revelará su información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

## Su información médica

Estos son sus derechos sobre la información médica que Medicaid tiene sobre usted:

- Tiene derecho a ver y pedir una copia de su información médica con determinadas excepciones.
- Tiene derecho a pedirle a Medicaid que cambie la información médica que sea incorrecta o esté incompleta. Medicaid puede negar su solicitud en algunos casos.
- Tiene derecho a preguntar qué temas de su información médica reveló Medicaid y a quién durante los últimos seis años antes de la fecha en la que nos pide la información.
- Tiene derecho a pedir que se restrinjan ciertos usos o revelaciones de su información médica. Medicaid no tiene la obligación legal de aceptar su solicitud, pero lo hará siempre que sea posible.
- Tiene derecho a pedir que Medicaid lo informe de su salud de una manera o en un lugar que lo ayuden a resguardar la privacidad de su información médica.
- Tiene derecho a que le avisen si su información médica se usa o se revela de una forma no permitida por la ley.

Tiene derecho a pedir una copia de este aviso. Puede pedirle a Medicaid que le dé una copia o podrá imprimirla desde el sitio web de Medicaid, [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov).

## Requisitos de Medicaid

Medicaid está obligado por la ley a:

- Resguardar la privacidad de su información.
- Entregarle este aviso sobre las normas que Medicaid debe cumplir al usar o revelar su información a otras personas.
- Cumplir los términos de este aviso.
- Salvo por las razones indicadas en este aviso, Medicaid no podrá usar ni revelar ninguna información sobre usted a menos que usted lo acepte por escrito. Por ejemplo, Medicaid no usará ni revelará notas de un proveedor de salud mental que estén separadas de su registro médico, a menos que usted dé permiso por escrito. Puede revocar su permiso en cualquier momento, por escrito, excepto para la información que Medicaid reveló antes de que usted revocara su permiso. Si no puede dar su permiso por una emergencia, Medicaid puede revelar la información si lo considera conveniente para usted. Medicaid debe avisarle lo antes posible después de revelar la información.

En el futuro, Medicaid puede cambiar sus prácticas de privacidad y puede aplicar esos cambios a toda la información médica que tengamos.

**Si las prácticas de privacidad de Medicaid cambian, Medicaid le enviará por correo un nuevo aviso en un plazo de 60 días. Medicaid también publicará el nuevo aviso en su sitio web, [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov).**

## Cómo obtener más información

Si tiene preguntas o quiere obtener más información, puede llamar aquí:

- Línea gratuita al 1-800-362-1504
- Telecomunicaciones para sordos, sin cargo al 711

## Cómo reportar un problema

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, usted puede:

- Presentar una queja ante Medicaid llamando gratis al 1-800-362-1504 o llamando gratis a Telecomunicaciones para Sordos al 711 o escribiendo a Office of General Counsel, Alabama Medicaid Agency, P.O. Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624.
- Presentar una queja a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services) por escrito a: Region IV, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta GA 30303-8909. También puede llamar o enviar una queja por fax. Llame al: 1-404-562-7886 o envíe un fax al: 1-404-562-7881 o llame a Telecomunicaciones para Sordos: 1-404-331-2867.

## La Agencia no tomará medidas contra usted por presentar una queja o una querella.

## Querellas

Puede haber casos en que un beneficiario inscrito en la ACHN tenga una experiencia desagradable con un proveedor de atención primaria (PCP) de la ACHN (también conocido como proveedor participante de la ACHN), un proveedor de atención de maternidad (MCP) o un miembro del personal de la ACHN. En estos casos, el beneficiario puede presentar una queja/querella contra el PCP, el MCP o el personal de la ACHN. Todas las quejas/querellas formales deben enviarse inicialmente a la ACHN para su notificación, revisión y resolución. Solo en caso de no haber resolución, la Agencia considerará el asunto para su revisión.

## Quejas/querellas presentadas por un beneficiario de Medicaid de la ACHN contra un PCP o MCP de la ACHN

Si un beneficiario inscrito en la ACHN tiene una experiencia desagradable con un PCP o MCP de la ACHN y quiere presentar una queja/querella por escrito, se deben cumplir los siguientes procedimientos:

1. El beneficiario de la ACHN debe comunicarse con su ACHN asignada y presentar la queja a la ACHN. De conformidad con la Política del CFR, Título 42 – Salud pública; Capítulo IV; Subcapítulo C – Programas de asistencia médica; Parte 438
2. Atención administrada; Subparte F - Sistema de querellas y apelaciones, al manejar querellas y apelaciones, la ACHN debe dar a los afiliados cualquier asistencia razonable para completar formularios y tomar otros pasos procedimentales relacionados con una querella o apelación. Esto incluye, entre otras cosas, ayudas y servicios auxiliares a pedido, como prestar servicios de interpretación y números sin cargo que tengan capacidad adecuada de TTY/TTD e interpretación.

3. La ACHN debe cumplir y seguir la política actual de querellas como se describe en la RFP de la Red de Salud Coordinada de Alabama, 2019-ACHN-OI (para incluir el aviso de las quejas/querellas a la Agencia dentro del plazo designado).
4. Si no se llega a una resolución en un plazo de 30 días calendario después de la presentación de una queja/querella a la ACHN, el beneficiario debe presentar una queja/querella por escrito:  
Por correo: Alabama Medicaid Agency Network Provider Assistance Unit  
501 Dexter Avenue P.O. Box 5624 Montgomery, AL 36103-5624 o  
Por fax: 334-353-3856
5. La queja/querella por escrito se enviará a la División de Medicaid correspondiente.
6. La Unidad de Asistencia a Proveedores de la Red (Network Provider Assistance Unit, NAPU) o la División de Medicaid correspondiente seguirá la política establecida según se define en su área de programa.
7. La NAPU enviará por email un aviso de recepción de cortesía y actualizaciones al administrador de sistemas médicos (HSM) asignado.

### Queja/querellas presentadas por un beneficiario de la ACHN contra una ACHN

Si un beneficiario tiene un acontecimiento desagradable con una ACHN y quiere presentar una queja/querella por escrito, se deben cumplir los siguientes procedimientos:

1. El beneficiario debe comunicarse con su ACHN asignada y presentar la queja a la ACHN. De conformidad con la Política del CFR, Título 42 — Salud pública; Capítulo IV; Subcapítulo C — Programas de asistencia médica; Parte 438 — Atención administrada; Subparte F - Sistema de querellas y apelaciones, al manejar querellas y apelaciones, la ACHN debe dar a los afiliados cualquier asistencia razonable para completar formularios y tomar otros pasos procedimentales relacionados con una querella o apelación. Esto incluye, entre otras cosas, ayudas y servicios auxiliares a pedido, como prestar servicios de interpretación y números sin cargo que tengan capacidad adecuada de TTY/TTD e interpretación.
2. En un plazo de 24 horas después de recibir la queja/querella, la ACHN debe avisar por email al administrador de sistemas médicos (HSM) asignado de Medicaid de Alabama sobre la recepción de la queja/querella y enviarla:  
Por correo: Alabama Medicaid Agency Network Provider Assistance Unit  
501 Dexter Avenue P.O. Box 5624 Montgomery, AL 36103-5624 o  
Por fax: 334-353-3856
3. El día de la recepción de la queja/querella, la NPAU avisará y enviará por email la queja/querella al HSM asignado para la Entidad de la ACHN referenciada. El HSM revisará, investigará y, si es necesario, se comunicará con el EI o con el proveedor participante de la ACHN para obtener información adicional.
4. El HSM debe comunicarse con/avisar a la ACHN referenciada en un plazo de 24 horas después de recibir la queja/querella presentada contra su entidad y poner al corriente de los hallazgos al miembro del personal de la NPAU correspondiente. Si se determina

que la queja/querrela es válida (se confirman las alegaciones), el HSM solicitará un plan de acción correctiva (CAP) a la ACHN que detalle las medidas correctivas planificadas para resolver los problemas identificados. La ACHN debe enviar su CAP a la Agencia de Medicaid en un plazo de siete (7) días calendario. El HSM evaluará el CAP en un plazo de siete (7) días calendario después de su recepción. Si se considera que el CAP es aceptable, el HSM avisará a la ACHN sobre la aprobación. Si el CAP no es aceptable para la queja, se enviará nuevamente a la ACHN en un plazo de tres (3) días laborables para volver a presentarlo.

El CAP revisado deberá volver a presentarse al HSM en un plazo de tres (3) días laborables. Luego de la presentación de un tercer CAP que no sea aceptable, la ACHN recibirá una sanción según la política aplicable. La Agencia de Medicaid informará a la ACHN de las medidas necesarias a tomar para tratar la queja/querrela. El HSM se comunicará con el beneficiario mediante una carta certificada sobre el resultado de la investigación de la queja/querrela y enviará por email una copia de esa carta al miembro del personal asignado de la NPAU. El HSM debe completar la revisión/investigación/respuesta a las quejas/querellas en un plazo de 30 días calendario desde la fecha de recepción.

### Apelación:

El beneficiario, la entidad de la ACHN y el proveedor participante de la ACHN tienen derecho a apelar la decisión de la Agencia de Medicaid. Si el beneficiario, la entidad de la ACHN o el proveedor participante de la ACHN quieren apelar la decisión de la Agencia, deben hacerlo por escrito en un plazo de siete (7) días calendario después de recibir el aviso de la NPAU o del HSM. El aviso por escrito deberá indicar que se apela la decisión recibida en la fecha aplicable, deberá indicar por título "Aviso de apelación" y exponer los motivos de la apelación. El aviso por escrito también debe incluir cómo se podría resolver el asunto desde su perspectiva para que la Agencia lo considere.

El beneficiario, la entidad de la ACHN o el proveedor participante de la ACHN deben enviar su aviso de apelación por correo:

Por correo: Alabama Medicaid Agency Network Provider Assistance Unit  
501 Dexter Avenue P.O. Box 5624 Montgomery, AL 36103-5624 o  
Por fax: 334-353-3856

Al recibirla, la NPAU debe avisar al HSM asignado, si corresponde. La NPAU/el HSM asignado deberá responder por escrito al beneficiario, a la entidad de la ACHN o al proveedor participante de la ACHN en un plazo de tres (3) días calendario confirmando la recepción de su aviso de apelación, informando al beneficiario o a la Entidad de la ACHN de sus derechos, los pasos para apelar la decisión, las expectativas en el proceso de apelación y ofreciéndose a ayudarlos en el proceso de apelación. La NPAU/el HSM asignado debe completar la revisión/investigación/respuesta a las quejas/querellas en un plazo de 30 días calendario desde la fecha de recepción. Se enviará una copia de la carta de determinación final al HSM correspondiente o al miembro del personal de la NPAU cuando corresponda.

## Definiciones

**Agencia** – La Agencia de Medicaid de Alabama o cualquier agencia sucesora del Estado designada como la “agencia estatal única” para administrar el programa de Medicaid descrito en el Título XIX de la Ley del Seguro Social.

**Red de Salud Coordinada de Alabama (ACHN)** – Un programa estatal para agilizar y aumentar el acceso a la coordinación de la atención para personas elegibles.

**Administración de atención** – Administración de la atención, incluyendo la coordinación de la atención centrada en la persona, reuniones de MCT y planes de atención, reclutamiento, extensión, evaluación psicosocial, planificación de servicios, asistencia al EI para organizar los servicios adecuados, que incluyen, entre otros, la resolución de problemas de transporte, educación, consejería y seguimiento y monitoreo para asegurar que se presten los servicios y se mantenga la continuidad de la atención.

**Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)** – Programa integral de diagnóstico y prevención para beneficiarios de Medicaid menores de veintiún (21) años de conformidad con las Secciones 1905(a) y 1905(r) de la Ley del Seguro Social.

**Condición médica de emergencia** – Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) como para que una persona no especializada, prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, prevea razonablemente que la falta de atención médica inmediata pondría en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo por nacer), un deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Una condición médica de emergencia se determina según los síntomas presentes (no en el diagnóstico final) tal como los percibe una persona no especializada y prudente (en lugar de un profesional médico) e incluye casos en los que la falta de atención médica inmediata de hecho no habría tenido los resultados adversos descritos en la oración anterior.

**Transporte médico de emergencia** – Transporte terrestre o aéreo en un vehículo específicamente diseñado y equipado para transportar a personas heridas, lesionadas o enfermas por una condición médica de emergencia.

**Servicios de emergencia** – Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios cubiertos que presta un proveedor calificado según 42 C.F.R. § 438.114 y son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Salud materna** – La salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto.

**Plan de administración de atención de maternidad** – Consulte el Anexo C de esta RFP. El Plan mediante el cual la PCCM-E presta servicios de administración de la atención a las beneficiarias de maternidad.

**Administrador de atención de maternidad** – Personal profesional responsable de cumplir los requisitos de administración de la atención para las beneficiarias embarazadas, según se define en el Anexo F de esta RFP.



## PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

**Medicaid** – El programa federal/estatal conjunto de asistencia médica establecido por el Título XIX de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 1396, et seq., que en Alabama administra el

**Transporte que no es de emergencia (NET)** – Transporte de ida y vuelta de un servicio médico cubierto que no es urgente ni de emergencia.

**Médico** – Por médico se entenderá:

Un doctor en medicina u osteopatía legalmente autorizado para ejercer la medicina y la cirugía por el estado en el que presta servicios.

Un médico en odontología o en cirugía dental o bucal autorizado para ejercer la odontología o la cirugía dental o bucal por el estado en el que presta servicios, pero únicamente de:

**Mujeres embarazadas** – Categoría de asistencia antes conocida como cobertura SOBRA.

**Prenatal** – Atención para detectar cualquier complicación potencial del embarazo temprano, prevenirla si es posible y remitir a la mujer a un servicio médico especialista apropiado según corresponda.

**Médico de atención primaria (PCP)** – Un médico (M.D., doctor en medicina; o D.O., doctor en medicina osteopática) que ejerce en la especialidad de medicina familiar, medicina interna general, pediatría o medicina general.

**Proveedor** – Una institución, centro, agencia, persona, sociedad, corporación o asociación que está aprobada y certificada por la Agencia como autorizada para prestar a los El los servicios especificados en el Plan Estatal en el momento en que se prestan los servicios.

**Beneficiario** – Una persona a la que le asignaron uno o más números de identificación de Medicaid y que fue certificada por la Agencia como elegible para recibir asistencia médica según el Plan Estatal de Medicaid de Alabama.

**Región** – El área geográfica definida dentro de la cual la PCCM-E y la Agencia acordaron que la PCCM-E coordinará la prestación de los servicios cubiertos que necesita la población objetivo a través de proveedores participantes o acuerdos de remisiones.

**Especialista** - Un médico o doctor en medicina osteopática con la educación y las calificaciones, además de la autoridad bajo las leyes y reglamentaciones del estado de licencia aplicable o del estado de Alabama, para ejercer como tal.

**Estado** – El estado de Alabama.

## Foreign Language Assistance

### Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).

### 中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799)。

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799.)번 으로 전화해 주십시오.

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).

### كبير عل (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برق 1-800-362-1504 (رقم هاتف الصم والبكم: 334) 5000-242

### Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-362-1504 (TTY 1-800-253-0799).

### Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).

### ગુજરાતી (Gujarati)

નોંધ: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમને મુક્તિ ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799) નો કોલ કરો.

### हिं दी (Hindi)

नॉन दर्द : यदद आप द िं दी बोलते िं तो आपके दलए मुठ मर्ठ भाषा स िंयता सेवार्िं उपलब्ध िं ।

1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799). पर कॉल कर • ।

Laotian ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ັ້ າພາສາ ລາວ, ການບໍ ວິ ການຊ່ວຍເຫຼື ອດ ານພາສາ, ໂດຍບໍ ຈັ ງຄ່ າ, ແມ່ ນມີ ພໍ ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທຮ 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).



## PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

### **Russian**

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-3621504 (TTY: 1-800-253-0799).

### **Português (Portuguese)**

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).

### **Türkçe (Turkish)**

**DİKKAT:** Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799) irtibat numaralarını arayın.

### **日本語(Japanese)**

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799)まで、お電話にてご連絡ください

**ATENCIÓN:** Si necesita materiales en letra grande, una grabación de audio u otra ayuda para solicitar o usar su cobertura de Medicaid, estos están disponibles para usted sin costo alguno.

Llame al 1-800-362-1504 (TTY: 1-800-253-0799).

## Declaración de no discriminación: La discriminación es ilegal

La Agencia de Medicaid de Alabama cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. La Agencia de Medicaid de Alabama no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

La Agencia de Medicaid de Alabama:

- Da ayuda y presta servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, pídale ayuda a su trabajador o administrador de casos.

- Si cree que la Agencia de Medicaid de Alabama no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela a la Oficina del Comisionado de Medicaid (Office of the Medicaid Commissioner), PO Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624, (334) 242-5600, TTY: (800) 253-0799, por fax al (334) 242-5097, o por email a [almedicaid@medicaid.alabama.gov](mailto:almedicaid@medicaid.alabama.gov). Puede presentar una querrela en persona, por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una querrela, la Oficina del Comisionado de Medicaid está disponible para ayudarlo.
- También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono aquí:  
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index>. Toda la información contenida en este folleto es general y puede cambiar. Para asegurarse de obtener la información más reciente, llame a la Agencia de Medicaid de Alabama o visite el sitio web de la Agencia en [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov)

**Agencia de Medicaid de Alabama**  
**1-800-362-1504**

**Cuando llame, tenga a mano su número de Seguro Social o de identificación de Medicaid.**

TDD: 1-800-253-0799 (TDD es un dispositivo especial para personas con problemas auditivos)



## PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

Yo, \_\_\_\_\_, como beneficiario de beneficios de atención médica por medio del Programa de Medicaid de Alabama administrado por la Agencia de Medicaid de Alabama, acepto participar en el Programa de la ACHN (el "Programa") administrado por My Care Alabama Northwest, Inc. ("My Care Alabama"). Entiendo que aceptar participar en el Programa significa que:

1. Doy mi consentimiento para que un administrador de la atención asignado por My Care Alabama se comunique conmigo.
2. Entiendo que My Care Alabama puede comunicarse con proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios antes. Estos proveedores pueden incluir proveedores de salud conductual o representantes de escuelas. Acepto permitir que mis proveedores de atención médica den información sobre mi tratamiento a My Care Alabama para que My Care Alabama pueda desarrollar e implementar un plan de administración de atención para mí.
3. Entiendo que mi participación en el Programa es voluntaria, y que puedo irme del Programa en cualquier momento, avisando antes a My Care Alabama.
4. Entiendo que mi participación en el Programa, o mi decisión de abandonarlo, no afectará de manera negativa a mis beneficios de Medicaid.
5. Este consentimiento vencerá cuando finalice mi plan de administración de la atención, o cuando abandone el Programa, lo que pase antes.
6. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de atención médica por mensaje de texto o email. My Care Alabama me enviará todas las comunicaciones por email de forma segura (encriptada), a menos que le diga a My Care Alabama que me envíe emails no seguros (no encriptados). Si le digo a My Care Alabama que me envíe emails no seguros (encriptados), entiendo que el email no seguro corre el riesgo de que lo lean (accedan a él) terceros. Entiendo que la comunicación por mensaje de texto no será encriptada. Entiendo que soy responsable de la seguridad de los datos de cualquier mensaje de texto o email que envíe a My Care Alabama. Entiendo que puedo elegir no recibir comunicaciones por email ni mensajes de texto de My Care Alabama avisando a mi administrador de la atención o llamando al número gratuito.

*Ponga sus iniciales aquí para dar su aprobación para que le envíen comunicaciones por email o mensajes de texto \_\_\_\_\_*

7. Leí la información de arriba (o me la explicaron) y, por la presente, acepto participar en el Programa.
8. Recibí y revisé los derechos y obligaciones del beneficiario.



## PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA ACHN

---

Firma del beneficiario

---

Número de identificación  
de Medicaid

---

Nombre del beneficiario  
(en letra de molde)

---

Fecha

---

Dirección de email del beneficiario

---

Número de teléfono del beneficiario

**Si el representante legal del beneficiario da su consentimiento para participar en el Programa en nombre del beneficiario:**

---

Firma del representante legal

---

Nombre del beneficiario  
(en letra de molde)

---

Nombre del representante legal  
(en letra de molde)

---

Fecha

Autoridad del representante legal:

- Poder notarial (decisiones para la atención médica)
- Orden de custodia
- Albacea de los bienes
- Otra: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Se debe presentar documentación legal válida para que un representante legal dé su consentimiento.

## Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a:

- Recibir un trato respetuoso y digno. Tiene **derecho a la privacidad** y a que su información médica y financiera se trate confidencialmente.
- Recibir servicios de interpretación.
- Pedir y recibir información sobre My Care, sus políticas, servicios y proveedores, y los derechos y obligaciones de los beneficiarios.
- Pedir y recibir información sobre sus registros médicos, según lo estipulan las leyes federales y estatales. Usted puede ver sus registros médicos, obtener copias y pedir que se corrijan si son incorrectos.
- Pedir que se resguarde la privacidad de su información personal en los registros médicos.
- Obtener servicios sin que lo traten de forma diferente por su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o condición de discapacidad. Usted tiene derecho a presentar una queja si considera que recibió un trato injusto. Si presenta una queja o una apelación, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor de sufrir un maltrato de My Care, de los proveedores o de Medicaid.
- Recibir la atención sin temor a ser víctima de restricciones físicas o aislamiento por motivos de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre My Care o sobre la atención que recibe de su médico.
- Presentar una apelación contra una medida que reduce o deniega servicios según criterios médicos.
- Hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades, o sobre el funcionamiento de My Care.
- Ir a cualquier médico de atención primaria o proveedor de atención médica obstétrica que usted elija, que acepte Medicaid. Usted puede negarse a recibir atención de ciertos proveedores.
- Comunicarse con el médico que eligió. Nuestro equipo de administración de atención puede ayudarlo a programar citas y a hablar con su médico.
- Ir a cualquier médico o clínica para obtener servicios de planificación familiar.
- Recibir la atención médicamente necesaria que sea adecuada para usted, cuando la necesite. Esto incluye los servicios de emergencia 24/7.
- Recibir información en términos sencillos sobre su atención y los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar en su caso, sin importar lo que cuesten o incluso que no estén cubiertos. Si es necesario, un traductor puede ayudarlo.
- Saber qué enfermedad tiene o cuál es su problema médico, y cuál es la mejor manera de tratarlo, según su médico.
- Participar en la reunión de su equipo de atención multidisciplinaria (MCT) cuando se haga. My Care lo informará de la fecha, la hora y el lugar de esta reunión al menos 10 días laborables antes de la fecha.
- Tomar decisiones sobre su atención médica y a que se requiera su permiso antes de comenzar un tratamiento o una operación.
- Pedir una segunda opinión.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica y a dar su permiso para que lo atiendan antes de comenzar una operación o cualquier tratamiento. No lo obligarán a tomar ciertas decisiones sobre su tratamiento sin saber lo que opina.

- Redactar un testamento en vida o un plan anticipado de atención, y recibir información sobre las instrucciones médicas anticipadas.
- Pedir a Medicaid y a My Care que revisen de nuevo cualquier error que usted considere que cometieron sobre su inscripción o su permanencia en Medicaid, o sobre su acceso a la atención médica.
- Cancelar su inscripción en Medicaid en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que cambie el trato que recibe de My Care o de sus proveedores.
- Tener una audiencia imparcial.

## Su derecho a permanecer en My Care

Como parte del programa de la ACHN, **no** lo podrán transferir de My Care solo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. A esto se lo llama una condición preexistente.
- Su tratamiento médico es costoso.
- Por la forma en que se usan sus servicios.
- Tiene una condición de salud conductual (salud mental, abuso de drogas o alcohol).
- Sus necesidades especiales hacen que actúe de una forma perturbadora o poco cooperativa.
- Presentó una querrela porque no está satisfecho con la atención que recibe.

**Los únicos motivos por los que lo pueden transferir de My Care son:**

- Si se **muda** del área de My Care.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Medicaid o si usa Medicaid para obtener medicamentos y venderlos.
- Si cancela su inscripción en Medicaid o si su inscripción en Medicaid se cancela por otros motivos.
- Si no renueva su inscripción en Medicaid a tiempo o si no le da a Medicaid la información solicitada en el momento de hacer la renovación.
- Si no le avisa a Medicaid ni a My Care que se mudó, y no lo pueden localizar.
- Si miente para inscribirse o permanecer en Medicaid.
- En caso de fallecimiento.

**Usted tiene la responsabilidad de:**

- Entender la información contenida en su manual para miembros y en otros documentos que le enviemos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid siempre que reciba atención médica.
- Visitar a su PCP para recibir todos los servicios de atención médica, salvo que:
  - Su PCP lo remita a un especialista.
  - Esté embarazada o reciba chequeos de salud para la mujer de rutina.
  - Sea una emergencia.
- Informar a su PCP cuando haya tenido que ir a la sala de emergencias. Usted (u otra persona en su nombre) debe informar a su médico antes de que pasen 24 horas desde que recibió atención en la sala de emergencias.

- Dar información a My Care y a los proveedores de atención médica para que puedan atenderlo.
- Seguir las instrucciones y normas del manual de Medicaid sobre su cobertura y beneficios. También debe seguir las instrucciones y normas que le indiquen las personas que le den atención médica.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Hablar con su médico para entender sus problemas de salud. También debe hablar con su médico para diseñar un plan de tratamiento que los dos consideren que vaya a funcionar.
- Tratar con respeto y dignidad a la persona que le da atención médica.
- Ir a las citas médicas y llamar al consultorio para cancelarlas si no puede asistir.
- Ser el único que use su tarjeta de identificación de Medicaid e informar a My Care en caso de pérdida o robo de la tarjeta.
- Informar a su administrador de la atención sobre cualquier cambio como:
  - Si usted o un familiar cambian de nombre, dirección o número de teléfono.
  - Si el tamaño del grupo familiar cambia.
  - Si usted o un familiar consiguen empleo, se quedan sin empleo o cambian de empleo.
  - Si usted o un familiar tienen otro seguro médico o pueden obtenerlo.
- Decirnos si cree que puede haber casos de fraude, derroche o abuso de Medicaid.

## Derechos y responsabilidades específicos de la maternidad

Tiene derecho a:

- Obtener buena atención médica para su embarazo cerca de donde vive.
- Elegir dónde quiere recibir atención médica para usted y su bebé.
- Cambiar el lugar donde recibe su atención médica una vez en el plazo de 90 días calendario de elegir a su médico por primera vez. Después de eso, puede cambiar de médico nuevamente, pero debe haber una queja válida y una solicitud hecha a My Care.
- Recibir atención durante su embarazo independientemente de su estado general de salud, su historial médico o cualquier problema de salud.
- Ser tratada con respeto, dignidad y privacidad.
- Decidir sobre la atención que recibe durante su embarazo y que se requiera su permiso antes de comenzar un tratamiento o una operación.
- Conocer a todas las personas que la atenderán durante su embarazo.
- Elegir qué tipo de método anticonceptivo quiere y dónde quiere obtenerlo.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ir a los médicos y hospitales que haya acordado visitar para recibir atención durante el embarazo. El administrador de la atención le mostrará una lista de todos los médicos y hospitales que aceptan Medicaid.
- Ir a todas sus citas. Si tiene problemas para llegar a su cita, su administrador de la atención la ayudará a conseguir transporte.
- Comunicarse con el consultorio de su médico por problemas que no sean de emergencia que pueda tener durante su embarazo.
- Seguir las instrucciones que reciba de su médico o enfermero para su embarazo.

- Tomar solo el medicamento que su médico le indicó que tome. Esto incluye medicamentos que puede comprar en las tiendas (medicamentos de venta libre) como aspirina, Motrin, Tums, etc.
- Seguir el plan de atención que usted, su administrador de la atención y su médico han establecido para ayudarla a tener un bebé sano.
- Reunirse con su administrador de la atención médica e informarla de cualquier cambio en usted o en su embarazo.
- Informar al administrador de la atención si se muda, si su estado de Medicaid cambia o si pierde el bebé (ya no está embarazada).
- Tener un estilo de vida saludable y comer bien.
- No fumar cigarrillos ni usar drogas ilegales.
- Informar al trabajador de la oficina de Medicaid del nacimiento de su bebé.

### Información de contacto

Puede comunicarse con nosotros cuando tenga preguntas o necesite ayuda con su atención.

**Su administrador de la atención le dará su información de contacto específica.**

**O puede llamarnos gratis al 855-200-9471 de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 5 p. m., hora estándar del centro.**

No dude en dejar un mensaje y le devolveremos la llamada.

## Confidencialidad y aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA

**Este aviso describe cómo se puede usar y revelar la información médica. También describe cómo usted puede consultar esta información. Revíselo cuidadosamente.**

### **My Care se compromete a resguardar la privacidad de su información**

Su información médica es personal. Pero, a veces, My Care debe revelar información a otras personas para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita. Cuando se deba hacer esto, My Care se compromete a cumplir la ley para resguardar la privacidad de su información. Este aviso le informa cómo My Care usa y revela información sobre usted y cuáles son sus derechos por ley. Indica las normas que My Care debe cumplir cuando usa o revela su información.

### **Información médica protegida (PHI)**

En 1996, el estado aprobó una ley para proteger la información médica. La ley se llama Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La HIPAA tiene el propósito de ayudar a resguardar la privacidad de la información de las personas. Queremos garantizar que su información médica personal (PHI) esté protegida. Solo usamos la información cuando la necesitamos para atenderlo.

### **Qué información puede revelarse**

Hay muchas buenas razones para que se revele su información. Si usted solicita Medicaid desde otra agencia (como el Departamento de Recursos Humanos o la Administración del Seguro Social), esa agencia debe enviar información sobre usted a Medicaid. La información que nos pueden enviar incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social, pólizas de seguro médico e información médica. Cuando sus proveedores de atención médica envíen reclamos por pagos a Medicaid, los reclamos deben incluir su diagnóstico y los tratamientos médicos que recibió. Para que My Care pague algunos tratamientos médicos, sus proveedores de atención médica también deben enviar información médica adicional, como declaraciones de un médico, radiografías o resultados de análisis de laboratorio.

### **¿Cómo usa y revela My Care la información de atención médica?**

My Care contrata a terceros ajenos a la agencia para prestar algunos servicios. Por ejemplo, My Care tiene contrato con una empresa para ayudar con la conciliación de medicamentos. Es posible que My Care tenga que revelar toda o parte de su información con esa empresa para que podamos darle la mejor coordinación de atención.

Cuando se hace esto, My Care exige que esa empresa cumpla la ley y preserve la seguridad de su información.

My Care no usará ni revelará su información genética en el momento de decidir si usted es elegible para Medicaid.

My Care no usará su información para venderle productos a usted, ni venderá su

información a una empresa que intente hacerle comprar productos o servicios.

**Estas son las formas en las que My Care usa y revela su información médica.** Para cada categoría, indicaremos a lo que nos referimos y daremos un ejemplo.

- **Para tratamientos médicos:** Es posible que My Care use o revele su información para garantizar que reciba los tratamientos o servicios médicos que necesita. Por ejemplo, es posible que su proveedor de atención primaria reciba su información de My Care.
- **Para operar el programa My Care:** Es posible que My Care use o revele su información para administrar el programa My Care. Por ejemplo, es posible que My Care celebre un contrato con una empresa que revisa registros de hospitales para que verifique la calidad de la atención que usted recibe y el resultado de su atención.
- **Para otras agencias del gobierno que le dan beneficios y servicios:** Es posible que My Care revele su información a otras agencias de gobierno que le dan beneficios o servicios. Por ejemplo, es posible que My Care le dé información al Departamento de Salud Pública (Department of Public Health) del estado para que usted pueda calificar para recibir beneficios o servicios.
- **Para mantenerlo informado:** Es posible que My Care use su información para enviarle materiales que lo ayuden a tener una vida saludable. Por ejemplo, es posible que My Care le envíe un folleto sobre una enfermedad o condición que usted tenga o sobre sus elecciones de atención administrada.
- **Para controlar a los proveedores de atención médica:** Es posible que My Care revele su información a las agencias de gobierno que dan autorizaciones para centros médicos y los inspeccionan. Un ejemplo es el Departamento de Salud Pública de Alabama, que inspecciona las residencias de adultos mayores.
- **Para la investigación:** Es posible que My Care revele su información para un proyecto de investigación. Una junta de revisión debe aprobar todo proyecto de investigación y sus normas para asegurar la privacidad de su información.
- **Según lo establecido por la ley:** Cuando se solicite, My Care revelará su información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**Su información médica.** Estos son sus derechos sobre la información médica que My Care tiene sobre usted:

- Tiene derecho a ver y pedir una copia de su información médica con determinadas excepciones.
- Tiene derecho a pedirle a My Care que cambie la información médica que sea incorrecta o esté incompleta. Medicaid puede negar su solicitud en algunos casos.
- Tiene derecho a preguntar qué temas de su información médica reveló My Care y a quién durante los últimos seis años antes de la fecha en la que nos pide la información.

- Tiene derecho a pedir que se restrinjan ciertos usos o revelaciones de su información médica. Medicaid no tiene la obligación legal de aceptar su solicitud, pero lo hará siempre que sea posible.
- Tiene derecho a pedir que My Care lo informe de su salud de una manera o en un lugar que lo ayuden a resguardar la privacidad de su información médica.
- Tiene derecho a que le avisen si su información médica se usa o se revela de una forma no permitida por la ley.
- Tiene derecho a pedir una copia de este aviso. Puede pedir a My Care que le dé una copia o imprimir una desde el sitio web de My Care, [www.mycarealabama.org](http://www.mycarealabama.org).

### Requisitos de Medicaid

My Care está obligado por la ley a:

- Resguardar la privacidad de su información.
- Entregarle este aviso sobre las normas que My Care debe cumplir al usar o revelar su información a otras personas.
- Cumplir los términos de este aviso.
- Con excepción de los motivos dados en este aviso, My Care no puede usar ni revelar ninguna información sobre usted, a menos que usted lo acepte por escrito. Por ejemplo, My Care no usará ni revelará notas de un proveedor de salud mental que estén separadas de su registro médico, a menos que usted dé permiso por escrito. Puede revocar su permiso en cualquier momento, por escrito, excepto para la información que My Care reveló antes de que usted revocara su permiso. Si no puede dar su permiso por una emergencia, My Care puede revelar la información si lo considera conveniente para usted. My Care debe avisarle lo antes posible después de revelar la información.

En el futuro, My Care puede cambiar sus prácticas de privacidad y puede aplicar esos cambios a toda la información médica que tenemos. Si cambian las prácticas de privacidad de My Care, My Care le enviará un nuevo aviso por correo en un plazo de 60 días. My Care también publicará el nuevo aviso en su sitio web, [www.mycarealabama.org](http://www.mycarealabama.org).

### Cómo reportar un problema

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, usted puede:

- Presentar una queja a My Care Alabama llamando gratis al 1-877-988-9823 o llamando a Telecomunicaciones para Sordos al 711 o escribiendo a Office of General Counsel, Alabama Medicaid Agency, P.O. Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624.
- Presentar una queja a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos por escrito a: Region IV, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta GA 30303-8909. También puede llamar o enviar una queja por fax. Llame al: 1-404- 562-7886 o envíe un fax al 1-404-562-7881, o llame a Telecomunicaciones para Sordos al 1-404-331-2867.