

**Guía del Usuario de los Programas
de Seguro de Salud Medicaid para
las Personas de Edad Avanzada, los
Ciegos y los Discapacitados en
Carolina del Norte**



nc department of health and human services

Departamento de Salud y Servicios Sociales del Estado de Carolina del Norte

División de Asistencia Médica Sistemas de Información Electrónicos (EIS) de Servicios a los Usuarios

1985 Umstead Drive • 2501 Mail Service Center • Raleigh, N.C. 27699-2501
Courier Number 56-20-06

Estimado residente interesado,

En un esfuerzo para brindarle información sobre los programas de Medicaid para los Adultos, hemos creado este manual titulado **Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Personas de Edad Avanzada, los Ciegos y los Discapacitados en Carolina del Norte**. Si bien este manual no responde todas las preguntas, le proporciona un resumen de los programas, los requisitos para tener derecho a ellos y los servicios que se cubren.

Si cualquier información en este manual contradice las leyes promulgadas por la Asamblea Legislativa, las regulaciones federales o las políticas de la División de Asistencia Médica, en ese caso prevalecerán las leyes promulgadas por la Asamblea Legislativa, las regulaciones federales y las políticas.

Por favor conserve este manual como una referencia. Le sugerimos anotar el número de teléfono del departamento de servicios sociales del condado local al reverso de la portada para tenerlo a la mano. El personal de su agencia local trabaja con dedicación para asegurar que todos nuestros residentes reciban todos los beneficios a los cuales tienen derecho.

La División de Asistencia Médica también está empeñada en brindarle la información más completa sobre los programas y servicios disponibles de Medicaid. Estamos orgullosos de lo que nuestros legisladores nos han permitido proporcionar a los residentes de este Estado.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los Programas de Medicaid para las familias y los niños, existe un manual titulado **Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños en Carolina del Norte**. También existe un manual para los residentes que están en el programa Medicare, titulado **Guía del Usuario para el Programa Medicaid y Programas de Ahorro en el Costo de Medicare en Carolina del Norte**. Para recibir dichos manuales, usted puede ponerse en contacto con el departamento de servicios sociales de su localidad o con el servicio CARE-LINE de Información y Referencia a Servicios que se indica en este manual. Solicite hablar con un representante de la Sección de Servicios a los Usuarios y Proveedores, Unidad de Cualificación para Medicaid. También puede consultar la página en internet www.dhhs.state.nc.us/dma

Gracias por su interés en nuestros programas. Esperamos que la información le sea de utilidad.

La División de Asistencia Médica

Índice

¿Qué es Medicaid?	3
Lo Qué Usted Puede Esperar de Medicaid?.....	4
Los Programas de Medicaid	4
Términos y Definiciones	5
Usted Puede Tener Obtener Medicaid si	9
Niveles de Ingresos	8
Para Solicitar Medicaid	9
Su Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID)	10
Cómo Será su Tarjeta de Medicaid	10
Cuando Usted Necesite Ir a la Farmacia	11
Si Usted No Recibe Su Tarjeta de Medicaid.....	12
Si Usted Pierde Su Tarjeta	12
Carolina ACCESS (Atención Médica Administrada)	13
Opciones de HMOs (Atención Médica Administrada)	16
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con Retraso Mental/Discapacidades del Desarrollo (CAP/MR/DD)....	17
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Adultos Discapacitados (CAP/DA)	18
Otras Opciones de Cobertura: Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con SIDA (CAP/AIDS)	19
Otras Opciones de Cobertura: El Costo de la Atención en una Institución de Convalecencia	20
Cuando Usted Necesita Aprobación Previa	22
Pagos Compartidos (copagos).....	23
Los Servicios que Están Cubiertos	24
Cuando Usted Va al Médico	39
Cuando su doctor lo interna en el hospital	41
Cuando usted va al hospital y regresa a su domicilio el mismo día.....	42
Cuando usted o un miembro de su familia está en una institución de convalecencia ..	43
Cuando usted va al dentista	44
Cuando usted va al quiropráctico	45
Cuando usted va al podiatra (médico de los pies)	46
Cuando usted necesita equipos médicos duraderos	47
Cuando usted necesita anteojos	48
Cuando usted necesita prótesis auditiva.....	49
Cuando usted necesita asistencia con el transporte a los proveedores de servicios médicos	50
Si le niegan una solicitud de servicio de Medicaid	51
Preguntas Frecuentes	51
Aviso de Normas de Privacidad.....	53

Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Personas de Edad Avanzada, los Ciegos y los Discapacitados

Bienvenido a la “**Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Personas de Edad Avanzada, los Ciegos y los Discapacitados en Carolina del Norte**”. Esta información le ayudará a entender lo que es Medicaid y qué es lo que cubre. Este manual es para:

- Individuos de edad avanzada o parejas
- Personas con impedimentos visuales
- Las personas discapacitadas física o mentalmente
- Proveedores de servicios de salud
- Otras personas que buscan información sobre Medicaid

ESTE MANUAL ES SÓLO UN RESUMEN

Para obtener más información o averiguar si usted tiene derecho a Medicaid, llame al departamento de servicios sociales (DSS) en su localidad. El número de teléfono está en la guía telefónica local. Busque en la sección de Entidades del Condado. Si no puede encontrarlo, llame al teléfono del servicio CARE-LINE de Información y Referencia a Servicios al: 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill marque el 919-733-4261. Las personas con impedimentos de audición (sordos) pueden llamar a esos números o a la línea especial TTY (919) 733-4851. La línea telefónica CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos estatales. Cuenta con un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a los usuarios que hablan español.

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa de seguro de salud para aquellas personas cuyos ingresos se encuentran por debajo de ciertas cantidades fijadas por el gobierno federal y estatal. Medicaid está regido por leyes federales y estatales. Para recibir Medicaid, usted tiene que cumplir los requisitos. Consulte las páginas 9 y 10 para averiguar si usted tiene derecho.

Lo Que Usted Puede Esperar de Medicaid

- Las personas que tienen Medicaid reciben una Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID), la cual es su tarjeta de seguro.
- Existen pagos compartidos (copagos) para algunos servicios.
- Medicaid tiene diferentes tipos de cobertura para personas con distintas necesidades.
- Para recibir Medicaid, usted no tiene que someterse a un examen médico o a cualquier otro examen. Sin embargo, si usted está solicitando Medicaid porque usted dice que está discapacitado, es posible que se le exija hacer un examen médico. No puede ser rechazado por Medicaid debido a algún problema de salud que usted ya tenga. En vez de esto, Medicaid se basa en las necesidades financieras de su familia. No necesita tener una necesidad de tipo médico actualmente.

Los Programas de Medicaid

A continuación se encuentran los programas más comunes sobre los que escuchará hablar a la persona que trabaja en su caso:

Medicaid para las personas de edad avanzada (MAA) – Seguro de salud para las personas de 65 años de edad o más cuyos ingresos son menores a los establecidos en la lista de la página 9.

Medicaid para los Ciegos o con un Impedimento Visual (MAB) – Seguro de salud para los ciegos o las personas con un impedimento visual de cualquier edad quienes son catalogados como ciegos de acuerdo a la definición de la Administración del Seguro Social (ver definición en la página 6) y cumplen con los requisitos de ingresos descritos en la página 9.

Medicaid para Personas Discapacitadas (MAD) – Seguro de salud para las personas de cualquier edad quienes no pueden trabajar debido a una discapacidad que se anticipa que durará por lo menos 12 meses y cumplen con los requisitos de ingresos descritos en la página 9.

Términos y Definiciones

Ciego	Según lo define la Administración del Seguro Social (SSA), usted se considera legalmente ciego si su vista no se puede corregir a un nivel mejor que 20/200 en su mejor ojo, o si su campo de visión es de 20 grados o menos, aún con una lente correctiva. Si usted no cumple con la definición legal de ceguera, es posible que cumpla los requisitos para recibir beneficios si sus problemas de la vista por sí solos o en conjunto con otros problemas de salud no permiten que usted realice una cantidad de trabajo sustancial.
Categorícamente Necesitado	Aquellos individuos y familias cuyos ingresos son tan bajos que no es necesario que paguen un deducible.
Pago Compartido (Copago)	La parte del cobro por el tratamiento que debe pagar quien lo recibe.
Categoría de cobertura	El tipo de cobertura de Medicaid que usted tiene según el paquete de servicios médicos que incluye.
Servicios cubiertos	Los servicios médicos, de salud mental, dentales, preventivos, de cuidado a largo plazo u otras necesidades de tratamiento por las que paga Medicaid.
Deducible (o gastos pagados por el usuario)	Es el monto de los gastos médicos que usted es responsable de pagar antes de obtener Medicaid. Por lo general se requiere de aquellas personas cuyos ingresos están por encima del límite. Si le han dicho que sus ingresos son demasiado elevados para obtener Medicaid y usted tiene gastos médicos que pagar, pregúntele a la persona del Departamento de Servicios Sociales (DSS) a cargo de su caso qué cantidad de dinero de esos gastos deberá usted pagar antes de obtener Medicaid.
Departamento de Servicios Sociales (DSS)	Según las leyes del estado, los departamentos de servicios sociales de los condados (DSS) son responsables de la administración de los programas de Medicaid, incluyendo el seguro de salud infantil <i>NC Health Choice for Children</i> . El número de teléfono está en su guía telefónica local. Busque en la sección de entidades de gobierno del condado. También puede llamar al servicio CARE-LINE de Información y Referencia a Servicios. Consulte en la página 4 los números telefónicos.

División de Asistencia Médica (DMA)

Es la agencia de Medicaid del Estado de Carolina del Norte responsable de la administración del programa Medicaid.

Discapacidad

Según lo define la Administración del Seguro Social (SSA), es un daño físico o mental de tal severidad que no permite que el solicitante pueda realizar una actividad de beneficio sustancial durante por lo menos un año o se espera que resulte en su muerte.

Atención Médica Administrada

La Atención Médica Administrada de Medicaid ofrece a los usuarios una red de médicos de atención primaria dentro del estado conocida como *Carolina ACCESS*. En el condado de Mecklenburg está disponible la cobertura de seguro en Organizaciones privadas de Atención Médica Administrada (HMO, por sus siglas en inglés). La Atención Médica Administrada significa que usted tiene un médico de atención primaria quien es responsable de proporcionar o coordinar sus servicios médicos y satisfacer sus necesidades de atención médica.

Medicamento Necesitado

Son aquellos individuos y familias quienes perciben demasiados ingresos o poseen bienes que automáticamente los descalifican como Categóricamente Necesitados. Los individuos y familias en este grupo frecuentemente cumplen los requisitos para Medicaid después de pagar un deducible.

NC Health Choice for Children

Seguro de salud para niños y jóvenes hasta los 18 años con ingresos familiares iguales o por debajo del 200% del nivel de pobreza señalado por el gobierno federal. Estos niños no pueden tener derecho a Medicaid o estar cubiertos por un seguro de salud privado.

Servicios No Cubiertos

Ciertos servicios médicos, de salud mental, dentales, preventivos, de cuidado a largo plazo u otros servicios no cubiertos por Medicaid.

Condición Preexistente

Una condición médica o problema de salud que usted tenía antes de solicitar Medicaid.

Medicamento por Receta

Un medicamento que sólo puede ser adquirido mediante la receta escrita por un médico. Medicaid no cubre medicamentos que están aún en estudio. El medicamento debe haber sido aprobado por la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Médico de Atención Primaria (PCP)

Un proveedor de tipo médico de Carolina ACCESS que proporciona o bien hace los arreglos médicos necesarios para atender sus necesidades de cuidado de salud.

Aprobación Previa

El proceso que asegura que ciertos tipos de servicios sean necesarios según el médico antes de serle proporcionados al usuario. Algunos servicios que requieren de aprobación previa son servicios dentales, de la visión, psiquiatría y transferencia a una institución de convalecencia.

Límites de los Recursos de los Usuarios

Los *límites de los ingresos* incluyen el más alto monto de ingresos mensuales contables que usted puede recibir y aún tener derecho a Medicaid.

Los *límites de la cobertura* se refieren a cuántas veces y con cuánta frecuencia pagará Medicaid por los servicios que cubre, o cuándo sólo cierta clase de profesionales médicos pueden brindar dicho servicio. Por ejemplo, los adultos sólo pueden recibir anteojos una vez cada 2 años.

Los *límites de recursos* incluyen la cantidad más alta de recursos con que usted cuente o los bienes que puede poseer y aún tener derecho a Medicaid.

Usted Puede Obtener Medicaid si...

Es un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero que llena los requisitos y
Usted reside en Carolina del Norte y
Usted tiene un Número de Seguro Social o ha solicitado uno

y

A. Usted recibe un cheque de uno de los siguientes programas:

1. Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI)
2. Asistencia Familiar *Work First* (WFFA)
3. Asistencia Especial del Condado para Personas de Edad Avanzada o los Discapacitados (SAA o SAD)
4. Asistencia Especial para los Ciegos (SAB)

o

B. Si sus ingresos contables se encuentran dentro de los límites de alguna de las categorías que se mencionan a continuación:

1. Edad (65 años o más), personas ciegas o discapacitadas (los recursos financieros también deben estar por debajo de cierta cantidad. Consulte la tabla de abajo).
2. Familias con hijos menores de 19 años (Consulte la Guía del Usuario de los Programas de Seguro de Salud Medicaid para las Familias y los Niños en Carolina del Norte). La carta dirigida a los residentes al inicio de esta Guía le indica cómo obtener una copia.

Niveles de Ingresos

Ya que Medicaid es un seguro de salud para aquellas personas de ingresos menores a ciertos niveles, usted debe recibir un cheque de uno de los programas que se mencionan en el punto A. anterior **o bien**, sus ingresos mensuales no pueden ser mayores a las cantidades mencionadas a continuación. Los montos que aparecen a continuación cambian cada año en el mes de abril, así que pregunte a su trabajador(a) social cuáles son los montos actualmente.

Esta tabla muestra las cantidades del ingreso de abril 1, 2009 hasta marzo 31, 2010.

Ingreso Anual		
Solicitante	Categoricamente Necesitado	Medicamento Necesitado
Individuo	\$10,830	\$ 2,904
Pareja	\$14,570*	\$ 3,804*

* Ingresos combinados

Si sus ingresos son mayores que uno de los montos correspondientes a Categoricamente Necesitado, usted aún podría tener derecho si tiene cuentas médicas que no puede pagar, o si usted espera tener tratamiento médico en un futuro cercano. Es posible que usted tenga que desembolsar un **monto deducible** antes de que Medicaid pague las cuentas. Llame al Departamento de Servicios Sociales de su localidad para averiguar cuál sería el monto deducible en su caso.

Además, si usted está solicitando la ayuda para sí mismo, usted no puede poseer bienes valorados en más de \$ 2,000, tales como ahorros en el banco. Si están solicitando ayuda como pareja, no pueden poseer bienes mancomunados valorados en más de \$ 3,000. Los bienes que no se incluyen en esta cifra son el hogar donde residen y los fondos designados para sepelio. Existen distintas reglas en caso de que un cónyuge esté en una institución de convalecencia y el otro permanezca en casa.

Para Solicitar Medicaid

Como en cualquier seguro de salud, usted tendrá que llenar una solicitud. Para obtener el formulario de solicitud, llame al departamento de servicios sociales en su localidad.



Cuando usted vaya al departamento de servicios sociales a presentar la solicitud...

Usted necesitará mostrar pruebas de que tiene derecho a Medicaid. Si es posible, lleve todo lo que se menciona en esta lista cuando usted vaya a presentar la solicitud. Si usted no puede obtener todos los documentos, por favor presente la solicitud de todas maneras. Usted puede proveer la información después de presentar la solicitud. Solicite la ayuda del trabajador social si la necesita.

- Certificados de nacimiento u otra prueba legal en el caso de menores de 21 años;
- Copias de todos los talones de sueldo del último mes;
- Su tarjeta de seguro social o una prueba de que usted ha solicitado una para sí mismo o para cualquier persona para la cual usted está solicitando los beneficios;
- Copias de todas las pólizas de su seguro de salud (médico) o de vida y las de todos los miembros de su familia que solicitan Medicaid;
- Una lista de automóviles, camionetas, motocicletas u otros vehículos que posea usted o cualquiera de los miembros de su hogar;
- Documentos actuales de estados financieros de otras fuentes de ingresos familiares, tales como seguro social, beneficios o pensiones de jubilación, beneficios de veteranos, Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI), pagos de manutención de los hijos u otras fuentes de ingresos.
- Una lista de todos los bienes inmuebles (propiedades) que usted posee.
- En caso de que los solicitantes no sean ciudadanos de los EE.UU., deben mostrar prueba de su estatus migratorio como residentes permanentes.

El departamento de servicios sociales en su localidad determinará si usted tiene derecho a recibir los beneficios de Medicaid. Es posible que le soliciten más información mientras ellos deciden si usted tiene derecho. Una vez que les haya dado toda la información que le pidan, usted recibirá una notificación por correo que le informará si puede recibir Medicaid o no. Esta notificación también le dará información acerca de su derecho a apelar la decisión tomada por la agencia.

Cada vez que haya un cambio en su caso, o si usted ya no cumple con los requisitos, usted recibirá una notificación por anticipado explicándole el por qué de los cambios o de la terminación de su caso e informándole acerca de su derecho a apelar.

Si cambian sus ingresos o sus bienes, si usted se casa o se divorcia, si su cónyuge fallece, o si usted da o vende sus bienes a otra persona, usted le tendrá que notificar al trabajador social dentro de 10 días. Antes de transferir cualquier tipo de propiedad, dinero u otros bienes, hable con su trabajador social.

Después de aceptarse su solicitud se le entregará una Tarjeta de Identificación de Medicaid (MID)

El trabajador social a cargo de su caso le enviará una notificación informándole que su solicitud ha sido aprobada. Cada mes recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid por correo.

Usted debe llevar su tarjeta **ACTUALIZADA** consigo cada vez que usted o un miembro de su familia vayan al médico, al hospital o a cualquier proveedor de servicios de salud, incluyendo al farmacéutico. Como en cualquier seguro, su tarjeta de Medicaid es la prueba de que usted está cubierto.

Si usted o un miembro de su familia no presenta la tarjeta de Medicaid a la persona que lo trata a usted o a un miembro de su familia, esa persona no sabrá si usted está cubierto por Medicaid. Entonces puede que usted sea responsable de pagar el costo completo del tratamiento o de los medicamentos recetados.

Mientras usted continúe teniendo derecho a Medicaid recibirá una nueva tarjeta cada mes.



**SIEMPRE LLEVE LA TARJETA
CONSIGO**

Cómo Será su Tarjeta de Medicaid

Usted recibirá una tarjeta de color azul.

Una tarjeta AZUL significa que usted tiene la cobertura típica de Medicaid.

Si usted tiene un Médico de Atención Primaria (PCP) de *Carolina ACCESS* (CA) o un plan de seguro médico comercial (HMO), el nombre de su médico de *Carolina ACCESS* o los números de teléfono de su HMO estarán impresos en su tarjeta.

(Talón de la farmacia—vea la página siguiente)

Cuando Usted Necesite Ir a la Farmacia

Cuando usted reciba su tarjeta mensual de Medicaid, ésta tendrá un talón que el farmacéutico que usted elija deberá archivar en su expediente. Cuando usted compre medicamentos recetados por un médico, **usted deberá acudir al mismo farmacéutico todo el mes y mostrarle su tarjeta cada vez que necesite recoger los medicamentos que le ha recetado el médico.** Si así lo desea usted puede cambiar de farmacéutico el siguiente mes, cuando obtenga una tarjeta nueva con un nuevo talón.

Sólo los medicamentos que requieren de la receta escrita por un médico están cubiertos por Medicaid. Si usted está adquiriendo un medicamento que tiene una leyenda impresa del gobierno Federal o insulina, usted debe tener la receta escrita por un médico si quiere que Medicaid pague por el medicamento. Si usted puede adquirir el medicamento sin la receta escrita por un médico, como en el caso de vitaminas o ibuprofeno, Medicaid no pagará por el mismo.

Un Límite de 6 recetas

Una persona mayor de 21 años que no tenga una enfermedad que ponga en riesgo su vida sólo puede adquirir 6 recetas al mes. **Consulte la página 41 para ver las excepciones.**

Pago Compartido de las Recetas

Todas las personas mayores de 21 años deben hacer un pago compartido o copago de un dólar por cada receta de medicamento genérico y un pago compartido de tres dólares por cada receta de medicamento con nombre de marca. Las mujeres embarazadas están exentas de los pagos compartidos. No hay pagos compartidos cuando una receta se adquiere para un menor (excepto las píldoras anticonceptivas). **Consulte la página 25 para ver otras excepciones.**

Medicaid **NO** pagará por lo siguiente:

1. Medicamentos que la FDA (Agencia Federal de Medicamentos y Alimentos) considera que no son efectivos.
2. Medicamentos que no están sujetos a reembolso (hechos por una compañía farmacéutica que no ha firmado un acuerdo de reembolso con la dependencia Medicaid del estado).
3. Medicamentos que se venden sin la receta de un médico, tales como aspirina, medicamentos para el resfrío o vitaminas.

Si Usted No Recibe Su Tarjeta de Medicaid...

Hacia el décimo día del mes, hable con el trabajador social a cargo de su caso para cerciorarse de que su tarjeta fue emitida. Si usted y la persona a cargo de su caso no pueden encontrar su tarjeta, usted obtendrá una tarjeta de reemplazo. Es posible que la tarjeta de reemplazo venga sin el talón de la farmacia adjunto. Ya que los límites de servicios no se aplican a personas menores de 21 años, es posible que las tarjetas de reemplazo para los niños y jóvenes aún vengan con el talón adjunto.

Si Usted Pierde Su Tarjeta...

Antes del fin del mes, hable con el departamento de servicios sociales de su condado y solicite una tarjeta de reemplazo.

ES POSIBLE QUE LA TARJETA DE REEMPLAZO VENGA SIN EL TALÓN DE LA FARMACIA ADJUNTO. PREGÚNTELE AL TRABAJADOR SOCIAL A CARGO DE SU CASO CÓMO HACER QUE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETÓ EL MÉDICO SEAN CUBIERTOS (PAGADOS) POR MEDICAID.

Carolina ACCESS (Atención Médica Administrada)

Definición: Carolina ACCESS es un programa de atención médica administrada que le permite elegir su propio médico de atención primaria (PCP). Su PCP proporcionará o hará la mayor parte de los arreglos de servicios médicos que necesitará, incluyendo servicios preventivos tales como revisiones de rutina para adultos y niños, pruebas de Papanicolaou y mamografías, cuando sea apropiado. SU PCP debe de proporcionar ciertos servicios antes de que pueda formar parte de Carolina ACCESS. Estos servicios son importantes si usted necesita hablar con un proveedor de servicios de salud después de que la oficina cierre o si tiene que ser hospitalizado. Si usted tiene algún problema respecto al cual su médico no pueda ayudarle, ese médico lo referirá a un especialista.

Quiénes Tienen Derecho:

Usted debe participar en este programa, salvo que usted reciba Medicaid como mujer embarazada, como un menor en un hogar de crianza (*Foster home*) o esté recibiendo Medicare. Usted debe inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada (ya sea Carolina ACCESS o una organización HMO, en el condado de Mecklenburg) si usted recibe asistencia bajo cualquiera de los siguientes programas de Medicaid:

Programa de Asistencia Familiar Work First (WFFA)
Medicaid para Familias e Hijos Menores de Edad (MAF)
Medicaid para Infantes y Niños (MIC)

Usted puede elegir entre inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada o no si usted recibe Medicaid para Mujeres Embarazadas (MPW) o si usted tiene derecho tanto a Medicaid como a Medicare.

Si usted recibe asistencia como un refugiado o como un extranjero, usted no tiene derecho a inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada.

Los beneficios de Carolina ACCESS

Como miembro de Carolina ACCESS usted tendrá:

- un proveedor de tipo médico que proporcionará o hará los arreglos necesarios de servicios para atender sus necesidades de cuidados de salud.
- acceso a consejo médico 24 horas al día
- la oportunidad de seleccionar a un médico de atención primaria (PCP) de una lista de proveedores participantes. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente.
- una tarjeta de Medicaid con el nombre, dirección y números de teléfono de su PCP al frente de la misma.
- mejor acceso a servicios preventivos regulares en virtud de tener una relación ya establecida con su PCP, y
- acceso a educación acerca de este plan y cómo obtener servicios médicos de su condado y de su PCP.

Carolina ACCESS (Atención Médica Administrada)

Servicios Que No Requieren

Autorización Previa: Son servicios que no requieren de la referencia o autorización de su Médico de Atención Primaria o PCP cuando el nombre de su médico está impreso en su tarjeta Medicaid. Incluyen:

- Ambulancia
- Anestesiología
- Manejo de casos de riesgo
- Servicios de Alternativas en la Comunidad (CAP)
- Enfermería Certificada en Anestesiología
- Coordinación de Guardería para Niños
- Servicios Dentales
- Centros de Evaluación de Desarrollo
- Exámenes de rutina de la visión y tratamiento de conjuntivitis
- Planificación Familiar (incluyendo Norplant)
- Servicios del Departamento de Salud (Health Department)
- Prótesis auditiva (para menores de 21 años)
- Cuidado paliativo de pacientes terminales (Hospicio)
- Servicios de laboratorio independientes y de hospital
- Coordinación de Cuidado de Maternidad
- Suministros para cuidados ópticos/ Aparatos para la vista
- Servicios de Patología
- Farmacia
- Psiquiatría/Salud Mental
- Radiología (sólo incluye servicios facturados bajo un número de proveedor de radiología)
- Servicios proporcionados por las escuelas y los programas Head Start

Si necesita ayuda con cualquiera de éstos servicios, llame a la línea de servicio de beneficiarios de atención médica administrada al 1-888-245-0179.

Al Inicio de la Inscripción:

- Establezca su Médico de Atención Primaria (PCP) de INMEDIATO.
- Traiga consigo su tarjeta actualizada de Medicaid cada vez que solicite algún servicio médico
- Hable con su PCP antes de acudir con cualquier otro médico
- Hable con su PCP antes de ir a la sala de emergencias si el problema no es una emergencia
- Vaya a la sala de emergencias sólo cuando se trate de una emergencia
- Solicite la aprobación de su PCP antes de solicitar los servicios de un especialista

- Algunos servicios no requieren de la aprobación de un PCP, por ejemplo, los servicios dentales, de salud mental, etc.
- Acuda a los servicios de cuidado preventivo, p. ej. Exámenes Médicos, vacunación, chequeos generales.
- Si no puede llegar a su cita, llame tan pronto como le sea posible para cancelarla.

Si usted necesita cambiar al médico de atención primaria que figura en su tarjeta, por favor llame al trabajador social del Departamento de Servicios Sociales de su condado.

Carolina ACCESS está efectuando algunos cambios para mejorar la atención a su salud. En algunas áreas del estado, a pacientes de Medicaid les están asignando trabajadores sociales a cargo de su caso para ayudarles a manejar una enfermedad o para actuar como mediadores en sus asuntos de salud. Al mismo tiempo que estos cambios se lleven a cabo en todo el estado el próximo año, ACCESS cambiará su nombre a Community Care (Cuidado a la Comunidad).

Opciones de HMOs (Atención Médica Administrada)

Definición: Una HMO, por sus siglas en inglés, es una organización para el Cuidado de la Salud que tiene un contrato con el estado para brindarle servicios médicos a los beneficiarios en el condado de Mecklenburg. La presente lista está sujeta a cambios.

Lo que Medicaid Cubrirá:

Medicaid cubrirá todos los servicios en el caso de quienes estén inscritos en una organización HMO, aunque algunos servicios no se brinden a través de la organización HMO. En algunos casos, la organización HMO ofrece cobertura adicional por encima del mínimo requerido. Las personas inscritas en la organización HMO por lo general no hacen los pagos compartidos o copagos rutinarios por los servicios brindados por la organización HMO.

Servicios Fuera

del Plan de Seguro: Los beneficios fuera del plan de seguro no requieren una referencia de su PCP. Si usted necesita ayuda con alguno de estos servicios, llame al número telefónico de servicios a miembros que aparece en su tarjeta de Medicaid. **Los servicios fuera del plan de seguro incluyen, pero no se limitan a:**

- Servicios dentales
- Medicamentos recetados por un médico
- Terapias relacionadas con el aprendizaje en la escuela y con el programa Head Start

Al Inicio de la Inscripción:

- Establezca su Médico de Atención Primaria o PCP de INMEDIATO.
- Traiga consigo su tarjeta actualizada de Medicaid y su tarjeta de la organización HMO cada vez que solicite algún servicio médico.
- Hable con su PCP antes de ir a cualquier otro médico.
- Hable con su PCP antes de ir a la sala de emergencias si el problema no es una emergencia.
- Vaya a la sala de emergencias sólo cuando se trate de una emergencia.
- Solicite la aprobación de su PCP antes de solicitar los servicios de un especialista.
- Algunos servicios no requieren de la aprobación de un PCP, por ejemplo, los servicios dentales, de salud mental, etc. (La hoja informativa para el paciente incluye una lista completa de los servicios que no requieren autorización previa).
- Acuda a los servicios de cuidado preventivo, p. ej. Exámenes Médicos, vacunación, chequeos generales.
- Si no puede llegar a su cita, llame tan pronto como le sea posible para cancelarla.

Si usted necesita cambiar al médico de atención primaria o el plan de HMO que figura en su tarjeta, por favor llame al trabajador social del departamento de Servicios Sociales de su condado

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con Retraso Mental o Discapacidades en el Desarrollo (CAP/MR/DD)

Definición: El programa CAP/MR/DD está diseñado para brindar a las personas con retraso mental o discapacidades en el desarrollo una alternativa al cuidado en una institución de cuidados intermedios (ICF, por sus siglas en inglés) efectiva y económicamente viable. La División de Salud Mental, Discapacidades en el Desarrollo y Servicios de Abuso de Sustancias (DMH/DD/SAS) es la principal agencia que administra este programa. La División de Asistencia Médica (DMA) supervisa su operación.

Quiénes tienen Derecho:

La participación en el programa CAP/MR/DD depende de la disponibilidad de las “vacantes” y de los servicios, así como de si la persona llena los requisitos para el Nivel de Cuidados de ICF-MR/DD. Se requiere de aprobación previa para este nivel de cuidados. Para tener derecho al programa, la persona debe:

- Necesitar tratamiento activo que requiera el nivel de cuidados ICF-MR/DD
- Haber sido diagnosticado con retraso mental o con una condición que se relacione estrechamente con el retraso mental (MR, por sus siglas en inglés).
- Tener retraso mental o una condición relacionada que se manifieste antes de que la persona cumpla 22 años de edad.
- Tener retraso mental o una condición relacionada que resulte en limitaciones funcionales considerables en 3 o más aspectos importantes de su vida.

Lo que Medicaid Cubrirá:

- Aparatos para asistirle en la comunicación
- Cuidado de Adultos durante el Día
- Cuidado De Salud Diurno para Adultos
- Servicios de asistencia CAP/MR/DD a domicilio (Nivel 1)
- Cuidados personales CAP/MR/DD
- Inclusión en la comunidad
- Estabilización de crisis
- Cuidado Diurno para el Desarrollo
- Servicios prevocacionales
- Entrenamiento de la familia
- Cuidados para que la persona a cargo del cuidado tome un descanso:
 - En una institución
 - En un sitio no institucional en la comunidad o
 - En un sitio no institucional de convalecencia
- Empleo asistido: individual, o de grupo
- Servicios de residencia asistida
- Suministros y equipos
- Adaptación de los vehículos
- Adaptaciones de acceso ambiental

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Adultos Discapacitados (CAP/DA)

Definición: CAP/DA es un programa especial de Medicaid que ofrece una alternativa a la estadía en instituciones para el cuidado de enfermos para personas discapacitadas quienes tienen por lo menos 18 años de edad y viven en un domicilio particular. Existe una agencia principal local designada por la oficina del comisionado del condado quien se encarga de manejar el programa en cada condado. El Departamento de Servicios Sociales del condado tiene el nombre de la agencia principal para ese condado. El Departamento de Asistencia Médica del programa CAP también le puede dar esta información. Debido a que existe un límite federal en cuanto al número de participantes, cada condado tiene un límite de personas a quienes les puede ofrecer servicios.

Quiénes tienen

Derecho: Además de cumplir con los requisitos para Medicaid y tener la necesidad de internamiento en una institución para el cuidado de enfermos otros requisitos son:

- Tener necesidad de los servicios CAP/DA
- Tener los recursos disponibles para el cuidado de la persona en el domicilio
- Que el cuidado en la comunidad que se necesita pueda brindarse de una manera más económicamente viable en comparación al costo del cuidado en una institución que pagaría Medicaid. La persona debe poder permanecer de manera segura en el domicilio dentro del límite de un costo mensual dado.

Lo que Medicaid

Cubrirá: La persona o cliente que participa en el programa CAP/DA se le designa un trabajador social a cargo de su caso. Este trabajador social prepara, coordina y monitorea los servicios CAP/DA, así como otros aspectos del cuidado del cliente en el domicilio. Además del manejo de su caso, otros servicios que potencialmente puede recibir el cliente que participa en el programa CAP/DA son:

- Cuidado de adultos durante el día
- Exención para recibir suministros CAP/DA (ropa interior reusable para la incontinencia con forros desechables y suplementos nutricionales orales y cajas para la administración de medicamentos)
- Alimentos entregados a domicilio
- Aparatos de Ayuda para Movilizarse en el Domicilio (rampas para sillas de ruedas, pasamanos de seguridad, superficies antideslizantes, duchas de mano, barras de apoyo y la ampliación de los umbrales de las puertas para el acceso de las sillas de ruedas).
- Servicios de Asistencia en el Domicilio (Cuidado Personal de Nivel II y III)

- Cuidados para que la persona a cargo del cuidado tome un descanso (en el domicilio o en una institución)
- Alerta Telefónica (Sistema de Respuesta de Emergencia)

NOTA:

No es necesario que un Médico de Atención Primaria autorice los servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad (CAP) en el caso de los usuarios de Carolina ACCESS.

Otras Opciones de Cobertura:

Programa de Alternativas en la Comunidad para Personas con SIDA (CAP/AIDS)

Definición: CAP/AIDS es un programa especial de Medicaid que brinda una alternativa al cuidado en una institución para las personas con SIDA, así como para niños que tienen el VIH, virus de inmunodeficiencia humano y que llenan los demás requisitos. La persona debe vivir en una residencia privada. CAP/AIDS es un programa creado conjuntamente con la Unidad de Cuidados del SIDA de la División de Salud Pública. La Unidad de Cuidados del SIDA maneja el programa y la DMA lo supervisa. Los puntos de admisión a este programa son las dependencias locales de manejo de casos de CAP/AIDS. El Gobierno Federal establece el límite de personas que pueden participar cada año en este programa.

Quiénes tienen Derecho:

Además de tener derecho a Medicaid, el diagnóstico de un médico y la necesidad de recibir cuidados en una institución, otros requisitos incluyen:

- La necesidad de obtener los servicios de CAP/AIDS
- Tener los recursos disponibles para el cuidado de la persona en el domicilio.
- Que el cuidado que el paciente necesita pueda brindarse de una manera más económicamente viable en relación al costo del cuidado en una institución que pagaría Medicaid. El paciente debe poder permanecer de manera segura en el domicilio dentro del límite de un costo mensual dado.

Lo que Medicaid Cubrirá:

Cada beneficiario de CAP/AIDS tiene un trabajador social a cargo de su caso, quien establece, coordina y monitorea los servicios CAP/AIDS, así como otros aspectos del cuidado del beneficiario en el domicilio. Además del manejo de su caso, los servicios disponibles de CAP/AIDS son:

- Cuidado de Adultos durante el Día
- Exención para recibir suministros CAP/AIDS (ropa interior reusable para la incontinencia con forros desechables,

suplementos nutricionales orales y cajas para la administración de medicamentos)

- Aparatos de Ayuda para Movilizarse en el Domicilio (rampas para sillas de ruedas, pasamanos de seguridad, superficies antideslizantes, duchas de mano, barras de apoyo y la ampliación de los umbrales de las puertas para el acceso de las sillas de ruedas).
- Servicios de Asistencia en el Domicilio (Cuidado Personal de Nivel II y III)
- Servicio para tomar un descanso (en el domicilio y en una institución)
- Sistemas Personales de Respuesta a una Emergencia

NOTA:

No es necesario que un Médico de Atención primaria autorice los servicios CAP en el caso de los usuarios de Carolina ACCESS. Si usted tiene alguna pregunta acerca de CAP/AIDS llame a la Unidad de Cuidados del SIDA al teléfono 919-715-3169 o a la Sección de Cuidados en la Comunidad de la División de Asistencia Médica (DMA) al: 919-857-4021.

Otras Opciones de Cobertura:

El Costo de la Atención en una Institución de Convalecencia

Definición: Una institución de convalecencia puede ser una institución autorizada de convalecencia especializada (Nursing Facility, NF) Medicaid contribuye a pagar el costo del cuidado (cuarto y alimentos) de este tipo de institución para aquellas personas que cumplen con ciertos requisitos. Medicaid también cubre otros gastos médicos.

**Quiénes tienen
Derecho:**

Las personas deben cumplir con ciertos requisitos para participar en este programa. Además:

- Medicaid exclusivamente cubre la atención de convalecencia en camas reservadas para pacientes de Medicaid, quienes hayan sido aprobado por una agencia de autorización estatal.
- El médico que atiende al paciente debe llenar el formulario de Revisión de Aprobación Anticipada y Continuación de Cuidado (FL2/MR2) para describir la condición médica y la necesidad que tiene el paciente de continuar recibiendo servicios en una institución de convalecencia. Medicaid debe aprobar la necesidad de recibir servicios en una institución de convalecencia antes de que el programa pague el costo de la atención.
- El beneficiario de Medicaid debe ayudar a pagar de sus ingresos el costo de la atención en una institución NF. Medicaid paga la diferencia entre el ingreso del beneficiario y la tarifa de la institución de convalecencia.
- Cada beneficiario conserva \$ 30 de sus ingresos para necesidades personales que no se incluyan en los servicios de la institución de convalecencia. Asimismo, el beneficiario puede retener parte de su ingreso a fin de solventar servicios médicos

que no son cubiertos por Medicaid o por otro seguro médico. La parte que debe pagar el beneficiario se denomina “responsabilidad mensual del paciente” o (Patient Monthly Liability” pml, por sus siglas en inglés).

Lo que Medicaid

- Cubrirá:** Algunos de los servicios que cubre Medicaid en el pago de una institución de convalecencia son:
- Costo de la habitación
 - Todos los servicios de convalecencia general, dieta, medicina y psiquiatría
 - Artículos personales tales como champú, peines, navajas de rasurar, jabón y loción.
 - Suministros médicos tales como pañales, curitas, vendajes, aspirina y antiácidos
 - Servicio de lavandería
 - Artículos y equipo reusable como bolsas de hielo, bastones, muletas, andaderas o soportes para caminar y sillas de ruedas.
 - Corte de pelo de higiene personal (puede existir una cuota para permanentes, tinte de pelo o peinados especiales)
 - Suplementos dietéticos especiales para alimentación oral o por un tubo, como por ejemplo una dieta suplementaria alta en nitrógeno, incluso si el médico lo prescribe como receta.

NOTA: Los artículos que no se incluyen son televisores, teléfono privado, enfermero(a)s privado(a)s o cuidadores ni productos de tabaco.

Cuándo Usted Necesita Aprobación Previa

Medicaid cubrirá algunos servicios ÚNICAMENTE DESPUÉS de que el proveedor de servicios de salud (p.ej. el médico) solicite la aprobación de los mismos. Si usted no obtiene la aprobación previa de dichos servicios, es posible que usted tenga que pagar por el costo íntegro de los mismos.

Su médico o la persona que le brinda el servicio debe obtener primero la aprobación de los siguientes servicios (ésta no es una lista completa):

- Servicios de Medicaid tales como:
 - Aparatos visuales
 - Prótesis auditivas (para personas menores de 21 años)
 - Cirugía reconstructiva
 - Transplantes quirúrgicos, excepto transplantes de hueso, tendón, córnea y riñones
 - Servicios médicos fuera del estado que no sean emergencias en un radio de más de 40 millas de la frontera de Carolina del Norte
 - Procedimientos quirúrgicos para la obesidad mórbida, tales como cirugía de injerto abdominal
 - Escisión de queloides (cicatrices)
 - Reducción de los senos
 - Cirugía craneofacial
 - Consultas como paciente externo al psiquiatra después de las ocho primeras consultas y para adultos, después de la visita número 26 para menores de 21 años de edad y todos los servicios psiquiátricos fuera del estado
 - Terapias especializadas como paciente externo

- Servicios dentales tales como:
 - Tratamiento de las encías o servicios de periodoncia
 - Servicios de ortodoncia para menores de 21 años de edad
 - Procedimientos complejos de cirugía oral
 - Dentaduras postizas completas
 - Dentaduras postizas parciales
 - Relleno de las dentaduras postizas

- Algunos equipos médicos y de oxígeno duraderos
- Reparación de equipos médicos duraderos
- Cualquier pieza de prótesis o equipo corrector
- Servicios de enfermería privados
- Algunos medicamentos que requieren de receta tales como oxycontin

Pagos Compartidos (copagos)

Algunos servicios cubiertos por Medicaid requieren que usted efectúe el pago de una suma pequeña al recibir los mismos.

NO hay pagos compartidos o copagos por:

- Institución de cuidados intermedios para personas con retraso mental
- Hospitales mentales y centros de salud mental
- Servicios en la sala de emergencias
- Servicios de diálisis fuera de un hospital
- Servicios de una Institución de Convalecencia (especializada y de nivel intermedio)
- Servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid
- Servicios brindados por una organización HMO privada contratada para dar servicios médicos
- Personas inscritas en una organización HMO
- Internamiento en un hospital
- Participantes en los programas de Alternativas en la Comunidad
- Equipo médico duradero
- Piezas de prótesis o equipos correctores

NOTA: A los beneficiarios de una institución de convalecencia se les puede solicitar que paguen una porción de su ingreso mensual para cubrir el costo de su cuidado en la institución.

Los servicios que requieren de pagos compartidos incluyen los siguientes:

\$ 3.00 por los servicios de un médico

\$ 3.00 por los servicios de un dentista (sólo un pago compartido por servicios que requieren más de una consulta)

\$ 1.00 por medicamentos genéricos recetados

\$ 3.00 por medicamentos con nombre de marca recetados

\$ 1.00 por los servicios de un quiropráctico

\$ 1.00 por los servicios de un podiatra

\$ 2.00 por los servicios de optometría

\$ 2.00 por servicios y suministros ópticos

\$ 3.00 por consultas como paciente externo

Si usted no tiene dinero para efectuar el copago al momento de recibir los servicios, el proveedor no puede rehusarse a brindarle los servicios.

Los Servicios que Están Cubiertos

Si bien las siguientes páginas contienen información sobre los servicios que están cubiertos y los que no lo están, ésta no es una lista completa. También, está sujeta a cambios, por lo que usted debe solicitar información a su proveedor de servicios de salud o a su farmacéutico. Usted también puede llamar al Servicio de Información y Referencia a Servicios CARE-LINE al teléfono 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill, favor de llamar al 919-733-4261. Las personas con impedimentos de audición pueden llamar a cualquiera de los números anteriores o a la línea telefónica especial TTY al 919-733-4851. La línea CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. excepto en los días festivos estatales. Hay un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a las personas que hablan español.

Usted también puede obtener información en la Internet acerca de la cobertura de los servicios en: <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/depth98.htm>

Índice

	Página
Servicios de un Médico	25
Servicios Clínicos	25
Servicios del Hospital para Paciente Interno.....	25
Servicios en un Hospital para Pacientes Externo..	25
Servicios de Cuidados en una Institución de Convalecencia	26
Centros de Salud Mental.....	26
Servicios Psiquiátricos y Psicológicos	26
Manejo de los Casos de las Personas con Enfermedades Mentales	27
Hospitales de Salud Mental	27
Hospitales de Especialidad de Salud en Carolina del Norte	27
Servicios Dentales	28
Servicios Quiroprácticos	28
Servicios Podóatras	28
Cuidados Paliativos para Pacientes Terminales (Hospicio)	29
Equipos Médicos Duraderos (DME).....	30
Servicios de Salud en el Domicilio	31
Servicios de Cuidado Personal (PCS).....	32
Terapia de Infusión en el Domicilio (HIT).....	33
Servicios de Enfermería Privados (PDN).....	34
Equipos de Ayuda Visual y Auditiva	34
Servicios de Laboratorio	35
Rayos X	35
Servicios de Terapia por un Profesional Independiente	35
Anestesia	36
Servicios de Planificación Familiar	36
Exámenes de Adultos Sanos	37
Transporte Médico	37
Servicios de Diálisis	38
Servicios de Enfermería	38

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Médico</p> <p>Diagnóstico y Consulta</p> <p>Terapia</p> <p>Cirugía</p>	<p>Cubiertos</p> <p>\$ 3.00 de pago compartido por visita. Ver página 24 referente a las excepciones.</p> <p>Cubierta. Algunos suministros que el médico usualmente proporciona durante el tratamiento pueden ser cubiertos.</p> <p>Algunos procedimientos quirúrgicos requieren de aprobación previa. Ver página 21.</p> <p>Para los beneficiarios de Carolina ACCESS (CA) todas las consultas a especialistas, incluyendo terapeutas o cirujanos requieren de la autorización previa del médico de atención primaria.</p>	<p>Un máximo de 24 consultas al año (del 1º de julio al 30 de junio) por persona. Consultar las excepciones en la página 42. No se aplica a menores de 21 años.</p> <p>La cobertura de B-12, ACTH e inyecciones de corticosteroides depende del diagnóstico.</p> <p>Ver la página 42 para mayor información sobre cobertura.</p>
<p>Servicios Clínicos</p>	<p>Todos los servicios tienen la misma cobertura y restricciones que los mismos servicios brindados fuera de una clínica.</p>	
<p>Servicios del Hospital para paciente interno:</p> <p>Cuarto y Alimentos</p> <p>Otros Servicios Médicos</p>	<p>Se aplican algunas restricciones a los servicios de planificación familiar.</p> <p>Cubre un cuarto semi-privado, excepto cuando un cuarto privado es necesario según el médico o cuando no hay otro tipo de cuarto disponible.</p> <p>Servicios que son necesarios según el médico y que están cubiertos por Medicaid</p>	<p>Ver la página 43 para mayor información sobre cobertura.</p> <p>Se requiere la autorización del Médico de Atención primaria (PCP) para CA.</p> <p>Las que establezca el plan de la organización HMO.</p>
<p>Servicios del Hospital para paciente externo:</p>	<p>Consultas médicas o dentales cubiertas.</p> <p>\$ 3.00 de pago compartido por cada consulta. Estas consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, EXCEPTO las consultas en la sala de emergencias.</p> <p>Los servicios de la sala de emergencia están exentos del pago compartido de \$ 3.00</p>	<p>Ver la página 44 para mayor información sobre cobertura.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Servicios de Cuidados en una Institución de convalecencia	<p>Cubiertos. Las consultas médicas no se cuentan dentro del máximo de 24 consultas al año.</p> <p>No se cobra un pago compartido después de que se paga la parte que es la responsabilidad del paciente.</p> <p>Siempre se requiere de aprobación previa para que un paciente sea admitido a una institución de convalecencia.</p>	<p>No se requiere que los beneficiarios que ingresan a una institución de convalecencia participen en un programa de Atención Médica Administrada.</p> <p>Ver la página 45 para mayor información sobre cobertura.</p>
Centros de Salud Mental	<p>Los servicios cubiertos incluyen prevención, diagnóstico, terapia, rehabilitación y mantenimiento.</p> <p>No hay pagos compartidos.</p> <p>No se requiere aprobación previa</p>	<p>El beneficiario debe ser un paciente del programa del área o de la dependencia contratada por el mismo.</p> <p>Deben figurar en su expediente médico el diagnóstico actual, el plan de tratamiento y los objetivos del mismo.</p> <p>Los servicios mentales no requieren de una referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS y no se brindan en ninguna Organización de Atención Médica Administrada (HMO).</p>
Servicios Psiquiátricos y Psicológicos	<p>Cubre los servicios de un psiquiatra. Se requiere aprobación previa para consultas como paciente externo después de la consulta número 26 para menores de 21 años. Solicítele a su médico la aprobación previa.</p> <p>\$ 3.00 de pago compartido por cada consulta.</p> <p>Las consultas al psiquiatra se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, salvo que el paciente sea menor de 21 años.</p>	<p>Los servicios deben ser brindados por un psiquiatra, un trabajador social clínico autorizado, un especialista enfermero clínico, un psicólogo empleado por un médico, o por un Programa de Salud Mental del Área o por una dependencia o una persona que haya contratado la Institución del Área de Salud Mental.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Manejo de Casos de las Personas con Enfermedades Mentales A continuación se describen los servicios del manejo de casos</p> <p>Evaluación</p> <p>Coordinación y Referencia a Servicios</p> <p>Monitoreo</p>	<p>Cubierto SÓLO en el caso de pacientes adultos con enfermedades mentales que tengan 18 años de edad o más, jóvenes menores de 18 años con trastornos emocionales, personas con problemas de abuso de sustancias y personas con discapacidades en el desarrollo.</p> <p>Deben evaluarse las capacidades y las debilidades del beneficiario, así como los servicios que sean necesarios. Posteriormente se elaborará un plan de servicios.</p> <p>Se identificarán los recursos, se harán las coordinaciones necesarias y se procederá a referir al paciente.</p> <p>El paciente será monitoreado para asegurarse de que reciba los servicios y que estos se adecuen a sus necesidades.</p>	<p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p> <p>Debe requerir asistencia con dos condiciones o más (p.ej., médica, social, vocacional).</p> <p>El diagnóstico debe encajar dentro de uno de los grupos cubiertos</p> <p>El beneficiario no puede estar recibiendo servicios de exención o vivir en una institución o local pagado por Medicaid.</p>
<p>Hospitales de Salud Mental</p>	<p>Cubiertos en pacientes de 65 años o más o de 21 años o menos.</p> <p>Los beneficiarios que cumplan 21 años de edad estando internados estarán cubiertos hasta que cumplan 22 años de edad.</p>	<p>Las personas menores de 21 años deben tener un formulario de certificación de su necesidad completo para ser internados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Estos servicios no requieren de la referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS (CA).</p>
<p>Hospitales de Especialidad en Carolina del Norte</p>	<p>Cubierto para casos de internamiento por enfermedades crónicas (como tuberculosis).</p>	

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios Dentales:</p> <p>Servicios de Rutina (lista incompleta)</p> <p>Servicios que requieren aprobación previa (lista incompleta)</p>	<p>Los servicios de rutina incluyen exámenes, limpieza y tratamiento con flúor, empastes, sellador, rayos X y extracciones.</p> <p>Corona de acero inoxidable para los dientes de leche y los primeros molares permanentes hasta los 21 años de edad.</p> <p>Separador de acero inoxidable para los dientes de leche que son extraídos prematuramente, hasta los 21 años de edad.</p> <p>Los servicios de periodoncia están cubiertos con algunas limitaciones.</p> <p>Los servicios que requieren aprobación previa incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ortodoncia para los niños y jóvenes de hasta 21 años de edad con problemas de alineamiento severos. • Cirugías orales complejas. • Dentaduras postizas completas y parciales una vez cada 10 años. • Relleno de las dentaduras postizas después de los primeros 6 meses y posteriormente no más de una vez cada 5 años. 	<p>Estos servicios no requieren de la referencia del PCP de Carolina ACCESS.</p> <p>Ver la página 46 para mayor información sobre cobertura.</p> <p>Servicios fuera del plan si usted cuenta con seguro de una Organización de Atención Médica Administrada (HMO).</p>
<p>Servicios Quiroprácticos</p>	<p>Solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una lesión o degeneración de la columna.</p> <p>Pago compartido o copago de \$ 1.00 con excepciones.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</p>	<p>El problema debe ser documentado mediante una placa de rayos X tomada no más de seis meses antes de la fecha de los servicios y con un diagnóstico apropiado.</p> <p>Ver la página 47 para mayor información sobre cobertura.</p>
<p>Servicios del Podiatra</p>	<p>Cubre cualquier procedimiento médico, quirúrgico o mecánico que involucre a los pies.</p> <p>Pago compartido de \$ 1.00 por cada consulta.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</p>	<p>El cuidado de rutina de los pies se limita a un diagnóstico específico.</p> <p>Ver la página 48 para mayor información sobre cobertura.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Cuidados Paliativos de Pacientes Terminales (Hospicio)</p>	<p>Hospicio ofrece un paquete de servicios médicos y de apoyo para las personas con enfermedades terminales. Se considera que una persona es un enfermo terminal si tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Los servicios de Hospicio se relacionan con las enfermedades terminales. Los servicios se brindan en un domicilio privado, una institución de cuidado de adultos, un local residencial de cuidados paliativos o una unidad de internamiento de cuidados paliativos. También pueden ser proporcionados en un hospital o institución de convalecencia que la dependencia de Hospicio disponga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermeros. • Algunos cuidados médicos brindados por un Doctor licenciado en medicina o un Doctor en Osteopatía. • Servicios sociales médicos. • Servicios de orientación para el paciente, sus familiares y otras personas que cuidan del paciente. Los servicios de orientación, que incluyen orientación sobre la alimentación del paciente, pueden brindarse para proporcionar entrenamiento sobre los cuidados a los familiares del paciente o a la persona no remunerada que cuida del paciente. También puede brindarse orientación para ayudar al paciente y a las personas que participan en su cuidado a adaptarse a la idea de la inminente muerte del paciente. • Terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje con el propósito de controlar los síntomas o para ayudar al paciente a seguir funcionando de la manera más normal posible. • Internamiento por corto plazo para cuidados (generales y de descanso) en una unidad de servicios de cuidados paliativos o en un hospital o institución de convalecencia contratados por la dependencia de Hospicio. 	<p>El paciente debe ser considerado terminal o desahuciado, es decir, debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos según la certificación de su médico.</p> <p>El paciente o un representante del paciente elige la cobertura de los servicios de Hospicio por un “período de beneficios” –un período de tiempo específico durante el cual se cubrirán los servicios. Durante el período por el cual el paciente elige los servicios de Hospicio, el paciente renuncia a la cobertura de Medicaid de la mayoría de los otros servicios para el tratamiento de la enfermedad terminal y de las condiciones relacionadas con la misma, ya que el paquete de servicios de Hospicio está diseñado para llenar todas las necesidades del paciente.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Salud en el Domicilio</p>	<p>Cubre los siguientes servicios cuando estos son necesarios desde el punto de vista médico para ayudar a un paciente a recuperarse, rehabilitarse o mantenerse en el domicilio de acuerdo a las directrices de Medicaid y cuando estos servicios son proporcionados por una dependencia de servicios de salud en el domicilio certificada por Medicare o Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de enfermeras especializadas • Terapia física • Patología del lenguaje y servicios de audiología • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de auxiliares para el cuidado en el domicilio • Suministros médicos incluidos que figuran en la lista aprobada por Medicaid 	<p>El paciente debe necesitar de los servicios de salud para su cuidado en el domicilio, ya sea una residencia privada o la institución para cuidado de personas adultas en la que reside. Los pacientes que viven en una institución para el cuidado de personas adultas no pueden recibir servicios de asistentes para el cuidado en el domicilio.</p> <p>Para poder solicitar todos los Servicios de Salud en el Domicilio, --con la excepción de los suministros médicos--, el médico debe certificar que el paciente está "limitado a permanecer en su domicilio".</p> <p>Los pacientes terminales que reciben cuidados paliativos de Hospicio sufragados por Medicare o Medicaid no pueden recibir los Servicios Salud en el Domicilio relacionados con su enfermedad terminal.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Cuidado Personal (PCS)</p>	<p>Cubre los servicios de un asistente en el domicilio acudiendo al domicilio privado donde vive el paciente para realizar las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas de cuidado personal con las cuales necesita ayuda el paciente debido a un problema médico, tales como el bañarse, arreglarse y vestirse, desplazarse dentro de la casa y verificar sus signos vitales. • Las actividades del cuidado de la casa y la administración del hogar que sean esenciales pero secundarias respecto a las tareas de cuidado personal necesarias para mantener la salud del paciente. 	<p>Los pacientes deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener un problema médico que requiere del cuidado directo y constante del médico que receta los servicios PCS. • Estar en una condición estable y a nivel mantenible desde el punto de vista médico. • Necesitar ayuda con las tareas del cuidado personal debido a dicho problema médico. <p>Los servicios de Cuidado Personal (PCS) deben ser la modalidad de cuidado más económicamente viable. El objetivo de PCS es asistir, pero no reemplazar la ayuda que puedan brindar los familiares y los recursos dentro de la comunidad.</p> <p>Cada paciente puede recibir un máximo de 3 ½ horas de PCS por día, hasta 60 horas en cada mes del calendario de acuerdo al plan de cuidados autorizado por su médico. Los pacientes no pueden recibir PCS el mismo día que otros servicios auxiliares de Medicaid.</p> <p>Los pacientes de Hospicio bajo Medicare o Medicaid no pueden recibir los servicios PCS.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Terapia de Infusión Intravenosa en el Domicilio (HIT)</p>	<p>Cubre las siguientes terapias de infusión auto administradas en el domicilio del paciente cuando sean necesarias desde el punto de vista del médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición Parenteral Total • Nutrición Enteral • Quimioterapia para el tratamiento del cáncer (intratecal e intravenosa) • Terapia con antibióticos (intravenosa) • Terapia de control del dolor (subcutánea, epidural, intratecal e intravenosa) <p>La terapia HIT es para los pacientes que viven en un domicilio privado o en un hogar de cuidados para adultos (como una casa de reposo o una casa de cuidados familiares). El término "Auto administrado" significa que el paciente y/o una persona no remunerada que le brinda cuidados es capaz y está dispuesta a administrar una terapia después de un entrenamiento y monitoreo adecuados. Si la terapia no puede ser auto administrada, el cuidado puede estar disponible bajo Servicios de Salud en el Domicilio (Home Health Services).</p> <p>Las terapias con medicamentos incluyen los equipos, los suministros, los servicios de enfermería y de farmacia necesarios para la administración de dichos medicamentos. El paquete de servicios no incluye el costo de los medicamentos. Dicho costo debe facturarse a través del Programa de Medicamentos de Medicaid.</p> <p>La cobertura de la terapia de nutrición incluye el equipo, los suministros y las formulas o soluciones nutricionales.</p>	<p>Los pacientes de Hospicio cubiertos por Medicare y Medicaid no pueden recibir Terapia de Infusión en el Domicilio relacionada con la enfermedad terminal. Esto se cubre bajo Hospicio.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
<p>Servicios de Enfermería Privados (PDN)</p>	<p>PDN son servicios de tipo sustancial y complejo, brindados de manera continua por un(a) enfermero(a) licenciado(a) (RN o LPN, por sus siglas en inglés) y necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado del paciente en su domicilio. Son servicios para pacientes que viven en un domicilio privado.</p> <p>El paciente debe requerir de cuidados de enfermería sustanciales y complejos brindados de manera continua por un(a) enfermero(a) licenciado(a) según lo documentado por el médico que está a cargo del paciente. Esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las tareas del cuidado del paciente sólo pueden ser realizadas por un(a) enfermero(a) licenciado(a), y • Las tareas se deben realizar con tanta frecuencia que la necesidad es continua. Dichas tareas no podrían ser realizadas de manera razonable durante las consultas de enfermeros especializados del programa de servicios de salud en el domicilio. 	<p>Los pacientes de Hospicio cubiertos por Medicare y Medicaid no pueden recibir Servicios de Enfermería Privados en el domicilio.</p> <p>Se requiere de aprobación previa.</p> <p>El tener un enfermero(a) monitoreando al paciente por si pasa algo no se considera como un "cuidado de enfermería continuo" por el cual el paciente tenga derecho a cobertura de PDN.</p>
<p>Equipos de Ayuda Visual y Auditiva:</p> <p>Prótesis Auditiva</p> <p>Anteojos</p>	<p>Cubre equipos de ayuda auditiva monoaurales o binaurales una vez cada 4 años. También cubre los suministros y las baterías relacionadas con la prótesis auditiva. Se requiere de aprobación previa para todos los servicios excepto las baterías.</p> <p>La cobertura es sólo para las personas menores de 21 años.</p> <p>Cubre exámenes rutinarios de la vista hechos por un oftalmólogo o un optometrista, los lentes y los armazones de plástico o una combinación de plástico y metal. Se requiere de aprobación previa para todos los anteojos.</p> <p>Los lentes de contacto se cubren en circunstancias especiales.</p> <p>Los exámenes y las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas, EXCEPTO al recoger los anteojos y los suministros.</p>	<p>Deben ser ordenados por un médico y el paciente debe someterse a una evaluación auditiva.</p> <p>Los aparatos dentro del oído se limitan a niños de 12 años o más.</p> <p>Medicaid sólo pagará por los armazones designados por el programa.</p> <p>Una tintura rosada de los lentes es la única que será cubierta en casos de fotofobia, excepto en los casos de pacientes operados de cataratas, los albinos, etc.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Anteojos (continuación)	<p>Se cubren las reparaciones superiores a \$ 4.00. Se requiere de aprobación previa.</p> <p>Pagos compartidos:</p> <p>\$ 2.00 por cada par de anteojos y suministros \$ 2.00 por reparaciones de más de \$ 4.00 \$ 3.00 por cada visita al oftalmólogo \$ 2.00 por cada visita al optometrista</p>	<p>Los lentes de cristal o de plástico deben tener una graduación mayor al criterio establecido para estar cubiertos.</p> <p>Los servicios de la visión no requieren de la autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Servicios de Laboratorio	<p>Cubre servicios de análisis laboratorio (sangre, orina) ordenados por un médico u otro profesional de la salud licenciado.</p> <p><i>Los análisis hechos de manera ambulatoria (como paciente externo) por un laboratorio independiente no se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año.</i></p>	<p>No cubre servicios de laboratorio para exámenes físicos de rutina de adultos.</p> <p>No cubre análisis de laboratorio para determinar la paternidad.</p> <p>Los servicios de laboratorio no requieren de autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Rayos X	<p>Cubre todos los servicios de rayos X.</p> <p>Las consultas se cuentan hacia el máximo de 24 consultas al año, EXCEPTO si usted está recibiendo terapia de radiación para el cáncer, o si un médico lo refiere el mismo día de la consulta.</p>	<p>No cubre los rayos X que se tomen durante un examen físico de rutina.</p> <p>Deben ser ordenados por un médico.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización del PCP de Carolina ACCESS.</p>
Servicios de Terapia por un Profesional Independiente	<p>Cubren terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia del habla/del lenguaje y servicios de audiología.</p> <p>Se requiere de aprobación previa para el tratamiento, pero no para la evaluación.</p> <p>Los servicios deben brindarse en los siguientes puntos: en el consultorio, en el domicilio, Head Start o en la guardería infantil.</p>	<p>Deben ser ordenados por un médico.</p> <p>Están limitados a los beneficiarios menores de 21 años.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Anestesia	Está cubierta si es necesaria desde el punto de vista médico y si es proporcionada por un anestesiólogo o por un(a) Enfermero(a) Registrado(a) y Certificado(a) en Anestesiología (CRNA, por sus siglas en inglés).	Estos servicios no requieren de referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS.
Servicios de Planificación Familiar:		
Servicios Básicos	Cubre la consulta, el examen y el tratamiento por un médico, una enfermera obstetra o una enfermera especializada. Cubre los análisis de laboratorio y los exámenes.	
Control de la Natalidad	Cubre las píldoras anticonceptivas, DIU (dispositivos intrauterinos), Norplant, Depo-Provera. Cubre la planificación natural de la familia.	No cubre la histerectomía con fines de esterilización.
Esterilización	Incluye la ligadura de las trompas de Falopio y la vasectomía. Sólo cubre estos servicios si los pacientes están mentalmente competentes y si tienen 21 años de edad o más. La solicitud debe ser acompañada de un formulario de autorización con conocimiento de causa firmado por lo menos 30 días antes de la cirugía. Las excepciones son la cirugía abdominal de emergencia y los partos prematuros.	No se cubre la reversión de las esterilizaciones. En el caso de cirugía abdominal, el formulario de autorización con conocimiento de causa debe ser firmado por lo menos 72 horas antes de la cirugía.
Histerectomía	Se cubre sólo si es necesaria desde el punto de vista médico. La solicitud debe estar acompañada de la declaración firmada por la paciente.	Para partos prematuros, el formulario de autorización con conocimiento de causa debe ser firmado por lo menos 30 días antes de la fecha estimada del parto y por lo menos 72 horas antes de la cirugía.
Abortos	Cubiertos sólo en los casos en que la vida de la madre esté en peligro, incesto y violación. La solicitud debe ser acompañada de una declaración firmada por el médico indicando por qué es necesario el aborto.	Los servicios de planificación familiar no requieren de referencia por parte del PCP de Carolina ACCESS.

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Exámenes de Adultos Sanos	<p>Cubre exámenes físicos anuales, análisis de laboratorio, orientación e intervención en personas mayores de 21 años para la prevención de enfermedades.</p> <p>Pago compartido de \$ 3.00 por cada visita.</p> <p>Se cuenta hacia el máximo de 24 consultas por año.</p>	<p>Sólo cubre una consulta de exámenes en adultos sanos por cada año calendario.</p> <p>En el caso de los usuarios de Carolina ACCESS, estos servicios deben ser proporcionados por su médico de atención primaria (PCP).</p>
<p>Transporte Médico: Servicios que no requieren de una Ambulancia</p> <p>Servicios de Ambulancia</p> <p>Transporte en Ambulancia Aérea</p>	<p>Cubre el transporte sin ambulancia a las citas médicas si las personas llenan los requisitos y no disponen de otros medios de transporte.</p> <p>Cubre el transporte sin ambulancia y que sea necesario desde el punto de vista médico para las personas que viven en sus hogares.</p> <p>Los beneficiarios deben solicitar el transporte a través del departamento de servicios sociales de su localidad.</p> <p>Cubre el transporte en una ambulancia si la condición de la persona es tal que transportarle por otros medios pondría en peligro su salud, o si la persona requiere ser transportada en una camilla.</p> <p>Cubre el transporte en una aeronave de ala fija o un helicóptero cuando sea necesario desde el punto de vista médico y físico. El paciente debe ser transportado al hospital más cercano que tenga los elementos adecuados para su tratamiento.</p>	<p>No se requiere de la referencia del PCP de Carolina ACCESS en el caso de transporte necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>No están cubiertos si es posible transportarle de otra manera. Ver en la página 52 otras reglas referentes a la cobertura.</p>

Servicio	Breve Explicación de la Cobertura	Restricciones (resumen)
Transporte Fuera del Estado	<p>Cubre el transporte (por tierra o por aire) necesario desde el punto de vista médico para recibir servicios fuera del estado o para regresar a Carolina del Norte.</p> <p>Se requiere de la aprobación del representante fiscal de la DMA antes de recibir el servicio.</p>	
Servicios de Diálisis	Están cubiertos si el proveedor está registrado con Medicaid o si está registrado de manera independiente.	
<p>Servicios de Enfermería:</p> <p>Enfermero(a) Obstetra (partera)</p> <p>Enfermero(a) Practicante (especializado)</p>	<p>Están cubiertos si el servicio se realiza bajo la supervisión de un médico licenciado para ejercer la obstetricia.</p> <p>Están cubiertos si ofrece servicios junto con un médico licenciado, o si es un practicante independiente en colaboración con un médico licenciado.</p>	

Cuando Usted Va al Médico

En el programa de Medicaid, por lo general, se le permiten sólo 24 consultas con el médico al año. Esto incluye especialistas, quiroprácticos, etc.

No obstante, en algunas situaciones se le permitirán MÁS de 24 consultas con el médico. Estas son algunas de las posibles excepciones:

- Usted tiene menos de 21 años.
- Usted ve a un médico estando internado en un hospital, en una institución de convalecencia, una institución de cuidados intermedios para personas con retraso mental, o si usted vive en un hogar para el cuidado de adultos.
- Usted va al dentista.
- Usted participa en un Programa Alternativo en la Comunidad.

Usted tiene derecho a más de 24 consultas con el médico por año y a más de 6 recetas de medicamentos si tiene alguna de las siguientes enfermedades:

1. Enfermedad renal en sus etapas finales.
2. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
3. Anemia de células falciformes aguda.
4. Enfermedad del pulmón en sus etapas finales.
5. Diabetes inestable (que no puede ser controlada mediante pastillas, dieta o inyecciones de insulina).
6. Hemofilia (cuando la sangre no coagula debidamente).
7. Cualquier enfermedad que ponga en peligro su vida o la etapa terminal de cualquier enfermedad.

Cuando Usted Va al Médico

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

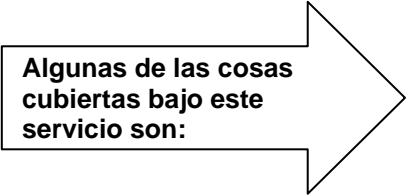
- Cualquier servicio que un médico determine que es necesario y que se le brinde en el consultorio, en su domicilio, en un hospital, en una institución de cuidados, etc.
- El diagnóstico, la terapia, la cirugía y las consultas.

¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

- Inyecciones, si es que usted puede tomar los medicamentos por la boca.
- Cuidados de rutina de los pies.
- Medicamentos y procedimientos experimentales.
- Exámenes físicos de rutina y exámenes relacionados, excepto aquellos hechos a través de exámenes de adultos sanos, planificación familiar, instituciones de convalecencia u hogares para el cuidado de adultos.
- Extirpación incidental del apéndice.
- Cirugía para el cambio de sexo.
- Reversión de la esterilización.
- Procedimientos o servicios para tratar la infertilidad.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

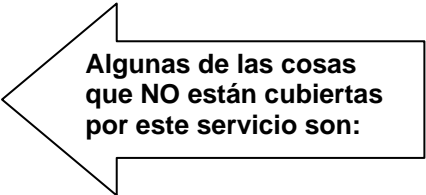
Cuando su doctor lo interna en el hospital



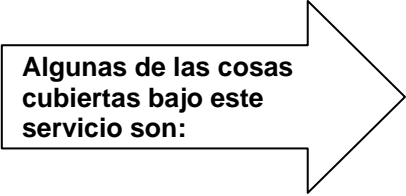
Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cama y alimentación en un cuarto semi-privado, excepto cuando un cuarto privado sea de necesidad médica, o cuando es el único tipo de cuarto disponible.
- Servicios de enfermería regulares.
- Cualquiera de las instalaciones del hospital que usted utilice.
- Servicios sociales médicos.
- Medicamentos y análisis de sangre que usted necesite o que usted tenga mientras esté en el hospital.
- Suministros, aparatos o equipos que sean utilizados para su cuidado mientras usted esté en el hospital.
- Los servicios necesarios para los pacientes desde el punto de vista médico mientras están en el hospital y que estén cubiertos por Medicaid.

¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

- 
- Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:**
- Cuartos privados, cuando no son necesarios.
 - El costo de llamadas telefónicas.
 - El uso de un televisor.
 - Enfermero(a)s privado(a)s o cuidadores.
 - Servicios no cubiertos, tales como enfermeros privados, suministros para ser llevados al domicilio, días de permiso, etc.
 - A partir del día que le den de alta.
 - Cualquier cobro que se le haga por haberse dado usted de alta con retraso porque le era más conveniente.
 - Exámenes o cirugía experimentales.

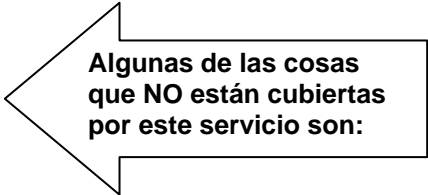
Cuando usted va al hospital y regresa a su domicilio el mismo día



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier servicio que le brinde un médico o un dentista en el hospital.
- Servicios de diagnóstico como paciente externo.
- Terapia física o patología del lenguaje.
- En el caso de terapia o rehabilitación, cubre la utilización de las instalaciones del hospital, los servicios de clínicas y los servicios de la sala de emergencias.

¡Asegúrese de tener la autorización o la referencia a servicios apropiados si el nombre de su médico o del plan de su Organización de Atención Médica Administrada (HMO) están impresos en su tarjeta de Medicaid!

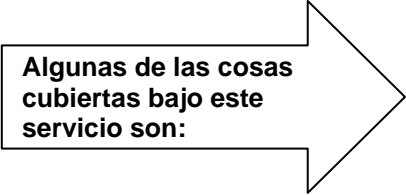


■ Suministros o equipos que usted se lleva a su domicilio, salvo que sea una cantidad muy pequeña de los suministros o de los medicamentos que usted necesite utilizar mientras consigue un proveedor.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

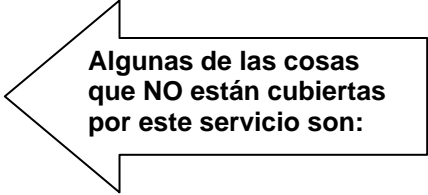
Cuando usted o un miembro de su familia está en una institución de convalecencia

Estos servicios están incluidos en el pago que se hace regularmente a la institución de convalecencia:



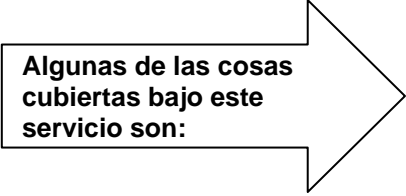
Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Un cuarto semi-privado según lo disponga su médico por ser necesario por razones médicas.
- Días de permiso por tratamiento (sólo 60 días por año calendario).
- Medicamentos sin la receta de un médico, tales como aspirina, leche de magnesia, etc.
- Artículos y servicios de higiene personal.
- Servicios de lavandería personales.
- Cualquier vacuna o examen que usted necesite desde el punto de vista médico mientras esté en la institución.
- Antisépticos, vendajes y medicamentos.
- Equipos, tales como soportes para caminar o andaderas, sillas de ruedas, bastones, colchones de aire, bacines de cama, etc.
- Cualquier terapia física, del lenguaje o terapia ocupacional.
- Otros artículos que necesiten ser utilizados para alimentarle, para su salud o su seguridad.

- 
- Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:**
- Cuartos privados, cuando no son necesarios.
 - Reservarle una cama cuando usted no está allí.
 - Enfermeros(as) privados(as) o cuidadores.
 - Cualquier monto que el DSS del condado le indique que tiene que pagar con sus ahorros o sus ingresos mensuales.
 - Teléfonos, televisores o cualquier cosa que traiga con usted a la institución.
 - El cuidado de su cabello que usted no tendría en circunstancias ordinarias, tal como un permanente, tinte del cabello o un peinado.

Cuando usted va al dentista

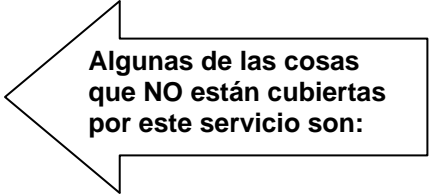
Cuidado Dental para su Hijo(a): La mayoría de los niños necesitan que se les haga una revisión dental cada seis meses. Su hijo(a) pudiera necesitar también de otros cuidados dentales. Medicaid pagará por las revisiones y por los tratamientos que se necesiten. (No todos los servicios son cubiertos por Medicaid). Llame al 1-800-662-7030, en el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill al (919) 733-4261 o a la línea especial de teletipo para sordos TTY (919) 733-7851, para saber más acerca de los servicios dentales de Medicaid. También puede llamar a ese número si necesita ayuda para encontrar o contactar a un dentista.



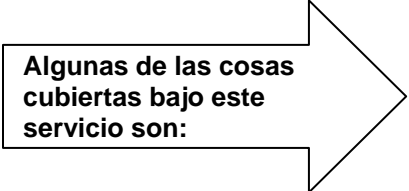
Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Exámenes de rutina, limpiezas, restauraciones y extracciones.
- Rayos X completos de toda la boca una vez cada 5 años.
- Tratamiento de la raíz (endodoncia) para los dientes frontales de todos los beneficiarios.
- Cirugía periodontal, si usted tiene una enfermedad de las encías causada por un problema médico subyacente.
- Un descamado y plano de la raíz por año.
- Dentaduras postizas completas y parciales una vez cada diez años.
- Relleno de las dentaduras 6 meses después de dar a luz y cada 5 años a partir de entonces.
- Reconstrucción facial debido a defectos de nacimiento o después de un accidente serio.

Los servicios dentales no requieren de la autorización previa de su médico de Carolina ACCESS.

- 
- Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:**
- Puentes de tipo fijo.
 - Procedimientos experimentales
 - Medicamentos recetados por un médico que el dentista le da mientras usted está en su consultorio.
 - Implantes o transplantes.
 - Procedimientos de tipo cosmético
 - Accesorios de precisión para piezas parciales
 - Restauraciones o coronas de porcelana o de oro.
 - Dentaduras postizas temporales.
 - Separadores removibles y retenes de los frenos que no estén incluidos en el paquete de servicios de ortodoncia.

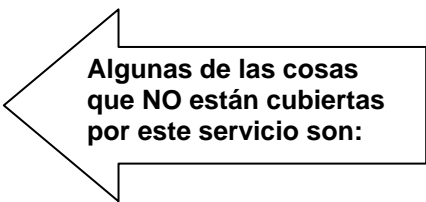
Cuando usted va al quiropráctico



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier manipulación manual de la columna vertebral para corregir una desviación.
- La mayoría de los rayos X.

- Consultas al consultorio.
- Suplementos nutricionales.
- Terapia física.
- Cualquier servicio de diagnóstico o de terapia que no tenga que ver con una desviación.



Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted va al podiatra (médico de los pies)

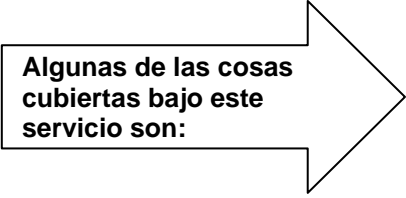
Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Cualquier procedimiento relacionado con el tratamiento quirúrgico, médico o mecánico del pié.
- Cuidados de rutina del pié SÓLO SI usted sufre de una enfermedad tal como diabetes mellitus o enfermedad vascular periférica. Usted debe estar bajo el cuidado de un médico debido a dicha condición y tener la documentación necesaria para demostrar que necesita el servicio.

- Procedimientos que no tengan nada que ver con sus pies.
- Cuidado de rutina de los pies, tal como el remover callosidades, corte de las uñas de los pies, incluyendo uñas encarnadas, uñas de gancho o uñas con hongos y la limpieza o el remojo de los pies.
- Aparatos correctores.
- Soportes del arco, almohadillas o plantillas en los zapatos.

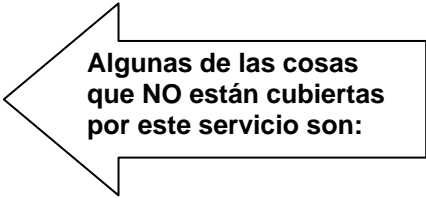
Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita equipos médicos duraderos (DME)



Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Sillas de ruedas, soportes para caminar o andaderas, bastones, camas de hospital y otros equipos necesarios desde el punto de vista médico y que figuren en la lista de Medicaid.
- Oxígeno y el equipo para el suministro del mismo.
- Suministros médicos relacionados que figuren en la lista de Medicaid.

- 
- Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:**
- Artículos que no son necesarios para que usted pueda desenvolverse en su domicilio.
 - Artículos que usted utilice para su conveniencia.
 - Equipos para alguien en una institución de cuidados. Estos deben estar cubiertos por su tarifa de gastos diarios correspondiente a la institución de convalecencia.

Cuando usted necesita anteojos

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Un examen de la vista de rutina cada año y un par de anteojos cada año u otros artículos de ayuda visual en armazón de plástico o en un armazón que sea una combinación de plástico y metal si usted es menor de 25 años de edad.
- Un examen de la vista y un par de anteojos cada dos años si usted tiene 25 años o más.
- Reparaciones de los anteojos mayores a \$ 4.00.
- Lentes si la receta es mayor a determinada graduación.
- Lentes de contacto si usted está en edad escolar, si tiene keratokonus, miopía progresiva o afaquia (falta del cristalino).
- Lentes de tintura rosada si usted es muy sensible a la luz.

- Prótesis oculares (ojos artificiales).
- Armazones de alambre o sin bordes.
- Anteojos de protección.
- Lentes de contacto de uso prolongado o lentes de contacto desechables y suministros para lentes de contacto.
- Lentes con tintura, salvo que sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Anteojos para el sol con graduación.
- Bandas sujetadoras deportivas, sujetadores o cadenas.
- Nombres o iniciales en los soportes o en los lentes.
- Lentes de aumento manuales del tipo que se puede encontrar en una tienda.
- Reparaciones menores a \$ 4.00.
- Lentes cosméticos.
- Terapia de entrenamiento visual y aparatos para dicho entrenamiento.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita prótesis auditiva

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Un juego de cuidado inicial.
- Moldes para la oreja hechos a la medida.
- Receptores, accesorios y baterías.
- Reparaciones y préstamos.
- Los costos de proveerle la prótesis o del alquiler de prueba.

- Cargadores o probadores de carga de las baterías.
- Los componentes del entrenador auditivo.
- Adaptadores para teléfonos, televisores o radios.
- Costos de envío y manipuleo, estampillas o seguro.
- Costo de seguro contra pérdida, daños o robo.
- Prótesis auditiva para cualquier persona mayor de 21 años.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Cuando usted necesita asistencia con el transporte a los proveedores de servicios médicos

Algunas de las cosas cubiertas bajo este servicio son:

- Transporte en ambulancia en casos de emergencia.
- Transporte en helicóptero cuando sea aprobado.
- Transporte fuera del estado.
- Transporte a un servicio cubierto por Medicaid

- Transporte para diálisis de mantenimiento, salvo que sea necesario desde el punto de vista médico,
- Transporte en ambulancia por conveniencia de la persona.
- Transporte a un servicio médico no cubierto por Medicaid.
- Transporte a un médico más lejano a solicitud de la persona.
- Transporte de una persona fallecida que ha sido declarada muerta antes de que se haya llamado a la ambulancia.
- Transporte a los servicios en los cuales la DMA ya ha incluido el costo de transporte en las tarifas de reembolso.

Algunas de las cosas que NO están cubiertas por este servicio son:

Si le niegan una solicitud de servicio de Medicaid

Si usted recibe una factura por un servicio que cubre Medicaid después de que le dijeron que usted tenía derecho a estar cubierto por Medicaid y su médico aceptó que Medicaid pagara por el servicio, usted no es responsable de pagar las facturas. Usted tiene derecho a una "revisión de reconsideración" si Medicaid se niega a pagar una factura. Si usted desea una revisión de reconsideración, debe solicitar la misma antes de cumplirse 60 días a partir de la fecha de la primera factura.

Envíe la factura a Análisis de Reclamaciones:

Claims Analysis
N.C. Division of Medical Assistance
2501 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2501.

Usted también debe incluir una carta junto con la factura. Por favor incluya en la carta:

1. La razón por la cual usted está solicitando la reconsideración.
2. Su número de identificación de Medicaid.

La reconsideración de su caso se hará dentro de un plazo de 20 días a partir de que la unidad de Análisis de Reclamos reciba su carta. Ellos le informarán acerca de su decisión por escrito.

Preguntas Frecuentes

1. ¿Por cuánto tiempo puedo recibir los servicios de Medicaid una vez que se determine que tengo derecho a ellos?

Usted tendrá derecho a recibir los beneficios mientras que cumpla con los requisitos. El trabajador social a cargo de su caso revisará su estatus cada 6 o 12 meses, dependiendo de qué tipo de Medicaid tenga usted.

2. ¿Dónde obtengo mi tarjeta de Medicaid y qué hago si la extravió?

Usted recibirá su tarjeta de Medicaid cada mes por correo. La mayoría de las personas recibe su tarjeta alrededor del quinto día de cada mes. La tarjeta es válida sólo durante el mes que está impreso en la parte inferior derecha de la tarjeta. Usted debe mostrar la tarjeta cada vez que reciba tratamiento médico o cada vez que vaya a la farmacia.

Si usted extravió su tarjeta Medicaid, llame al Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su localidad para solicitar una tarjeta de reemplazo. No obstante, la tarjeta de reemplazo no tendrá el talón de la farmacia adjunto. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cómo puede hacer que sea cubierto el costo de los medicamentos que le recete el médico.

3. ¿Qué pasa si no llega mi tarjeta de Medicaid?

Si usted no recibe su tarjeta, llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado. Si la tarjeta llegó pero no puede ser ubicada, el condado le entregará otra tarjeta. La tarjeta de reemplazo no viene con el talón de la farmacia adjunto. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cómo puede hacer que sea cubierto el costo de los medicamentos que le recete el médico.

4. Si mis ingresos son demasiado altos para recibir Medicaid, ¿hay algún otro programa de cuidados de la salud al cual tenga derecho?

Sus hijos pueden tener derecho al programa *North Carolina Health Choice for Children* si son menores de 19 años y no tienen otro tipo de seguro de salud. Llame al 1-800-367-2229 para obtener más información acerca de este programa y para averiguar si usted tiene derecho al mismo.

Si sus ingresos están por encima del límite, usted aún podría tener derecho a Medicaid si paga una cantidad deducible. Consulte la página 9

5. ¿Cómo ubico al Departamento de Servicios Sociales de mi localidad?

Para encontrar el número de teléfono, busque en la sección del gobierno del condado en la guía telefónica. Por lo general esas páginas son de color azul. Usted también puede llamar al servicio de asistencia del directorio telefónico o llamar a la línea del Servicio de Información y Referencia a Servicios de CARE-LINE al 1-800-662-7030. En el área de Raleigh, Durham y Chapel Hill, llamar al 919-733-4261. Las personas con problemas de audición pueden llamar a cualquiera de los números telefónicos anteriores o a la línea telefónica especial de TTY: 919-733-4851. La línea CARE-LINE funciona de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. excepto en los días festivos estatales. Hay un especialista bilingüe de información y referencia a servicios para atender a las personas que hablan español.

6. ¿Tengo que inscribirme en un Plan de Atención Médica Administrada?

Usted debe inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada (HMO) (ya sea Carolina ACCESS o una organización HMO en el Condado de Mecklenburg) si usted recibe ayuda de Medicaid bajo cualquiera de los siguientes programas:

Programa de Asistencia Familiar Work First (WFFA)
Medicaid para Familias e Hijos Menores de Edad (MAF)
Medicaid para Infantes y Niños (MIC)

Usted puede elegir entre inscribirse o no en un Plan de Atención Médica Administrada si usted tiene derecho tanto a Medicaid como a Medicare.

Si usted recibe ayuda como refugiado o como extranjero, usted no puede inscribirse en un Plan de Atención Médica Administrada.

Medicaid de Carolina del Norte

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

**Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003
División de Asistencia Médica de Carolina del Norte**

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLO CUIDADOSAMENTE.

SU DERECHOS DE PRIVACIDAD; NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Medicaid recopila y mantiene su información médica; por ley, se le exige proteger la privacidad de su información médica y proporcionarle este Aviso de normas de privacidad. Este Aviso describe la manera en que Medicaid puede usar y compartir su información médica y explica sus derechos de privacidad. Medicaid usará o divulgará su información médica solamente de la manera que se describe en este Aviso. No obstante, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y los términos de este Aviso y de poner en vigencia nuevas disposiciones en el Aviso para toda la información médica que guardamos en nuestros archivos. Se le enviarán los avisos modificados y también estarán a disposición a través del contacto con Medicaid. (Vea la información de contacto al reverso de la página.) No modificaremos nuestras normas de privacidad antes de que se le envíe un Aviso modificado, a menos que la modificación sea exigida por ley.

Cuando lo aprobaron para Medicaid, el Departamento de Servicios Sociales del condado envió su información médica a la División de

Asistencia Médica para que Medicaid pueda pagar su atención médica. Esta información incluyó su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social, número de Medicare (si corresponde) y la información sobre su póliza de seguro médico. También se puede haber incluido información sobre su salud. Cuando sus proveedores de atención médica envían reclamaciones de pago a Medicaid, las reclamaciones incluyen sus diagnósticos y el tratamiento médico y artículos médicos que usted recibió. Para ciertos tratamientos médicos, su proveedor de atención médica debe enviar información médica adicional, como por ejemplo, comentarios de médicos, radiografías y resultados de análisis de laboratorio.

Si en cualquier momento, usted tiene preguntas o inquietudes sobre la información en este Aviso o acerca de los procedimientos, políticas o normas de privacidad de nuestra dependencia, se puede comunicar con el Funcionario de Privacidad de Medicaid. (Vea la información de contacto al reverso de la página.)

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

Existen algunos servicios que Medicaid proporciona a través de contratos con otras dependencias, tal como el Departamento de Servicios Sociales de su condado y a través de contratistas privados que procesan las reclamaciones de su proveedor de atención médica. Cuando se contratan servicios, Medicaid debe compartir suficiente información sobre usted con esos contratistas para que puedan llevar a cabo las tareas que Medicaid les ha pedido realizar.

Para proteger su información médica aun más, Medicaid solamente divulgará su información médica después de asegurarse, por escrito, que sus contratistas protegerán su información de la misma manera en que lo hace Medicaid.

Esta dependencia podrá usar o divulgar su información médica para prestarle los servicios de Medicaid a usted.

Para el pago: Medicaid podrá usar o divulgar su información médica a sus contratistas que proporcionan servicios de pago para Medicaid. (Ejemplo: Para que se pague la reclamación de su proveedor de atención médica, el contratista que procesa las reclamaciones de pago tiene que tener suficiente información médica sobre usted para verificar y pagar los servicios que usted recibió.)

Tratamiento médico: Para determinar si su tratamiento es de necesidad médica y si está cubierto según Medicaid, podremos usar y

divulgar su información médica a otros profesionales en el ramo de la salud. Estos profesionales tienen pericia médica específica de modo que pueden dar una opinión sobre si su tratamiento es de necesidad médica.

Gestiones relacionadas con la atención médica: Medicaid podrá usar y divulgar su información médica para apoyar una variedad de actividades empresariales que nosotros llamamos “gestiones relacionadas con la atención médica”. Estas gestiones aseguran que usted recibirá una atención de calidad; que los cargos son apropiados para los servicios que ha recibido, y que sus proveedores de atención médica serán pagados de manera oportuna. (Ejemplo: Podremos contratar a una empresa privada para que revise la atención y los servicios que nuestros clientes han recibido para asegurar que se ha proporcionado una atención de calidad.) Otras gestiones que podrán requerir que se comparta su información médica protegida son:

- Revisión y evaluación de las habilidades, calificaciones y desempeño de sus proveedores de atención médica que están a cargo de su atención médica.
- Proporcionar programas de capacitación para estudiantes, aprendices, y personal tanto profesional como no profesional que les permitirá usar las habilidades que han aprendido, bajo supervisión.
- Proporcionar información a las dependencias de certificación y licenciamiento para que el personal puede

- llevar a cabo sus requerimientos profesionales.
- Planear las operaciones futuras de nuestra dependencia.
- Mejorar las investigaciones realizadas por la gerencia toda vez que un empleado, dentro de nuestra dependencia, presente una queja formal o proteste un tema en particular.
- Proporcionarle información a otros planes de salud y a dependencias del gobierno federal para determinar si usted está inscrito como miembro o si está cubierto por los mismos.

Otras circunstancias:

- Cooperar con otras dependencias del gobierno y organizaciones ajenas que realizan actividades de fiscalización para los propósitos permitidos por las leyes federales.
- Cumplir con las órdenes de los tribunales, citaciones, órdenes administrativas, y demandas relacionadas con la administración de Medicaid.

Comunicación con usted:

- Comunicarse con usted personalmente para mantenerlo informado; como por ejemplo, recordatorios de citas próximas, otras oportunidades de tratamiento cuando sean necesarias o estén a disposición conforme a los programas de beneficios de ciertas dependencias públicas selectas.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN

Medicaid no usará, ni se comunicará ni divulgará su información médica protegida sin su autorización, a menos que se le permita bajo las circunstancias arriba mencionadas. Para todos los demás usos o divulgaciones, se le pedirá a usted firmar una autorización escrita que nos permitirá compartir o solicitar su información médica protegida. Usted puede cancelar dicha autorización con sólo notificar al Funcionario de Privacidad de nuestra dependencia.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los clientes de Medicaid tienen ciertos derechos con respecto a su información médica protegida.

DIRECCIONES PARA FORMULAR QUEJAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

NC Department of Health and Human Services

Lleva un servicio de información y remisión a servicios que se encuentra en la Oficina de Servicios a la Comunidad, que se conoce como CARE-LINE, el cual recibe y documenta quejas e inquietudes con respecto a las prácticas, políticas y procedimientos de privacidad que se relacionan con la protección de información médica mediante la cual se podría identificar a un individuo. La información para comunicarse es la siguiente:

CARE-LINE, dirección electrónica:
care.line@ncmail.net

2012 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2012
Teléfono: 1-800-662-7030
(gratuito)
(919) 733-4261 (Zona de
Raleigh, Chapel Hill y
Durham)
Fax: (919) 715-8174
TTY (919) 733-4851 (teletipo
para sordos)

**Secretario del Departamento de
Salud y Servicios Humanos de
Estados Unidos**

*Secretary, US Department of Health
& Human Services*

Usted también podrá enviar una
queja por escrito al Secretario del
Departamento de Salud y Servicios
Humanos de Estados Unidos. La
información para comunicarse es la
siguiente:

Office of Civil Rights (Oficina
de Derechos Civiles)
U.S. Department of Health &
Human Services

Atlanta Federal Center, Suite
3B70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: (404) 562-7886
Fax: (404) 562-7881
TDD (404) 331-2867 (teletipo
para sordos)

**PARA OBTENER MÁS
INFORMACIÓN
COMUNÍQUESE CON**

Funcionario de Privacidad de
Medicaid

a/c DHHS CARE-LINE

dirección electrónica:

care.line@ncmail.net

2012 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2012
Teléfono: 1-800-662-7030
(gratuito)

(919) 733-4261 (Zona de
Raleigh, Chapel Hill y
Durham)

Fax: (919) 715-8174

TTY (919) 733-4851 (teletipo
para sordos)