



Member Handbook for New Mexico Coordinated Long-Term Services

Evercare Health Plan
Coordinated Long-Term Services
8220 San Pedro NE, Suite 300
Albuquerque, NM 87113

Member Services 1-877-236-0826
1-888-685-8480 TTY
Monday – Friday
8:00 a.m. – 5:00 p.m. MST

www.EvercareHealthPlans.com/NM_CLTS
www.planesdesaludevercare.com

Names and Phone Numbers

Member Services

1-877-236-0826, for TTY access **1-888-685-8480**

My primary care provider's name:

My primary care provider's phone:

My Service Coordinator:

My Service Coordinator's phone:

IN AN EMERGENCY DIAL: 911

Welcome to Evercare® Coordinated Long-Term Services (CLTS)!

Thank you for picking Evercare! We will help you stay healthy and get good care. We will help make sure you get the care you need.

Your guide to good health

Please read this Handbook. It tells about your benefits. It will help you use your health plan. Look at your Evercare ID card. Make sure it is all correct. We want to make it easy for you to use your plan. We can answer any questions you have.

If you have questions, call us. Our toll-free number is **1-877-236-0826**. There are people who can talk with you in English, Spanish, or other languages. If you need an interpreter, tell us. We will connect you to the AT&T Language Line. If you are speech or hearing impaired, call **1-888-685-8480**. Call us if you need this book in Braille, large print, audio, or another language.



For those who have BOTH Medicare and Medicaid coverage

If you are in Evercare CLTS and have Medicare and Medicaid, read the notes with a check. With both types, you have more options. The notes tell how to get the most from your coverage. If you have questions, call Member Services at **1-877-236-0826**. Call **1-888-685-8480** for TTY service.

Our office location:

Evercare
4411 The 25 Way, Suite 300
Albuquerque, NM 87109

Business Hours: 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Toll free **1-877-236-0826**.
For TTY access **1-888-685-8480**.

Table of contents

Where to find answers

- About Coordinated Long-Term Services. 1
- If you have both Medicare and Medicaid 1
- Your Evercare ID card 2
- Member Services 3
- Service coordination. 4
- Primary care 5
- Health care benefits under CLTS. 6
- If you live in a nursing home 8
- Requirements to get services 9
- Emergencies 9
- Appointments 10
- When you are away from home 11
- Transportation 12
- For people who do not speak English or have hearing impairments. 12
- Women’s health 12
- Advance Directives. 13
- Changes in your life 16
- Payment for services. 16
- Rights and responsibilities 17
- Grievances and appeals 20
- Fraud and abuse 21
- Other information 23
- Privacy Practices 24

About Coordinated Long-Term Services

Coordinated Long-Term Services (CLTS) is a Medicaid managed care program from the New Mexico Human Services Department. Managed care means that New Mexico hires a company to help you manage your health care.

The Evercare CLTS plan is one option for New Mexico residents who qualify. The state decides if you are eligible. If you are eligible for New Mexico's Developmental Disabilities, Medically Fragile, or HIV/AIDS Home and Community-Based Waivers, you cannot enroll in the Evercare CLTS plan.

Evercare is available in all of New Mexico. The Evercare CLTS plan:

- Offers medical coverage and services to help with daily life.
- Promotes independent living.
- Promotes checkups.
- Lets you take part in decisions.
- Provides a Service Coordinator.

Evercare CLTS has a network of providers. For most services, you must use doctors, hospitals, or other providers approved by Evercare. Member Services can help you find providers in our network. You may use any provider for emergencies.

If you have questions, call us. Our toll-free Member number is **1-877-236-0826**.



If you have both Medicare and Medicaid

If you have both Medicare and Medicaid, you have more than one coverage. Your CLTS benefits will not change your Medicare benefits. Your Service Coordinator will help set up your health care with Medicare or your Medicare Advantage Plan.

If you have both Medicare and CLTS, Medicare Part D will cover your drugs. If you have regular Medicare, you can use your current doctor. You can get Medicare specialty services without approval from CLTS.

We will work with your doctor for the services you get through CLTS. We can help you pick a doctor if you do not have one. This doctor can set up your CLTS and Medicare services. If you are in a Medicare Advantage Plan, your primary care provider is your Medicare Advantage doctor.

You do not have to pick another primary care provider for CLTS. Medicare or your Medicare Advantage Plan will pay for your services before CLTS. CLTS may cover some services that are not covered by Medicare.

Bring your Medicare card and your Evercare ID card on all doctor visits.

Your Evercare ID card

When and where do I use my Evercare ID card?

Every person who joins Evercare for CLTS gets an ID card. Bring this card when you visit your doctor. Your ID card gives information about you. Evercare will send you a new card if you change your doctor.

About your ID card:

Your doctor or Service Coordinator must provide or help with your care, except for emergencies or women's services. Call Evercare at **1-877-236-0826** within 24 hours after going to the emergency room. If you lose your ID card, call Evercare at **1-877-236-0826**. Make sure your name on your ID card is correct. If you find mistakes, call Evercare at **1-877-236-0826**.

If you have Medicare, you will get your doctor, hospital, drugs, lab, x-ray and other acute care services from Medicare or your Medicare Advantage Plan.

Your Evercare ID card tells you:

Member Name – Your full name as listed with Medicaid.

Identification Number – Your Medicaid number.

Effective Date – The first date of your eligibility.

PCP Name – Your primary care provider.

PCP Phone – Phone for your primary care provider.

EPSDT Eligibility – Eligibility for other benefits for clients under age 21.

TPL Indicator – Shows if the member has other health insurance.



ID Card - front



ID Card - back



Member Services

Evercare Member Services has information on:

- Membership.
- Choosing a primary care provider.
- Specialists, hospitals, and other providers.
- Covered services.
- Changing doctors.
- Making a complaint.
- Name or address changes.
- Medicaid and Medicare coverage.
- Getting an interpreter.
- Getting a ride to the doctor.
- Other questions.

Member Services can give you information about health care, such as:

- Living with a chronic illness.
- How to get behavioral care.
- Eating healthy foods.
- Safe sex and birth control.
- HIV/AIDS.
- Keeping children well with EPSDT services.

We are happy to help with other topics. Just call **1-877-236-0826**. If you are speech or hearing impaired, call **1-888-685-8480**. You can call 24 hours a day. For medical questions, you can talk to someone at any time. For non-medical questions, leave a message. We will return your call by the next business day.

24-Hour Nurse Line

We have a free hotline for members to speak with a nurse. The Nurse Line is open 24 hours a day, seven days a week. Just call **1-877-725-2552**.

Can I stop having Evercare as my health plan?

You may stop having Evercare as your health plan at any time for the following reasons:

- You move out of the area that Evercare serves.
- Evercare does not cover a service you need because of moral or religious reasons.
- You need more than one kind of service to be performed at the same time and Evercare does not have a provider who can do so. Another provider must say that getting the services separately could cause harm.
- Other reasons, including but not limited to, poor quality of care and having no providers who can provide covered services or meet your health care needs.

You can switch from Evercare to a different health plan within 90 days of enrolling in Evercare. You may only do this once during those 90 days.

If you wish to stop having Evercare as your health plan, you must submit an oral or written request to the state. You can contact the state at **1-877-781-8889**.

Service coordination

Service coordination helps you get the care you need. Evercare has Service Coordinators for anyone in CLTS. Service Coordinators help you meet your health needs.

How do I get a Service Coordinator?

Evercare will choose your Service Coordinator. We will notify you in writing after you join Evercare.

When will I meet my Service Coordinator?

Your Service Coordinator will contact you when you join. He or she will meet with you at least each year.

How can I contact my Service Coordinator?

Contact your Service Coordinator at **1-877-236-0826**. Contact him or her as often as you need to.

What if I want a new Service Coordinator?

If you want to change Service Coordinators, call Member Services. We can provide a new one. In some cases, we will need to assign a new person. If so, we will tell you in writing. We will make sure you know how to reach him or her.

Primary care

What is a primary care provider?

A primary care provider is a doctor, nurse, or clinic that oversees your health care. They arrange a special doctor if needed. All CLTS members have a primary care provider. You can call them 24 hours a day.

How do I pick or change my primary care provider?

Call Member Services for help picking a primary care provider. You must pick one for CLTS services if you do not have Medicare.

Can a specialist or a clinic be my primary care provider?

Your primary care provider can be a doctor, a nurse, or a clinic. If you have a doctor you like, you can keep going if they are in the Evercare CLTS network. If your regular doctor is a specialist, he or she may be allowed to be your primary care provider.

How do I get services if I do not have a primary care provider?

Call Member Services at **1-877-236-0826** if you need care before you have a primary care provider. If it is an emergency, call **911**.

How many times can I change my primary care provider?

You can change any time. Call Member Services to tell them you want to change. If you don't know which doctor to change to, we will help you.

Can my request to change be denied?

Yes. If the provider you want is not taking new patients, your request may be denied. Member Services can help you pick a new doctor. In some other situations you may need to stay with one provider.

Can I go to a doctor who is not my primary care provider?

Your primary care provider will help you get the care you need. If you want to see another doctor, tell your primary care provider or call Member Services at **1-877-236-0826**.

What if I don't choose a primary care provider?

If you don't choose within 5 days of joining Evercare CLTS, we will assign one to you. You will not lose any of your Medicaid benefits. You will have to go to the provider chosen. You can change your provider anytime.

If you are covered by Medicare, no primary care provider will be assigned for CLTS. You can keep seeing your Medicare doctor.



What do I need to bring to my doctor?

You must take your Evercare ID card when you get any health care services. If you have Medicare, also bring your Medicare ID card.



Health care benefits under CLTS

What are my health care benefits?

CLTS can give you health care that is **medically necessary** if you qualify.

Medically Necessary means care that is:

- (1) Needed to prevent, diagnose or treat medical conditions. Or care needed to attain, maintain or regain functional capacity.
- (2) Given in the right amount and place for health needs.
- (3) Per professional standards and national guidelines.
- (4) For health needs and not primarily for the convenience of the member, provider, or Evercare.

What services can I get?

Evercare CLTS covers these services:

- Adult Day Health.
- Ambulatory Surgical.
- Anesthesia.
- Assisted Living.
- Audiology.
- Community Transition.
- Dental.
- Diagnostic Imaging and Therapeutic Radiology.
- Dialysis.
- Durable Medical Equipment and Supplies.
- Emergency Response.
- Emergency.
- Environmental Modifications.
- EPSDT (for children).
- Home Health.
- Home-Delivered Meals.
- Hospice.
- Hospital Outpatient.
- Inpatient Hospital.
- Laboratory.
- Nursing Facilities.
- Nutritional.
- Occupational Therapy.
- Personal Care Option.
- Pharmacy.
- Physical Health.
- Physical Therapy.
- Pregnancy Termination.

- Preventive Health.
- Private Duty Nursing.
- Prosthetics and Orthotics.
- Rehabilitation.
- Reproductive Health.
- Respite.
- School-Based.
- Service Coordination.
- Speech Therapy.
- Telemedicine.
- Transplant.
- Transportation.
- Vision.

Evercare CLTS offers the following services in addition to the services the state requires:

- Medical Supplies for Wound Care.
- Home-Delivered Meals.
- Service Coordination.
- Telemedicine.

How do I get these services?

Call Member Services at **1-877-236-0826**. Your Service Coordinator can also help you.



Does Evercare provide prescription drugs?

We provide prescription drugs and other pharmacy services. If you are on Medicare, Medicare Part D will cover your drugs. Evercare covers many drugs. At times drugs must be on an approved list. If your drug is not on the list, we may ask your doctor to use a similar drug. If you pay for drugs not on the list, we will not pay you back. Call Member Services at **1-877-236-0826** for the list of drugs.

Does Evercare offer behavioral health benefits?

You can get help if you use drugs or alcohol. If you feel very upset or do not know what to do when life is hard, call us at **1-877-236-0826**.

You can speak with someone in English, Spanish, or other languages. We can connect you to a translator. If you are speech or hearing impaired, call **1-888-685-8480**. If it is a crisis and you have trouble with the phone, call **911** or go to an emergency room. Most behavioral health benefits will be provided through the state by ValueOptions. We can work with them to get you help.

EXCLUDED SERVICES

These services are not included in the benefit package.
Reimbursement for these services shall be made by the state:

- (1) Services to intermediate care facilities for the mentally retarded.
- (2) Emergency services to undocumented aliens.
- (3) Experimental procedures, technologies or non-drug therapies.
- (4) Special Rehabilitation Services.
- (5) Child Protective Services and CYFD case management.
- (6) Adult Protective Services case management provided by ALTSD.
- (7) Services in the schools and in the Individualized Education Plan (IEP) or Individualized Family Service Plan (IFSP) for children under age 21.
- (8) Home and Community Based Waiver Services for the Medically Fragile, the HIV/AIDS waiver, and the Developmentally Disabled waiver.

Does Evercare make rules for providers?

Evercare works with providers to improve quality and be sure you get the right care. We do not make providers see a specific number of patients or limit the time a provider can spend with you.

Services for members with special health care needs

Many people in Evercare have special needs. Evercare has programs to help people with certain conditions. Talk to your Service Coordinator for more information.

In some cases, people with special needs can see a specialist without permission. Ask your Service Coordinator.

If you live in a nursing home

What if I live in a nursing home and want to move out?

We want to help you live in the place that is right for you. Your Service Coordinator can help you think about moving to a new place. Some people can get help to move. Ask your Service Coordinator.

Requirements to get services

What is prior authorization?

You may need prior authorization to get some services under CLTS. Call Member Services to learn more. You do not need prior authorization for emergencies or to see a women's doctor if you are pregnant. You do not need referrals for any services.

You may need prior authorization for these services:

- Adult Day Health.
- Assisted Living.
- Community Transition.
- Medical Equipment and Medical Supplies.
- Emergency Response.
- Environmental Modifications.
- Home Health.
- Home-delivered Meals.
- Inpatient Hospital.
- Nursing Homes.
- Occupational Therapy.
- Personal Care.
- Physical Therapy.
- Private Duty Nursing.
- Prosthetics and Orthotics.
- Respite.
- Speech Therapy.
- Transplant.

Call Member Services if you have questions about prior authorization.

What if I want a second opinion?

You can get a second opinion for your health care. Call your primary care provider or your Service Coordinator. You can also call Member Services.

Special options for Native American members

Native American members may go to an Indian Health Service (IHS) or Tribal health care facility. There is no need for a referral or prior authorization.

Emergencies

What is emergency medical care, and how soon can I be seen?

If you have an **EMERGENCY**, you should be seen **IMMEDIATELY**. Emergency means health problems that need care right away. Examples are an injury, a sudden serious illness, or severe pain.

Emergency Medical Condition means:

A medical condition with acute symptoms and such severity (including severe pain) that a layperson with average knowledge of health could expect the absence of immediate care to result in:

- (1) Placing the patient's health at serious risk.
- (2) Serious harm to body functions.
- (3) Serious dysfunction of any body organ or part.
- (4) Serious disfigurement.

If you think that emergency care is needed to prevent serious harm, you do not need to call Evercare. You should go right away.

Who do I call if there is an emergency?

If you have an emergency, call **911**. You do not need approval from Evercare or your doctor.

Where do I go if there is an emergency?

You can use any hospital or provider. You do not need approval from Evercare or your doctor.

What is post-stabilization care?

Post-stabilization care is Medicaid covered care you get after an emergency to keep your condition stable. Evercare will pay for these services.

Appointments

What do I do if my doctor's office is closed?

It is best to call your doctor as soon as you need care. Do not wait until the evening or weekend. Your illness may get worse. If you get sick at night or on a weekend and cannot wait, call your doctor at the number on the front of your ID card. Primary care providers can be reached on nights or weekends. The Nurse Line is also open 24 hours a day, 7 days a week at **1-877-725-2552**. You can always get help.

What is urgent medical care, and how soon can I be seen?

If you have an **URGENT** situation, you should be seen within **24 HOURS** of telling Evercare or your doctor. Urgent care is for sudden problems that are not emergencies. You need to go to the doctor soon to keep from getting worse. Examples are burns, wounds, and illnesses like the flu.

How soon can I be seen if I am sick, but it is not an emergency?

Your doctor should see you as soon as he or she can. Your doctor's phone number is on the front of your ID card.

What is routine medical care, and how soon can I be seen?

If you need **ROUTINE** care, your doctor should see you as soon as he or she can. It should always be within **30 DAYS**. Routine care prevents problems and keeps you healthy. Examples are mammograms, pap smears, and prostate exams. If you need help making an appointment, call Member Services at **1-877-236-0826**.

When I need to see a special doctor, how soon can I be seen?

A specialist is a doctor who treats a special problem, like a foot or heart doctor. Your doctor may want you to go to a specialist. A specialist should see you within 21 days.

When you see a specialist:

- You can go directly to family planning providers, such as an OB/GYN. You do not need permission from Evercare or your doctor.
- Make your appointment early.

If you have any questions, call Member Services.

When you are away from home

What if I get sick when I am out of town?

When you get sick traveling, you can get medical help, even if you are outside of New Mexico. To get help:

- Call Member Services at **1-877-236-0826**. The number is on the back of your Evercare ID card.
- If you need to be treated right away, go to the nearest emergency room.
- You can call the Nurse Line any time, even if you are far from home.

What if I am out of the country?

If you are in another country and get sick, your care will not be covered.

Transportation

How do I get to the doctor's office?

If you have no way to get to the doctor, call Member Services at **1-877-236-0826**. We can help you get a ride. Call for a ride as soon as you make your appointment or at least one week in advance. You must have a medical appointment.

For people who do not speak English or have hearing impairments

Can someone interpret for me when I talk with my doctor?

It is your right to talk with your doctor and Service Coordinator in the language you prefer. **There is no charge for this. You can also get written materials in other formats.**

Who do I call for an interpreter?

If you need an interpreter, call Member Services at **1-877-236-0826**. If you are hearing impaired, call **1-888-685-8480**. Call as soon as you make your appointment or at least 24 hours in advance.

How can I get an interpreter in the providers' offices?

Interpreters can meet you at your doctor's and help you talk in your language. Call Member Services at **1-877-236-0826**.

Women's health

What if I need an obstetrician/gynecologist?

Evercare limits your OB/GYN to the same network as your primary care provider.

You have the right to pick an OB/GYN without going to your doctor first. This is called "direct access." The access to an OB/GYN includes:

- One well-woman checkup per year.
- Care for pregnancy.
- Care for any female medical condition.

Call Member Services for help picking an OB/GYN.

Can I stay with my OB/GYN even if they are not in the Evercare network?

You do not have to pick an OB/GYN in the Evercare CLTS network if you have Medicare. If you do not have Medicare, you must pick from the CLTS network. If you have 12 weeks



or less before you are due to have your baby, you can with stay with the OB/GYN you are seeing. You can stay with this doctor through your post partum visits.

How do I choose an OB/GYN?

Call Member Services for help or pick from the provider directory.

If I don't pick an OB/GYN, do I have direct access?

Yes.

Will I need a referral for an OB/GYN?

No.

What if I am pregnant?

Call your primary care provider. The name and phone number is on your ID card. If you need help, call Member Services.

Advance Directives

You have the right to make decisions about your health. You can refuse treatment. You can decide before you get too sick.

What if I get too sick to make a decision about my health care?

You may make an advance directive before you get sick. In an advance directive for health care, you say what care you want.

What are advance health care directives?

All adults in hospitals, nursing homes, and other health settings have rights. For example, you have the right to have your records kept private. You have the right to know what care you will get. By federal law, you can make an advance directive. It lets you state your wishes on health care. You can appoint someone to make decisions based on your wishes. That person is called a surrogate. He or she has the right to refuse or stop treatment for you in some cases.

It is Evercare policy to let all adult CLTS members know they can do this. Federal law says hospitals, nursing homes, and other providers have to tell you about advance directives. They need to explain your legal choices about medical decisions. The law was made to give you more control.

How do I get an advance directive?

Contact Member Services or your Service Coordinator or call the Aging and Disability Resource Center: **1-800-432-2080**. You

do not have to use the standard form. It may help you decide what you want.

Who has the right to make care decisions?

You do, if you are an adult and able to let providers know your wishes. You say what health care you do not want. This means you give consent before you have treatment or services. You can refuse to give consent if there is health care you do not want.

What if I am unable to let providers know what I want?

You still have some control if you signed an advance directive. You may name someone to make decisions for you. Your doctor must put in your record whether you have an advance directive. If you have not named anyone, your doctor must find a person allowed by law to make decisions.

What are my options for making an advance directive?

Under New Mexico law, you can make these directives:

1) **A Durable Power of Attorney for Health Care** – This lets a person act in your place and make decisions about your care. Unless you say otherwise, this person can give consent or refuse to give consent for your treatment and services. This directive may tell what care you want or do not want. This could include not giving or stopping care if you are in a “terminal condition.” A “terminal condition” is when a patient cannot be cured and will die without treatment. (Two doctors must state this in writing.) A patient is also in a “terminal condition” if in a permanent vegetative state or an irreversible coma.

2) **Instructions for Health Care** – A written statement about health care you want or do not want if you cannot make these decisions. For example, your Instructions can say if you would want to be fed through a tube if you were not conscious and not likely to recover. You may tell doctors to stop or not give treatment to sustain life if you are in a “terminal condition.” You can tell doctors if you want other care to sustain life.

Must my advance directive be followed?

Yes. Your doctor, other providers, and your surrogate must follow your advance directive if they know about it. You should tell them.

Must a lawyer do my advance directive?

No. There are local and national groups that may help you. Be sure any form you use is valid under New Mexico law. You may also tell your doctor in words so he or she can write it down.

Who should have a copy of my advance directive?

Give a copy to your doctor and any health center you enter. If you have a Durable Power of Attorney for Health Care, give a copy to the person you name. You may give a copy to your doctor. You should keep a copy for yourself.

Do I have to make an advance directive?

No. It is up to you. A provider cannot refuse care based on whether you have one.

Can I change or cancel my advance directive?

Yes. If you do, let anyone who has a copy know.

What if I already have an advance directive?

You may want to review it. If it was done in another state, be sure it is valid in New Mexico. A new advance directive replaces any old ones.

Who can legally make health decisions for me if I can't and I have no advance directive?

A court may appoint a guardian for you. Otherwise, your doctor must find a person to make care decisions for you. Your doctor would pick from this list:

1. Your spouse, unless you are legally separated.
2. Another adult in a long-term relationship with you who has shown the care of a spouse (a domestic partner).
3. Your adult child or the majority of your adult children.
4. Your mother or father.
5. Your adult brother or sister.
6. Another adult who has shown special concern for you and knows your values.

If these persons cannot agree, they must go to court to get a guardian. Your doctors can ask the person to swear in writing that he or she has authority.

If your doctor cannot find a person to make care decisions for you, he or she can decide. Your doctor can do this with the approval of an ethics committee or another doctor.

You can keep anyone from making decisions for you by saying so in writing or by telling your provider. If you are able to make your own decisions again (even if someone else did so for a while), your decisions will be followed.

If you need help with advance directives or a Living Will, call Member Services at **1-877-236-0826**. If you are speech or hearing impaired, call **1-888-685-8480**.

Changes in your life

What happens if I have a change in family status?

Contact Member Services at **1-877-236-0826** to let us know. This could be a marriage, divorce, birth of a child, new job, getting other insurance, or other big changes.

What do I have to do if I move?

Contact Member Services at **1-877-236-0826** to let us know. You must also contact your local Income Support Division (ISD) office to let them know.

Can I stay in Evercare if I have changes in my life?

The state decides if you are eligible for CLTS. Evercare is one of your choices in CLTS. We cannot make you leave Evercare due to changes in your life or because you get sick.

Payment for services

Do I need to pay for services?

You do not pay for services covered by CLTS. The only time you pay is when a service is not covered by CLTS or when you get non-emergency service without meeting rules on prior authorization. In these cases, the provider must talk to you first about payment. Even if you fail to pay, you can keep your Medicaid eligibility.

What if I get a bill from my doctor?

If you get a bill from a provider, ask why they are billing you. Give them your CLTS information. You do not have to pay bills that Evercare should pay.

Who do I call if I get a bill?

If you still get a bill, call Member Services at **1-877-236-0826**. Be sure you have your bill when you call.

What information will they need?

You need to tell us who sent the bill, the date of service, the amount and the provider's address and phone. You also need to give your name, ID number, and other information.

What if I have other insurance in addition to Medicaid?

You must report all health insurance information to Medicaid. If your private insurance is canceled, you have new coverage, or have questions, call Member Services at **1-877-236-0826**. Having other insurance does not affect whether you qualify for Medicaid.

Rights and responsibilities

Evercare Coordinated Long-Term Services Member Bill of Rights

I. Member Rights

All members of Evercare's CLTS health plan and/or their legal guardians have rights. These include the **right** to:

- Get a written Member Bill of Rights.
- Be treated fairly and with respect.
- Have health information kept private.
- Get information in another format.
- Take part in health care decisions.
- Be informed about treatment options in a way you can understand.
- Pick a surrogate to help with care decisions.
- Seek a second opinion in the Evercare CLTS network.
Or Evercare will arrange for a second opinion outside the network at no cost. This may be asked for when the member or guardian needs to know more about treatment or thinks the provider is not giving requested care.
- Complain about Evercare and get a quick answer.
- Complain about care and get a quick answer.
- Ask Evercare to look at a complaint again if you are not happy with the first reply.
- Use the New Mexico Human Services Department (NMHSD) fair hearings process without fear of retaliation.
- Pick from providers in the Evercare CLTS network after prior authorization.
- State wishes in advance directives on health care.
- Get medical records in a timely manner.
- Get information on Evercare CLTS, its services, and providers.

- Be free from harassment by Evercare CLTS or its providers in contract disputes.
- Be free from restraint or seclusion as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation.
- Pick an MCO and use rights without harassment.
- Use rights without any effect on the way Evercare, providers or the state treat you.
- Expect that Evercare complies with federal and state laws.
- Get information about coverage and limits.
- Be told what will happen if he or she does not get care.
- Have your doctor ask if you want care. In an emergency, if you can't sign a form, and your health is in danger, the doctor can give care without asking.
- Expect that Evercare will not interfere with you or the doctor or when talking about care.
- Have Evercare help you find another doctor if the doctor won't give care due to moral or religious beliefs.
- Not have any doctor act against you or try to influence you.
- Tell Evercare if someone else should get information or help make decisions about your care.
- Use these rights when you want to.
- Get the services you need as determined by your doctor and Evercare as required by the State of New Mexico.
- Get information on how Evercare does business and how to make an appeal.
- Get all rights under law or rule as a patient in a licensed care facility.
- Know if benefits, services, or provider networks change.
- Get information on deals between Evercare CLTS and its providers which may limit services.
- Have access to providers near where you live or work.
- Get affordable health care with limits on your cost. This includes the right to seek care from a non-network provider. It means you should be told your costs when care is from a non-network provider, or given without required prior authorization.
- Be told why care is denied and allowed to appeal, to make a second appeal and to get help from the state.

II. Member Responsibilities

Members of Evercare CLTS have these **responsibilities**:

- To understand each right under CLTS. To:
 - Understand rights under the CLTS.
 - Ask questions.
- To follow CLTS and Medicaid policies and procedures. To:
 - Learn and follow Evercare and Medicaid rules.
 - Know and check benefits before getting care.
 - Pick a primary care provider.
 - Make changes in a primary care provider in the ways specified by Evercare.
 - Keep appointments.
 - Cancel appointments in advance.
 - Contact the primary care provider first for non-emergency cases. (You do not need to contact your primary care provider for an emergency, family planning, or services from the Indian Health Service.)
 - Get approval from the primary care provider before going to a specialist.
 - Show the member ID card before getting care and keep the ID card safe from another person using it.
 - Use emergency care only for an injury or illness that would threaten life or damage health if not cared for right away.
- To share health information with your doctor and learn about care options. To:
 - Tell the primary care provider about your health.
 - Talk to providers about your needs and ask questions.
 - Help providers get medical records.
 - To give information that Evercare and providers need to provide care.
- To take part in health care, make choices, and maintain your health. To:
 - Work with your provider to decide what health care is best.
 - Understand how the things you do affect your health.
 - Do the best you can to stay healthy.
 - Take part in making treatment goals.
 - Follow the advice of your doctor and be aware of what can happen if you do not.
- To treat all staff with respect and courtesy.
- To tell Evercare of any change in address or phone.

Grievances and appeals

What is a grievance?

A grievance is something you can file when you are not happy with Evercare. A grievance is different than an appeal.

What should I do if I have a grievance?

We want to help. If you have a grievance, call us at **1-877-236-0826**. Member Services can help you file a grievance.

What are the time limits for filing a grievance?

You may file within 90 days of the event you want to complain about. You will get a letter telling what we did about the grievance.

How long will it take to process my grievance?

You will get a letter within 30 days from when it got to Evercare.

Who can process a grievance?

The legal guardian for children or incapacitated adults, a representative as stated in writing, or a provider acting with the member's written permission can file.

What if I do not like how Evercare handles my grievance?

You may also file a grievance with the state by mailing to:

New Mexico Human Services Department
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

What is an appeal?

An appeal is a request for review of an Evercare decision or action. For example, you can file an appeal when a covered service is denied, delayed, limited, or stopped.

Tips for filing an appeal

- You must appeal within 90 days of the date on the denial letter.
- You can start an appeal over the phone or in person. You must also send the appeal in writing.
- You can call Member Services and get help.
- You have the right to continue any service pending the decision if you ask for the hearing within 10 days of the date of decision. If you do not ask within 10 days, your service may be stopped. If you get services during the appeal, but the decision is not in your favor, you may have to pay for those services.

What is an Expedited Appeal?

An expedited appeal is when Evercare or your provider thinks a fast decision is needed due to your health. It is when the time for a regular appeal could risk your health.

Tips for filing an expedited appeal

- Call Member Services.
- We will tell you or your doctor the outcome within three business days.
- We will send a letter telling you and your doctor the outcome.

What happens if Evercare denies the request for an Expedited Appeal?

If an expedited appeal is denied, it goes through the normal process. It will be resolved within 30 days. Evercare will try to tell you that the appeal is not going to be expedited. We will follow up in writing. You may file a grievance about this denial.

Can I ask for a Fair Hearing?

You have the right to ask for a hearing with the state Fair Hearings Bureau. You can ask for a state hearing before, during, after, or instead of an appeal to Evercare.

You can request a hearing by writing to:

Fair Hearings Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

You may also call the Fair Hearings Bureau at **1-505-827-8764** or **1-800-432-6217** (select option 6). You may fax the Fair Hearings Bureau at **1-505-827-8157**.

You have the right to have someone represent you at the hearing.

Fraud and abuse

How do I report misuse of the CLTS Program?

If you think someone has committed waste, abuse, or fraud, you should report it. You may report it without giving your name.

To report waste, abuse or fraud, get as many facts as possible.
Report providers or members to:

Evercare Health Plan
Coordinated Long-Term Services
8220 San Pedro NE, Suite 300
Albuquerque, NM 87113

Member Services **1-877-236-0826**

You can also report to the state Medicaid Fraud Control Unit. This unit is to prevent and fix misuse of Medicaid. Contact them at:

Medicaid Fraud Control Unit of New Mexico
Office of the Attorney General
111 Lomas Blvd. N.W., Suite 300
Albuquerque, NM 87102
Phone: **(505) 222-9080**
Fax: **(505) 222-9008**

When reporting a provider, list:

- Name, address, and phone.
- Name and address of facility.
- Medicaid number of provider and facility is helpful.
- Type of provider.
- Names and numbers of witnesses.
- Dates and summary of events.

When reporting a member, list:

- The person's name.
- The person's date of birth, Social Security or case number, if available.
- The city where the person lives.
- Specific details about the waste, abuse or fraud.

Other information

Evercare wants to hear from our members. We have a Member/ Provider Advisory Council. The council is made of people like you. The council suggests ways we can better serve people in CLTS. Call Member Services at **1-877-236-0826** to learn more or if you would like to be a part of the Council.

As a member of Evercare CLTS you can get:

- Evercare practice guidelines.
- Annual member surveys.
- Summary numbers and outcomes of appeals filed by members.
- The structure of the health plan and doctor incentives.
- Information on provider education, training, certification, and any specialty.
- The process Evercare uses to approve or deny services.
- Information on our quality assurance patterns of services.
- An updated list of providers.
- A copy of the contract between the state and Evercare.

Call Member Services at **1-877-236-0826** to request any of the above items.

Privacy Practices

Protection of Information

UnitedHealth Group has to get and keep information to provide its services. We have security to protect it from loss or misuse. We do audits to ensure safe handling.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective 12/04/07

THIS NOTICE TELLS YOU HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND SHARED.

IT WILL TELL YOU HOW YOU CAN GET COPIES OF YOUR INFORMATION.

READ IT CAREFULLY.

We* must by law protect the privacy of your health information. We must send you this notice. This tells you how we may use information. It tells when we can share it with others.

“Information” in this notice means any information about you that is created or received by a provider or us. It may be about your:

- physical or mental health
- health care
- payment for care

We have the right to change our privacy practices. If we do, we will mail you a notice within 60 days or post on our website www.myuhc.com.

*For purposes of this Notice of Privacy Practices, “we” or “us” refers to the following UnitedHealthcare entities: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of New York, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Arnett HMO, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Dental Benefit Providers of Maryland, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of Texas, L.L.C.; Golden Rule Insurance Company; Great Lakes Health Plan, Inc.; IBA Health and Life Assurance Company; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD-Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health

Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacific Union Dental, Inc.; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; PacifiCare Behavioral Health, Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Insurance Company; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of California; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; PacifiCare of Oklahoma, Inc.; PacifiCare of Oregon, Inc.; PacifiCare of Texas, Inc.; PacifiCare of Washington, Inc.; Rooney Life Insurance Company; Spectera, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; United HealthCare of Alabama, Inc.; United HealthCare of Arizona, Inc.; United HealthCare of Arkansas, Inc.; United HealthCare of Colorado, Inc.; United HealthCare of Florida, Inc.; United HealthCare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; United HealthCare of Kentucky, Ltd.; United HealthCare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; United HealthCare of the Midlands, Inc.; United HealthCare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; United HealthCare of Ohio, Inc.; United HealthCare of Tennessee, Inc.; United HealthCare of Texas, Inc.; United HealthCare of Utah; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; United Behavioral Health; United HealthCare Insurance Company; United HealthCare Insurance Company of Illinois; United HealthCare Insurance Company of New York; United HealthCare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

How we use and share information

We **must** use and share your health information:

- With you or your legal guardian;
- With the Secretary of the Department of Health and Human Services to make sure your privacy is protected; and
- Where required by law.

We have **the right** to use and share health information to pay for your care and to run our business. For example, we may use it:

- To pay premiums and process claims.
- To help providers give you medical care.
- To run our business and manage your care. For example, we may tell your doctor about a program to improve your health.
- To tell you about treatments, programs or health products.
- To give your Plan Sponsor summary health and enrollment information. We might give your Sponsor other information for plan administration if the sponsor agrees to limit its use.
- To give you appointment reminders.

We **may** also use or share your health information:

- With persons involved with your care in an emergency or when you are incapacitated. This may be a family member.
- To report disease outbreaks.
- To report victims of abuse, neglect or domestic violence to the government. This may include a social service or protective service agency.
- For audits by the government, or fraud and abuse investigations.
- In response to legal actions such as a court order, search warrant or subpoena.
- For law enforcement such as to locate a missing person.
- For threats to health and safety. For example, to public health agencies.

- For Government functions such as military and veteran activities, national security and intelligence activities, and the protective services for the President and others.
- For state workers' compensation laws.
- For research on diseases or disabilities.
- For information about the deceased. We may give information to a coroner or medical examiner to identify someone who has died, find cause of death, or as stated by law. We may also give information to funeral directors.
- For organ transplant purposes.

If none of the above apply, **we must get your written permission to share your information**. If stricter laws apply, we try to meet those laws. In some states, your permission is needed to share your information. In many states, your permission may be needed to share highly confidential information. When you give us permission, we cannot guarantee that the person we give it to will not share it. You may revoke your permission, unless we have already acted on it. To revoke the permission, call the number on your ID card.

Highly Confidential Information

Some laws may require extra protection for highly confidential information. "Highly confidential information" may be information under federal law on alcohol and drug abuse. It may be under state laws on:

1. HIV/AIDS;
2. Mental health;
3. Genetic tests;
4. Alcohol and drug abuse;
5. Sexually transmitted diseases and reproductive health information; and
6. Child or adult abuse or neglect, including sexual assault.

At the end of this paper is a summary of state laws about privacy.

Your rights

These are your rights about your information.

- You can ask to limit how we use or share your information for treatment, payment, or health care. You can ask to limit what information is given to family members or others involved in your care. We may have policies about limits on access by dependents. We will try to allow limits when you ask, but we do not have to agree.
- You can ask us to send you private information in another way. (For example, by sending to a P.O. Box instead of your home.)
- You have the right to see and get a copy of health information that may be used to make decisions about you. This includes claims and case or medical records. You can get a summary of this information. You must give us a written request to look at and copy your information. In a few cases, we may deny your request.
- You can ask to change information we have if you think it is wrong or incomplete. If we deny your request, you can have your disagreement added to your information.
- You can get a list of who we have shared your information with for the six years before your request. This list will not include disclosures: (i) collected before April 14, 2003; (ii) for treatment, payment, and health care operations; (iii) to you or authorized by you; and (iv) for law enforcement.
- You have the right to a paper copy of this notice. You can get a copy at our website www.myuhc.com.

Using your rights

- **Contacting your health plan.** If you have questions about this notice or want to ask for anything listed here, call the Customer Service number on your ID card.
- **Filing a complaint.** If you think your privacy rights have been violated, you may file a complaint at:

United Healthcare
Customer Service – Privacy Unit
P.O. Box 740815
Atlanta, GA 30374-0815

You may also notify the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. **We will not take any action against you for filing a complaint.**

FINANCIAL INFORMATION PRIVACY NOTICE

We will protect our enrollees' financial information.**
“Financial information” here means non-health information about an enrollee or applicant that identifies the person, is not publicly available and is obtained to provide health care coverage.

We get financial information about you from:

- Enrollee applications or other forms, such as name, address, age and Social Security number; and
- Information about our enrollee actions with us, our affiliates or others, such as premium payment history.

We do not give out financial information about our enrollees or former enrollees to any third party, except as allowed by law.

We limit access to financial information about our enrollees to employees and providers who manage coverage and service enrollees. We have physical, electronic and procedural safeguards per federal standards to guard the financial information of our enrollees.

**For purposes of this Financial Information Privacy Notice, “we” or “us” refers to the entities listed on the first page of the Notice of Privacy Practices, plus the following UnitedHealthcare affiliates: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; AmeriChoice Health Services, Inc.; Behavioral Health Administrators; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; Exante Bank, Inc.; HealthAllies, Inc.; IBA Self Funded Group, Inc.; Lifemark Corporation; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; Midwest Security Administrators, Inc.; Midwest Security Care, Inc.; National Benefit Resources, Inc.; NPD Dental Services, Inc.; NPD Insurance Company, Inc.; OneNet PPO, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacifiCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; RxSolutions, Inc.; RxSolutions NY IPA, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; Uniprise, Inc.; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Service LLC; United HealthCare Services, Inc.; United Medical Resources, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc.

Summary of state laws on use of certain medical information

This is an overview of state laws that are stricter than the federal HIPAA privacy law. (HIPAA stands for Health Insurance Portability and Accountability Act.)

Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health	
Release of information may be (1) limited; and/or (2) restricted by the patient	HI, MS, NM, NY, NC, OK, VA, WA
Information must go out with a written statement	NM
Insurers must meet requirements	MS
Alcohol and Drug Abuse	
Release of information may be (1) limited; and/or (2) restricted by the patient	GA, HI, KY, MA, NH, OK, VA, WA, WI
Information must go out with a written statement	WI
Insurers must meet requirements	KY, VA
Genetic Information	
Permission is required to release information	CA, HI, KY, LA, RI, TN
Information may only be released in some cases	AZ, CO, FL, GA, HI, IL, MD, MA, MO, NV, NH, NJ, NM, NY, OR, TX, VT
Limits apply to the (1) use; and (2) keeping of information	CO, GA, IL, NV, NJ, NM, OR, VT, WY
Insurers must meet requirements	FL, IL, IN, LA, NV, WY

HIV/ AIDS	
Release of information may be (1) limited; and/or (2) restricted by the patient	AZ, AR, CA, CO, CT, DE, DC, FL, GA, HI, IL, IN, IA, KY, ME, MA, MI, NH, NJ, NM, NY, NC, OH, OK, OR, PA, TX, UT, VA, VT, WA, WV, WI
Information must go out with a written statement	AZ, CT, KY, NM, OR, PA, WV
Limits apply to keeping information	MA, NH
Insurers must meet requirements	AR, DE, FL, IA, MA, NH, PA, UT, VA, VT, WA, WV
Improper disclosure may be subject to penalties	DE
Disclosure to the individual and/or doctor may be required	MA, NH
Mental Health	
Release of information may be (1) limited; and/or (2) restricted by the patient; and/or (3) prohibited	AL, AZ, CA, CO, CT, DC, FL, GA, HI, ID, IL, IN, IA, KY, ME, MA, MD, MI, MN, NM, NY, OK, PA, TN, TX, VT, VA, WA, WV, WI
Information must go out with a written statement	WI
Insurers must meet requirements	IA, KY, ME, MA, NM, TN, VA
Child or Adult Abuse	
Information may only be released in some cases	AL, LA, NM, TN, UT, VA, WI



Manual para miembros de Servicios Coordinados a Largo Plazo (Coordinated Long-Term Services) de New Mexico

Evercare Health Plan
Servicios Coordinados a Largo Plazo
8220 San Pedro NE, Suite 300
Albuquerque, NM 87113

Servicios para Miembros 1-877-236-0826
1-888-685-8480 TTY
De lunes a viernes
De 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Horario estándar de la montaña
(Mountain Standard Time, MST)

www.EvercareHealthPlans.com/NM_CLTS
www.planesdesaludevercare.com

Nombres y números de teléfono

Servicios para Miembros

1-877-236-0826, para acceso con TTY **1-888-685-8480**

Nombre de mi proveedor de atención primaria:

Número de teléfono de mi proveedor de atención primaria:

Mi Coordinador de Servicios:

Número de teléfono de mi Coordinador de Servicios:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAME AL: 911

¡Bienvenido a los Servicios Coordinados a Largo Plazo (Coordinated Long-Term Services, CLTS) de Evercare®!

¡Gracias por elegir Evercare! Le ayudaremos a mantenerse sano y a recibir buena atención. Nos aseguraremos de que reciba la atención que necesita.

Guía para una buena salud

Por favor lea este Manual. Contiene información sobre sus beneficios. Le ayudará a utilizar su plan de salud. Observe su tarjeta de identificación de Evercare. Asegúrese que todo esté correcto. Deseamos lograr que el uso de su plan le resulte fácil. Podemos responder todas las preguntas que tenga.

Si tiene alguna duda, llámenos: nuestro número gratuito es **1-877-236-0826**. Contamos con personas que pueden hablarle en inglés, español o en otros idiomas. Infórmenos si necesita un intérprete. Le comunicaremos con la línea de idiomas de AT&T. Si tiene dificultades del habla o impedimentos auditivos, llame al **1-888-685-8480**. Comuníquese con nosotros si desea obtener este libro en Braille, en letra grande, en audio o en otro idioma.



Para aquellas personas que cuenten con cobertura de Medicare Y de Medicaid.

Si cuenta con los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare y tiene Medicare y Medicaid, lea las notas que tienen una marca. Usted dispone de más opciones con ambos tipos de cobertura. Las notas le informan cómo aprovechar al máximo su cobertura. Si tiene dudas, llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**. Llame al **1-888-685-8480** para el servicio TTY.

Nuestra oficina:

Evercare
4411 The 25 Way, Suite 300
Albuquerque, NM 87109

Horario de atención: de 8 a.m. a 5 p.m.

Número gratuito: **1-877-236-0826**.

Para acceso con TTY: **1-888-685-8480**.

Índice

Dónde encontrar respuestas

Acerca de los Servicios Coordinados a Largo Plazo	1
Si tiene Medicare y Medicaid	1
Su tarjeta de identificación de Evercare	2
Servicios para Miembros	3
Coordinación de servicios	5
Atención primaria	5
Beneficios de atención médica en virtud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo	7
Si vive en una residencia de ancianos	10
Requisitos para obtener servicios	10
Emergencias	11
Citas	12
Cuando se encuentre lejos de su hogar	13
Transporte	13
Para personas que no hablan inglés o tienen impedimentos auditivos	14
Salud de la mujer	14
Directivas anticipadas	15
Cambios en su vida	18
Pago de servicios	19
Derechos y responsabilidades	20
Reclamos y apelaciones	23
Fraude y abuso	25
Otra información	27
Prácticas de privacidad	28

Acerca de los Servicios Coordinados a Largo Plazo

Servicios Coordinados a Largo Plazo (Coordinated Long-Term Services, CLTS) es un programa de atención administrada de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (New Mexico Human Services Department). La atención administrada significa que Nuevo México contrata a una empresa para ayudarle a administrar su atención médica.

El plan de Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare es una opción para los residentes de Nuevo México que cumplen los requisitos. El estado decide si usted los cumple. Si usted cumple con los requisitos de las Exenciones Domiciliarias y Comunitarias para Discapacidades del Desarrollo, Fragilidad Médica o VIH/SIDA de Nuevo México, no puede inscribirse en el plan de Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare.

Evercare está disponible en todo Nuevo México. El plan CLTS de Evercare:

- Ofrece servicios y cobertura médica para ayudarle con su vida diaria.
- Promueve la vida independiente.
- Fomenta los controles médicos.
- Le permite participar en las decisiones.
- Proporciona un Coordinador de Servicios.

El plan de Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare cuenta con una red de proveedores. Para la mayoría de los servicios, usted debe utilizar médicos, hospitales u otros proveedores aprobados por Evercare. Los Servicios para Miembros le pueden ayudar a encontrar proveedores en nuestra red. Puede utilizar cualquier proveedor para emergencias.

Si tiene alguna duda, llámenos: nuestro número gratuito es **1-877-236-0826**.



Si tiene Medicare y Medicaid

Si tiene cobertura de Medicare y de Medicaid, tiene más de una cobertura. Sus beneficios de los Servicios Coordinados a Largo Plazo no cambiarán sus beneficios de Medicare. Su Coordinador de Servicios le ayudará a establecer su atención médica con Medicare o su plan Medicare Advantage.

Si tiene Medicare y los Servicios Coordinados a Largo Plazo, Medicare Parte D cubrirá sus medicamentos. Si tiene

la cobertura normal de Medicare, puede utilizar su médico actual. Puede obtener los servicios de especialidades de Medicare sin la aprobación de los Servicios Coordinados a Largo Plazo.

Trabajaremos con su médico para los servicios que obtiene mediante los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Podemos ayudarle a elegir un médico si no tiene ninguno. Este médico puede establecer sus Servicios Coordinados a Largo Plazo y sus servicios de Medicare. Si se encuentra en un plan Medicare Advantage, su proveedor de atención primaria es su médico de Medicare Advantage.

No tiene que elegir otro proveedor de atención primaria para los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Medicare o su plan Medicare Advantage pagarán sus servicios antes que los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Es posible que los Servicios Coordinados a Largo Plazo cubran algunos servicios que Medicare no cubre.

Lleve su tarjeta de Medicare y su tarjeta de identificación de Evercare a todas las consultas médicas.

Su tarjeta de identificación de Evercare

¿Cuándo y dónde utilizo mi tarjeta de identificación de Evercare?

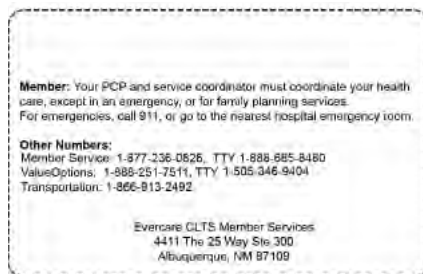
Todas las personas que se inscriben en Evercare para los Servicios Coordinados a Largo Plazo obtienen una tarjeta de identificación. Lleve esta tarjeta cuando visite a su médico. Su tarjeta de identificación proporciona información sobre usted. Evercare le enviará una nueva tarjeta si cambia de médico.

Acerca de su tarjeta de identificación:

Su médico o Coordinador de Servicios debe proporcionar o ayudar con su atención, excepto para los casos de emergencia o los servicios para la mujer. Llame a Evercare al **1-877-236-0826** en un plazo de 24 horas después de ir a la sala de emergencias. Si pierde su tarjeta de identificación, llame a Evercare al **1-877-236-0826**. Asegúrese que su nombre en su tarjeta de identificación sea correcto. Si encuentra errores, llame a Evercare al **1-877-236-0826**.



tarjeta de identificación - frente



tarjeta de identificación - reverso



Si tiene Medicare, el mismo Medicare o su plan Medicare Advantage le brindarán los servicios médicos, hospitalarios, de medicamentos, de laboratorio, de radiografías y otros servicios de atención aguda.

Su tarjeta de identificación de Evercare le indica lo siguiente:

Nombre del miembro: su nombre completo tal como figura en Medicaid.

Número de identificación: su número de Medicaid.

Fecha de vigencia: el primer día en que cumple los requisitos.

Nombre del PCP: su proveedor de atención primaria.

Teléfono del PCP: teléfono de su proveedor de atención primaria.

Requisitos para exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early, Periodic, Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT): requisitos para otros beneficios para clientes menores de 21 años.

Indicador de responsabilidad de terceros (Third Party Liability, TPL): muestra si el miembro cuenta con otro seguro de salud.

Servicios para Miembros

Los Servicios para Miembros de Evercare tienen información sobre:

- Membresía.
- Cómo elegir un proveedor de atención primaria.
- Especialistas, hospitales y otros proveedores.
- Servicios cubiertos.
- Cambiar de médico.
- Cómo presentar una queja.
- Cambios de nombre o dirección.
- Cobertura de Medicaid y Medicare.
- Cómo obtener los servicios de un intérprete.
- Cómo obtener transporte para ir al médico.
- Otras preguntas.

Los Servicios para Miembros pueden brindarle información sobre atención médica, tal como:

- Vivir con una enfermedad crónica.
- Cómo obtener atención del comportamiento.

- Comer alimentos saludables.
- Sexo seguro y control de la natalidad.
- VIH/SIDA.
- Cómo mantener a los niños sanos con los servicios de EPSDT.

Nos complace ayudarle con otros temas. Simplemente llame al **1-877-236-0826**. Si tiene dificultades del habla o impedimentos auditivos, llame al **1-888-685-8480**. Puede llamar las 24 horas del día. Para hacer preguntas médicas puede hablar con alguien en cualquier momento. Para las preguntas no médicas, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Línea de enfermería las 24 horas

Contamos con una línea directa gratuita para que los miembros hablen con un enfermero. La “Línea de enfermería” está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
1-877-725-2552

¿Puedo dejar de tener Evercare como mi plan de salud?

Puede dejar de tener Evercare como su plan de salud en cualquier momento por los siguientes motivos:

- Se muda fuera del área de atención de Evercare.
- Evercare no cubre un servicio que necesita debido a razones religiosas o morales.
- Usted necesita que se le preste más de un tipo de servicio al mismo tiempo y Evercare no cuenta con un proveedor que pueda hacerlo. Otro proveedor debe decir que obtener los servicios en forma separada podría causar daños.
- Otros motivos, incluidos, entre otros, mala calidad de la atención y no contar con proveedores que puedan brindar servicios cubiertos o satisfacer sus necesidades de atención médica.

Puede cambiar de Evercare a un plan de salud diferente en un plazo de 90 días después de inscribirse en Evercare. Sólo puede hacerlo una vez durante esos 90 días.

Si desea dejar de tener Evercare como plan de salud, debe enviar una solicitud oral o por escrito al estado. Puede comunicarse con el estado llamando al **1-877-781-8889**.

Coordinación de servicios

La coordinación de servicios le ayuda a obtener la atención que necesita. Evercare cuenta con Coordinadores de Servicios para todo el que reciba los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Los Coordinadores de Servicios le ayudan a satisfacer sus necesidades de salud.

¿Cómo obtengo un Coordinador de Servicios?

Evercare seleccionará su Coordinador de Servicios. Le informaremos por escrito después de que se haya inscrito en Evercare.

¿Cuándo me reuniré con mi Coordinador de Servicios?

Su Coordinador de Servicios se comunicará con usted cuando se inscriba. Su Coordinador de Servicios se reunirá con usted por lo menos una vez al año.

¿Cómo puedo comunicarme con mi Coordinador de Servicios?

Comuníquese con su Coordinador de Servicios llamando al **1-877-236-0826**. Comuníquese con él o ella cada vez que lo necesite.

¿Qué sucede si deseo un nuevo Coordinador de Servicios?

Si desea cambiar de Coordinador de Servicios, llame a los Servicios para Miembros. Le podemos proporcionar uno nuevo. En algunos casos, necesitaremos asignarle a una nueva persona. De ser así, le informaremos por escrito. Nos aseguraremos que sepa cómo comunicarse con dicha persona.

Atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es un médico, enfermero o clínica que supervisa su atención médica. Coordinan los servicios de un especialista si fuera necesario. Todos los miembros de los Servicios Coordinados a Largo Plazo cuentan con un proveedor de atención primaria. Puede llamarlos las 24 horas del día.

¿Cómo elijo o cambio mi proveedor de atención primaria?

Llame a los Servicios para Miembros para obtener ayuda para elegir un proveedor de atención primaria. Debe elegir uno para los Servicios Coordinados a Largo Plazo si no cuenta con Medicare.

¿Puede un especialista o una clínica ser mi proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria puede ser un médico, un integrante del personal de enfermería o una clínica. Si cuenta con un médico de su agrado, puede continuar visitándolo si ese médico se encuentra en la red de Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare. Si su médico habitual es especialista, es posible que se le permita que sea su proveedor de atención primaria.

¿Cómo obtengo servicios si no tengo un proveedor de atención primaria?

Llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** si necesita atención antes de tener un proveedor de atención primaria. En caso de emergencias llame al **911**.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Puede cambiarlo en cualquier momento. Llame a los Servicios para Miembros para informarles que desea cambiarlo. Si no sabe a qué médico cambiar, le ayudaremos.

¿Se puede rechazar mi solicitud de cambio?

Sí. Si el proveedor de su elección no recibe nuevos pacientes, se puede rechazar su solicitud. Los Servicios para Miembros pueden ayudarle a elegir un nuevo médico. En algunas otras situaciones, es posible que necesite permanecer con un proveedor.

¿Puedo visitar a un médico que no sea mi proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria le ayudará a obtener la atención que necesite. Si desea consultar con otro médico, infórmele a su proveedor de atención primaria o llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**.

¿Qué sucede si no selecciono un proveedor de atención primaria?

Si no lo selecciona en un plazo de 5 días después de inscribirse en los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare, le asignaremos uno. No perderá ninguno de sus beneficios de Medicaid. Tendrá que dirigirse al proveedor seleccionado. Puede cambiar de proveedor en cualquier momento.

Si tiene cobertura de Medicare, no se le asignará un proveedor de atención primaria para los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Puede continuar yendo a su médico de Medicare.





¿Qué necesito llevar a mi consulta médica?

Debe llevar su tarjeta de identificación de Evercare cuando obtiene algún servicio de atención médica. Si tiene Medicare, también lleve su tarjeta de identificación de Medicare.

Beneficios de atención médica en virtud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Los Servicios Coordinados a Largo Plazo pueden brindarle atención **necesaria por razones médicas** si reúne los requisitos.

Necesaria por razones médicas significa atención que:

- (1) Se necesita para prevenir, diagnosticar o tratar afecciones médicas. O atención necesaria para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.
- (2) Se proporciona en el lugar correcto y en la cantidad correcta para las necesidades de salud.
- (3) Es conforme a las normas profesionales y las pautas nacionales.
- (4) Es para las necesidades de salud y no principalmente para la comodidad del miembro, el proveedor o Evercare.

¿Qué servicios puedo obtener?

Los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare cubren los siguientes servicios:

- Atención diurna para adultos.
- Cirugía ambulatoria.
- Anestesia.
- Residencia asistida.
- Audiología.
- Transición comunitaria.
- Odontología.
- Diagnóstico por imágenes y servicios terapéuticos
- Radiología.
- Diálisis.
- Equipo y suministros médicos duraderos.
- Respuesta de emergencia.
- Emergencia.
- Modificaciones ambientales.
- EPSDT (para niños).
- Atención médica a domicilio.
- Comidas de entrega a domicilio.
- Residencia para enfermos terminales.
- Hospital para pacientes ambulatorios.
- Hospital para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio.
- Centros de cuidados para adultos mayores.

- Servicios de nutrición.
- Terapia ocupacional.
- Opción de atención personal.
- Farmacia.
- Salud física.
- Terapia física.
- Interrupción del embarazo.
- Salud preventiva.
- Enfermería privada.
- Dispositivos protésicos y ortopédicos.
- Rehabilitación.
- Salud reproductiva.
- Relevo.
- Basado en la escuela.
- Coordinación de servicios.
- Terapia del habla.
- Telemedicina.
- Trasplante.
- Transporte.
- Visión.

Los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare ofrecen los siguientes servicios además de los que exige el estado:

- Suministros médicos para la atención de heridas
- Comidas de entrega a domicilio
- Coordinación de servicios
- Telemedicina

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**. Su Coordinador de Servicios también puede ayudarle.

¿Proporciona Evercare medicamentos recetados?

Proporcionamos medicamentos recetados y otros servicios de farmacia. Si está en Medicare, la Parte D de Medicare cubrirá sus medicamentos. Evercare cubre muchos medicamentos. Algunas veces, los medicamentos tienen que estar en una lista aprobada. Si su medicamento no figura en la lista, podemos solicitarle a su médico que utilice un medicamento similar. Si paga medicamentos que no figuran en la lista, no le devolveremos el dinero. Comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826** para obtener la lista de medicamentos.



¿Ofrece Evercare beneficios para salud del comportamiento?

Si tiene problemas de drogas o alcohol, puede recibir ayuda. Si se siente muy alterado o no sabe qué hacer cuando la vida es difícil, llámenos al **1-877-236-0826**.

Puede hablar con una persona en inglés, español o en otro idioma. Podemos comunicarle con un traductor. Si tiene

dificultades del habla o impedimentos auditivos, llame al **1-888-685-8480**. Si es una crisis y tiene problemas con el teléfono, llame al **911** o diríjase a una sala de emergencias. ValueOptions proporcionará la mayoría de los beneficios para la salud del comportamiento a través del estado. Podemos trabajar con ellos para brindarle ayuda.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Estos servicios no están incluidos en el paquete de beneficios. El estado reembolsará estos servicios:

- (1) Servicios para centros de atención intermedia para retrasados mentales.
- (2) Servicios de emergencias para extranjeros indocumentados.
- (3) Procedimientos experimentales, tecnologías u otras terapias sin medicamentos.
- (4) Servicios de rehabilitación especiales.
- (5) Servicios de Protección Infantil y administración de casos del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Children, Youth, & Family Department, CYFD).
- (6) Administración de casos de Servicios de Protección de Adultos proporcionado por el Departamento de Personas Mayores y Servicios a Largo Plazo (Aging and Long-Term Services Department, ALTSD).
- (7) Servicios en las escuelas y en los Planes de Educación Individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o los Planes de Servicio Personalizado para Familias (Individualized Family Service Plan, IFSP) para niños menores de 21 años.
- (8) Servicios de Exenciones Domiciliarias y Comunitarias para Personas Frágiles por Razones Médicas, la exención por VIH/SIDA y la exención para personas con Discapacidades de Desarrollo.

¿Tiene Evercare reglas para los proveedores?

Evercare trabaja con los proveedores para mejorar la calidad y asegurarse que usted obtenga la atención correcta. No hacemos que los proveedores atiendan a una cantidad específica de pacientes ni limitamos el tiempo que un proveedor puede pasar con usted.

Servicios para miembros con necesidades de atención médica especiales

Muchas personas en Evercare tienen necesidades especiales. Evercare cuenta con programas para ayudar a las personas con

ciertas afecciones. Comuníquese con su Coordinador de Servicios para obtener más información.

En algunos casos, las personas con necesidades especiales pueden consultar con un especialista sin tener que pedir permiso. Pregúntele a su coordinador de servicios.

Si vive en una residencia de ancianos

¿Qué sucede si vivo en una residencia de ancianos y deseo mudarme?

Queremos ayudarle a vivir en el lugar adecuado para usted. Su Coordinador de Servicios puede ayudarle a considerar mudarse a un nuevo lugar. Algunas personas pueden obtener ayuda para mudarse. Pregúntele a su coordinador de servicios.

Requisitos para obtener servicios

¿Qué significa autorización previa?

Es posible que necesite autorización previa para obtener algunos servicios en virtud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener más información. Usted no necesita autorización previa para emergencias ni para consultar con un médico para la salud de la mujer si está embarazada. No necesita remisiones para ningún servicio.

Es posible que necesite autorización previa para estos servicios:

- Atención diurna para adultos.
- Residencias de ancianos.
- Residencia asistida.
- Terapia ocupacional.
- Transición comunitaria.
- Atención personal.
- Equipo y suministros médicos.
- Terapia física.
- Respuesta de emergencia.
- Enfermería privada.
- Modificaciones ambientales.
- Dispositivos protésicos y ortopédicos.
- Atención médica a domicilio.
- Relevo.
- Comidas de entrega a domicilio.
- Terapia del habla.
- Hospital para pacientes hospitalizados.
- Trasplante.

Comuníquese con los Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la autorización previa.

¿Qué sucede si deseo una segunda opinión?

Puede solicitar una segunda opinión sobre su atención médica. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con su Coordinador de Servicios. También puede comunicarse con los Servicios para Miembros.

Opciones especiales para miembros nativos americanos

Los miembros nativos americanos pueden dirigirse a un centro de atención médica del Indian Health Service (IHS) o una instalación de atención a la salud para tribus. No se necesita remisión ni autorización previa.

Emergencias

¿Qué es atención médica de emergencia y cuán pronto puedo ser atendido?

Si tiene una **EMERGENCIA** debe ser atendido **INMEDIATAMENTE**. Una emergencia significa problemas de salud que necesitan atención inmediata. Ejemplos de emergencia son una lesión, una enfermedad grave repentina o un dolor agudo.

Afección médica de emergencia significa:

Una afección médica con síntomas agudos y tal gravedad (incluido dolor agudo) que un lego con conocimiento promedio de temas de salud podría esperar que la falta de atención médica inmediata diera como resultado:

- (1) Grave riesgo para la salud del paciente.
- (2) Daño grave a las funciones del cuerpo.
- (3) Grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- (4) Desfiguración grave.

Si considera que se necesita atención de emergencia para evitar un daño grave, no necesita comunicarse con Evercare. Debe ir de inmediato.

¿Con quién me comunico en caso de emergencia?

En caso de emergencia, llame al **911**. No necesita la aprobación de Evercare ni de su médico.

¿Adónde voy en caso de emergencia?

Puede utilizar cualquier hospital o proveedor. No necesita la aprobación de Evercare ni de su médico.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

La atención posterior a la estabilización es la atención médica cubierta de Medicaid que usted obtiene después de una emergencia para mantener estable su afección. Evercare pagará estos servicios.

Citas

¿Qué debo hacer si el consultorio de mi médico está cerrado?

Es mejor comunicarse con su médico tan pronto necesite atención médica. No espere hasta la noche o el fin de semana. Es posible que su enfermedad empeore. Si se enferma de noche o durante un fin de semana y no puede esperar, comuníquese con su médico al número que figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Se puede comunicar con proveedores de atención primaria durante las noches o los fines de semana. La “Línea de enfermería” también está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el **1-877-725-2552**. Siempre puede obtener ayuda.

¿Qué es atención médica de urgencia y cuán pronto puedo esperar ser atendido?

Si se encuentra en una situación de **URGENCIA**, debe ser atendido en un plazo de **24 HORAS** después de informarle a Evercare o a su médico. La atención de urgencia es para problemas repentinos que no son emergencias. Necesita acudir a un médico pronto para evitar empeorar. Quemaduras, heridas y enfermedades como la gripe son ejemplos de atención de urgencia.

¿Cuán pronto puedo ser atendido si estoy enfermo pero no es una emergencia?

Su médico debe verlo tan pronto pueda. El número de teléfono de su médico se encuentra en la parte delantera de su tarjeta de identificación.

¿Qué es atención médica de rutina y cuán pronto puedo ser atendido?

Si necesita atención de **RUTINA**, su médico debe verlo tan pronto pueda. Siempre debe ser dentro de un plazo de **30 DÍAS**. La atención de rutina evita problemas y lo mantiene sano. Las mamografías, los exámenes de Papanicolaou y los exámenes de próstata son ejemplos de atención de rutina. Si necesita ayuda para pedir una cita, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**.

¿Cuán pronto puedo ser atendido cuando necesite consultar a un especialista?

Un especialista es un médico que trata un problema en especial, por ejemplo, un podólogo o un cardiólogo. Es posible que su médico quiera que consulte con un especialista. Un especialista debe verlo en un plazo de 21 días.

Cuando usted consulte a un especialista:

- Puede ir directamente a proveedores de planificación familiar, tal como un obstetra o ginecólogo. No necesita la aprobación de Evercare ni de su médico.
- Solicite con tiempo una cita.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para Miembros.

Cuando se encuentre lejos de su hogar

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad?

Cuando se enferma viajando puede obtener ayuda médica, aun si se encuentra fuera de Nuevo México. Para obtener ayuda:

- Llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**. El número figura al dorso de su tarjeta de identificación de Evercare.
- Si necesita ser tratado inmediatamente, diríjase a la sala de emergencia más cercana.
- Puede comunicarse con la “Línea de enfermería” en cualquier momento, aun si se encuentra lejos de su hogar.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

Si se encuentra en otro país y se enferma, no tendrá cobertura para su atención.

Transporte

Cómo voy al consultorio del médico?

Si no cuenta con ningún medio para ir al médico, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**. Podemos ayudarle a obtener transporte. Llame para solicitar transporte tan pronto como pida su cita o al menos con una semana de anticipación. Debe tener una cita médica.

Para personas que no hablan inglés o tienen impedimentos auditivos

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico?

Usted tiene derecho a hablar con su médico y Coordinador de Servicios en el idioma que prefiera. **No existen cargos por este servicio. También puede obtener materiales escritos en otros formatos.**

¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete?

Si necesita un intérprete, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**. Si tiene dificultades auditivas, llame al **1-888-685-8480**. Llame tan pronto pida su cita o al menos con 24 de anticipación.

¿Cómo puedo obtener un intérprete en los consultorios de los proveedores?

Los intérpretes pueden reunirse con usted en el consultorio de su médico y ayudarlo a hablar en su idioma. Llame a los Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**.

Salud de la mujer

¿Qué sucede si necesito un obstetra/ginecólogo?

Evercare limita sus obstetras/ginecólogos a la misma red que la de su proveedor de atención primaria.

Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo sin antes consultar con su médico. Esto se denomina “acceso directo”.

El acceso a un obstetra/ginecólogo incluye:

- Un control de buena salud femenina por año.
- Atención durante el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.

Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener ayuda para seleccionar un obstetra/ginecólogo.

¿Puedo mantener a mi obstetra/ginecólogo aun si no se encuentra en la red de Evercare?

No necesita seleccionar a un obstetra/ginecólogo en la red de Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare si cuenta con Medicare. Si no tiene Medicare, debe seleccionar de la red de



los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Si le faltan menos de 12 semanas para tener a su bebé, puede permanecer con el obstetra/ginecólogo que está consultando. Puede permanecer con este médico durante sus consultas posteriores al parto.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener ayuda o seleccione del directorio de proveedores.

Si no selecciono a un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí.

¿Necesitaré una remisión para un obstetra/ginecólogo?

No.

¿Qué sucede si estoy embarazada?

Comuníquese con su proveedor de atención primaria. El nombre y el número de teléfono se encuentran en su tarjeta de identificación. Comuníquese con los Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a decidir sobre su salud. Puede rechazar el tratamiento. Puede decidir antes de estar demasiado enfermo.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?

Puede escribir una directiva anticipada antes de enfermarse. En una directiva anticipada para la atención médica, usted informa qué atención desea.

¿Qué son las directivas anticipadas para la atención médica?

Todas las personas adultas que se encuentren en hospitales, residencias de ancianos y otros establecimientos de atención médica cuentan con derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la privacidad de sus registros. Usted tiene derecho a saber la atención médica que recibirá. Según la ley federal, usted puede escribir una directiva anticipada. Le permite establecer sus deseos sobre la atención médica. Puede designar a una persona para decidir con base en sus deseos. Esa persona se denomina “sustituta”. Esta persona tiene derecho a rechazar o detener el tratamiento para usted en algunos casos.

Es política de Evercare permitir que todos los miembros adultos de los Servicios Coordinados a Largo Plazo sepan que pueden hacer esto. La ley federal dice que los hospitales, las residencias de ancianos y otros proveedores deben informarle sobre las directivas anticipadas. Necesitan explicarle sus opciones legales sobre las decisiones médicas. La ley se creó para proporcionarle más control a usted.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Comuníquese con los Servicios para Miembros o con su Coordinador de Servicios o llame al Centro de Recursos para Discapacitados y Personas Mayores al **1-800-432-2080**. No tiene que utilizar el formulario estándar. Puede ayudarle a decidir lo que quiere.

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?

Usted, si es adulto y puede informar a los proveedores sus deseos. Usted expresa la atención médica que no desea. Esto significa que usted da su consentimiento antes de recibir un tratamiento o los servicios. Puede negarse a dar su consentimiento si existiera una atención médica que no desea.

¿Qué sucede si no puedo informar a los proveedores lo que deseo?

Igualmente tiene cierto control si ha firmado una directiva anticipada. Puede designar a una persona para que tome las decisiones por usted. Su médico debe colocar en su registro si usted cuenta o no con una directiva anticipada. Si no ha designado a nadie, su médico debe buscar una persona autorizada por ley para tomar decisiones.

¿Cuáles son mis opciones para presentar una directiva anticipada?

Conforme a la ley de Nuevo México, usted puede escoger entre estas directivas:

- 1) **Un poder legal para la atención médica.** Esto le permite a una persona actuar en su lugar y tomar decisiones sobre su atención médica. Salvo que exprese lo contrario, esta persona puede dar su consentimiento o negarse a darlo para su tratamiento y sus servicios. Esta directiva puede informar la atención médica que usted desea o no. Esto podría incluir no proporcionar atención médica o detenerla si se encuentra en “estado terminal”. El “estado terminal” se produce cuando no se puede curar a un paciente y éste morirá si no recibe

tratamiento. (Dos médicos deben declarar esto por escrito). Un paciente también se encuentra en “estado terminal” si se encuentra en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.

2) Instrucciones para la atención médica. Una declaración por escrito sobre la atención médica que desea o no recibir si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, sus instrucciones pueden indicar si usted desea ser alimentado mediante tubos si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Puede ordenar a los médicos interrumpir o no proporcionar tratamiento para mantener la vida si se encuentra en un “estado terminal”. Puede indicarles si desea otra atención médica para mantener la vida.

¿Se debe cumplir con mi directiva anticipada?

Sí. Su médico, otros proveedores y su sustituto deben cumplir con su directiva anticipada si están informados al respecto. Debe informarles.

¿Debe ser un abogado quien escriba mi directiva anticipada?

No. Existen grupos nacionales y locales que pueden ayudarle. Asegúrese que todos los formularios que utilice sean válidos conforme a la ley de Nuevo México. También puede informar a su médico oralmente para que él o ella pueda escribirlo.

¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?

Proporcione una copia a su médico y a todo centro de salud donde ingrese. Si cuenta con un poder legal para la atención médica, proporcione una copia a la persona que designa. Puede proporcionarle una copia a su médico. Debe conservar una copia para usted.

¿Es necesario que realice una directiva anticipada?

No. Depende de usted. Un proveedor no puede negar la atención médica sobre la base de si usted cuenta o no con una directiva anticipada.

¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?

Sí. Si lo hace, informe a las personas que tienen una copia.

¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?

Le recomendamos revisarla. Si se escribió en otro estado, asegúrese que sea válida en Nuevo México. Una nueva directiva anticipada reemplaza toda directiva anterior.

¿Quién puede legalmente tomar decisiones sobre mi salud si yo no pudiera ni tuviera una directiva anticipada?

Un tribunal puede designar un tutor para usted. De lo contrario, su médico tiene que buscar a una persona para que tome las decisiones sobre la atención médica por usted. Su médico seleccionaría de esta lista:

1. Su cónyuge, a menos que esté separado legalmente.
2. Otro adulto que tenga una relación a largo plazo con usted y haya demostrado el afecto de un cónyuge (una pareja de hecho).
3. Su hijo(a) adulto(a) o la mayoría de sus hijos(as) adultos(as).
4. Su madre o padre.
5. Su hermano o hermana adulto.
6. Otro adulto que haya demostrado una preocupación especial por usted y conozca sus valores.

Si estas personas no pueden ponerse de acuerdo, deben ir a un tribunal para obtener un tutor. Sus médicos pueden pedirle a la persona que jure por escrito que tiene autoridad.

Si su médico no puede encontrar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica, el médico puede decidir. Su médico puede hacerlo con la aprobación de un comité de ética o de otro médico.

Usted puede impedir que una persona tome decisiones por usted indicándolo por escrito o informando a su proveedor. Si es capaz de tomar sus propias decisiones nuevamente (aun si otra persona lo hizo durante un tiempo), se obedecerán sus decisiones.

Si necesita ayuda con las directivas anticipadas o con un testamento en vida, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**. Si tiene dificultades del habla o impedimentos auditivos, llame al **1-888-685-8480**.

Cambios en su vida

¿Qué sucede si cambia mi estado familiar?

Comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826** para informarnos al respecto. Esto podría ser un matrimonio, un divorcio, el nacimiento de un hijo, un nuevo empleo, la obtención de otro seguro u otro cambio importante.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826** para informarnos al respecto. También debe comunicarse con su oficina local de la División de Prestación Social (Income Support Division, ISD) para informarle al respecto.

¿Puedo permanecer en Evercare si hay cambios en mi vida?

El estado decide si usted reúne los requisitos para recibir Servicios Coordinados a Largo Plazo. Evercare es una de sus opciones en los Servicios Coordinados a Largo Plazo. No podemos hacer que deje Evercare debido a cambios en su vida o porque se enferma.

Pago de servicios

¿Necesito pagar los servicios?

Usted no paga los servicios cubiertos por los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Solamente paga cuando un servicio no está cubierto por los Servicios Coordinados a Largo Plazo o cuando obtiene servicios que no son de emergencia sin cumplir con las normas de autorización previa. En estos casos, el proveedor debe hablar con usted primero sobre el pago. Aun si no cumple con el pago, puede conservar su elegibilidad para recibir Medicaid.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?

Si recibe una factura de un proveedor, pregúntele por qué le está facturando. Proporcione su información sobre los Servicios Coordinados a Largo Plazo. No debe hacerse cargo de las facturas que le corresponden a Evercare.

¿Con quién me comunico si recibo una factura?

Si aún recibe una factura, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**. Asegúrese de tener su factura cuando llame.

¿Qué información necesitarán?

Necesita informarnos quién envió la factura, la fecha del servicio, el monto y el número de teléfono y la dirección del proveedor. También necesita proporcionar su nombre, número de identificación y otra información.

¿Qué sucede si tengo otro seguro además de Medicaid?

Debe proporcionar toda la información sobre el seguro de salud a Medicaid. Si se cancela su seguro privado, cuenta con una

nueva cobertura o tiene preguntas, comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826**. El hecho de tener otro seguro no afecta sus requisitos para la cobertura de Medicaid.

Derechos y responsabilidades

Declaración de derechos de los miembros de los Servicios Coordinados a Largo Plazo

I. Derechos de los miembros

Todos los miembros del plan de salud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare y/o sus tutores legales tienen **derechos**. Esto incluye el derecho de:

- Obtener una Declaración de derechos de los miembros.
- Ser tratado con imparcialidad y respeto.
- Conservar en privado la información sobre la salud.
- Obtener la información en otro formato.
- Formar parte de las decisiones de atención médica.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento de forma tal que pueda comprenderlas.
- Seleccionar un sustituto para ayudarlo con las decisiones de atención médica.
- Buscar una segunda opinión en la red de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare. O Evercare coordinará la obtención de una segunda opinión fuera de la red sin costo alguno. Es posible que se solicite esto cuando el miembro o el tutor necesitan conocer más sobre el tratamiento o consideran que el proveedor no proporciona la atención médica solicitada.
- Quejarse acerca de Evercare y obtener una respuesta rápida.
- Quejarse acerca de la atención y obtener una respuesta rápida.
- Pedirle a Evercare que revise nuevamente una queja si no está conforme con la primera respuesta.
- Utilizar el proceso de audiencia justa del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (New Mexico Human Services Department, NMHSD), sin miedo a represalias.
- Seleccionar proveedores de la red de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare después de la autorización previa.
- Expresar deseos en directivas anticipadas sobre la atención médica.

- Obtener historias clínicas en forma oportuna.
- Obtener información sobre los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare, sus servicios y proveedores.
- No ser sometido a acoso por parte de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare ni de sus proveedores en controversias relativas a contratos.
- No ser sometido a limitación ni aislamiento como medio de coacción, disciplina, comodidad o represalia.
- Seleccionar una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) y utilizar los derechos sin acoso.
- Utilizar los derechos sin ningún efecto en la forma en que Evercare, los proveedores o el estado lo tratan.
- Esperar que Evercare cumpla con las leyes estatales y federales.
- Obtener información sobre cobertura y límites.
- Recibir información sobre lo que sucederá si no recibe atención médica.
- Que su médico le pregunte si desea atención médica. En una emergencia, si no puede firmar un formulario y su salud corre peligro, el médico puede proporcionar atención médica sin preguntar.
- Esperar que Evercare no interfiera con usted ni con el médico, o cuando se habla sobre la atención médica.
- Que Evercare le ayude a encontrar otro médico si el médico no le proporciona atención debido a creencias religiosas o morales.
- No tener ningún médico que actúe en su contra ni intente influenciarlo.
- Informar a Evercare si alguna otra persona debe obtener información o ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Utilizar estos derechos cuando quiera.
- Obtener los servicios necesarios según lo determinado por su médico y Evercare, conforme a lo requerido por el Estado de Nuevo México.
- Obtener información sobre cómo funciona Evercare y cómo apelar.
- Obtener todos los derechos conforme a la ley o la norma como paciente de un centro de atención autorizado.

- Saber si cambian las redes de proveedores, los servicios o beneficios.
- Obtener información sobre las negociaciones entre los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare y sus proveedores que podrían limitar los servicios.
- Tener acceso a proveedores cerca de donde usted vive o trabaja.
- Obtener atención médica asequible con límites en el costo para usted. Esto incluye el derecho de buscar atención médica de un proveedor que no pertenezca a la red. Eso significa que se le deben informar sus costos cuando la atención médica es de un proveedor que no pertenece a la red o se proporciona sin la autorización previa requerida.
- Recibir información sobre por qué se niega la atención médica, poder apelar, realizar una segunda apelación y obtener ayuda del estado.

II. Responsabilidades de los miembros

Los miembros de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare tienen las siguientes **responsabilidades**:

- Comprender todos los derechos en virtud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Para:
 - Comprender los derechos en virtud de los Servicios Coordinados a Largo Plazo.
 - Formular preguntas.
- Cumplir con las políticas y los procedimientos de los Servicios Coordinados a Largo Plazo y de Medicaid. Para:
 - Conocer y cumplir con las reglas de Evercare y de Medicaid.
 - Conocer y comprobar los beneficios antes de obtener atención médica.
 - Seleccionar un proveedor de atención primaria.
 - Realizar cambios en un proveedor de atención primaria en las formas especificadas por Evercare.
 - Acudir a las citas.
 - Cancelar las citas por adelantado.
 - Comunicarse primero con el proveedor de atención primaria para los casos que no son de emergencia. (No necesita comunicarse con su proveedor de atención primaria para una emergencia, planificación familiar o servicios de Indian Health Service).
 - Obtener aprobación del proveedor de atención primaria antes de consultar con un especialista.

- Mostrar la tarjeta de identificación de miembro antes de obtener atención médica y mantenerla segura para evitar que otra persona la utilice.
- Utilizar la atención de emergencia sólo para una lesión o enfermedad que pondría en peligro la vida o perjudicaría la salud si no se tratase inmediatamente.
- Compartir la información sobre la salud con su médico y obtener información sobre las opciones de atención médica. Para:
 - Informar al proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - Hablar con los proveedores sobre sus necesidades y formular preguntas.
 - Ayudar a los proveedores a obtener historias clínicas.
 - Brindar información que Evercare y los proveedores necesitan para proporcionar atención médica.
- Participar de la atención médica, tomar decisiones y mantener su salud. Para:
 - Trabajar con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica.
 - Comprender cómo las cosas que hace afectan su salud.
 - Hacer lo mejor que pueda para permanecer sano.
 - Participar en el logro de los objetivos del tratamiento.
 - Seguir el consejo de su médico y ser consciente de lo que puede suceder si no lo hace.
- Tratar a todo el personal con respeto y cortesía.
- Informar a Evercare de cualquier cambio en la dirección o el teléfono.

Reclamos y apelaciones

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es algo que puede presentar cuando no está conforme con Evercare. Un reclamo es diferente a una apelación.

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?

Deseamos ayudarle. Si tiene un reclamo, llámenos al **1-877-236-0826**. Los Servicios para Miembros pueden ayudarle a presentar un reclamo.

¿Cuáles son los plazos para presentar un reclamo?

Puede presentarlo en un plazo de 90 días a partir de que se produce el evento del que desea quejarse. Usted recibirá una carta informándole lo que hicimos con respecto al reclamo.

¿Cuánto tiempo tardará procesar mi reclamo?

Recibirá una carta en un plazo de 30 días después de que su reclamo haya llegado a Evercare.

¿Quiénes pueden procesar un reclamo?

Pueden presentar un reclamo el tutor legal de niños o adultos incapacitados, un representante según lo estipulado por escrito o un proveedor que actúe con la autorización por escrito del miembro.

¿Qué sucede si no me gusta cómo Evercare maneja mi reclamo?

También puede presentar un reclamo al estado por correo escribiendo al:

New Mexico Human Services Department
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud de revisión de una decisión o medida de Evercare. Por ejemplo, puede presentar una apelación cuando se niega, retrasa, limita o interrumpe un servicio cubierto.

Consejos para la presentación de una apelación

- Debe apelar en un plazo de 90 días desde la fecha de la carta de denegación.
- Puede iniciar una apelación por teléfono o en persona. También debe enviar la apelación por escrito.
- Puede comunicarse con los Servicios para Miembros para obtener ayuda.
- Tiene derecho a continuar cualquier servicio que tenga mientras se toma la decisión si solicita una audiencia en un plazo de 10 días desde la fecha de la decisión. Si no la solicita en un plazo de 10 días, es posible que se interrumpa su servicio. Si recibe servicios durante la apelación pero la decisión es en su contra, es posible que tenga que pagar dichos servicios.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada es cuando Evercare o su proveedor consideran que se necesita una decisión rápida debido a su salud. Es cuando el tiempo de una apelación habitual podría arriesgar su salud.

Consejos para la presentación de una apelación acelerada

- Comuníquese con los Servicios para Miembros.
- Le informaremos a usted o a su médico el resultado en un plazo de tres días hábiles.
- Le enviaremos una carta informándoles a usted y a su médico el resultado.

¿Qué sucede si Evercare rechaza la solicitud de una apelación acelerada?

Si se rechaza una apelación acelerada, dicha apelación pasa por el proceso normal. Se resolverá en un plazo de 30 días. Evercare intentará informarle que la apelación no será acelerada. Realizaremos un seguimiento por escrito. Usted puede presentar un reclamo sobre esta denegación.

¿Puedo solicitar una audiencia justa?

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia a la Oficina Estatal de Audiencias Justas (Fair Hearings Bureau). Puede solicitar una audiencia estatal antes, durante, después o en lugar de una apelación a Evercare.

Puede solicitar una audiencia por escrito a:

Fair Hearings Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

También puede llamar a Fair Hearings Bureau al **1-505-827-8764** ó **1-800-432-6217** (seleccione la opción 6). Puede enviar un fax a Fair Hearings Bureau al **1-505-827-8157**.

Usted tiene derecho a que una persona le represente en la audiencia.

Fraude y abuso

¿Cómo denuncio el uso incorrecto del programa de Servicios Coordinados a Largo Plazo?

Si considera que una persona ha cometido gastos superfluos, abuso o fraude, debe denunciarla. Puede hacer la denuncia sin proporcionar su nombre.

Para denunciar gastos superfluos, abuso o fraude, obtenga la mayor cantidad de datos posibles. Denuncie a los proveedores o miembros al:

Evercare Health Plan
Coordinated Long-Term Services
8220 San Pedro NE, Suite 300
Albuquerque, NM 87113

Servicios para Miembros **1-877-236-0826**

También puede hacer la denuncia ante la Unidad Estatal de Control de Fraudes de Medicaid (Medicaid Fraud Control Unit). Esta unidad funciona para prevenir y reparar el uso incorrecto de Medicaid. Puede comunicarse con ella en la siguiente dirección:

Medicaid Fraud Control Unit of New Mexico
Office of the Attorney General
111 Lomas Blvd. N.W., Suite 300
Albuquerque, NM 87102
Teléfono: **(505) 222-9080**
Fax: **(505) 222-9008**

Cuando denuncie a un proveedor indique:

- Nombre, dirección y teléfono.
- Nombre y dirección de la instalación.
- El número de Medicaid del proveedor y de la instalación pueden resultar útiles.
- Tipo de proveedor.
- Nombres y números de los testigos.
- Fechas y resumen de los eventos.

Cuando denuncie a un proveedor indique:

- El nombre de la persona.
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso si dispone de éste.
- Ciudad donde vive la persona.
- Detalles específicos sobre el gasto superfluo, abuso o fraude.

Otra información

Evercare desea saber de sus miembros. Contamos con un consejo asesor de miembros y proveedores. El consejo está compuesto por personas como usted. El consejo sugiere formas en que podemos atender mejor a las personas en los Servicios Coordinados a Largo Plazo. Comuníquese con los Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826** para obtener más información si desea formar parte del consejo.

Como miembro de los Servicios Coordinados a Largo Plazo de Evercare, puede obtener:

- Pautas de prácticas de Evercare.
- Encuestas anuales a los miembros.
- Números totales y resultados de apelaciones presentadas por los miembros.
- La estructura del plan de salud y los incentivos de los médicos.
- Información sobre la preparación académica, capacitación, certificación y cualquier especialidad del proveedor.
- El proceso que Evercare utiliza para aprobar o rechazar servicios.
- Información sobre nuestros patrones de control de calidad de los servicios.
- Una lista actualizada de proveedores.
- Una copia del contrato entre el estado y Evercare.

Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-877-236-0826** para solicitar cualquiera de dichos artículos.

Prácticas de privacidad

Protección de la información

UnitedHealth Group tiene que obtener y conservar información para brindar sus servicios. Contamos con seguridad para protegerla de pérdidas o del uso incorrecto. Realizamos auditorías para garantizar el manejo seguro.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 12/04/07

ESTA NOTIFICACIÓN LE INDICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

LE INFORMARÁ CÓMO PUEDE OBTENER COPIAS DE SU INFORMACIÓN.

LÉALA DETENIDAMENTE.

De acuerdo con la ley, nosotros* debemos proteger la privacidad de su información médica. Debemos enviarle esta notificación, que le informa cómo podemos utilizar su información y cuándo podemos compartirla con otros.

“Información” en esta notificación significa cualquier información acerca de usted que sea creada o recibida por un proveedor o por nosotros. Puede ser sobre su:

- salud mental o física
- atención médica
- pago de atención

Tenemos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos por correo una notificación en un plazo de 60 días o lo publicaremos en nuestro sitio web www.myuhc.com.

*A los fines de esta Notificación sobre las Prácticas de Privacidad, “nosotros” o “nos” se refiere a las siguientes entidades de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of New York, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Arnett HMO, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Dental Benefit Providers of Maryland, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of Texas, L.L.C.; Golden Rule Insurance Company; Great Lakes Health Plan, Inc.; IBA Health and Life Assurance Company; MAMSI Life and Health

Insurance Company; MD-Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacific Union Dental, Inc.; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; PacifiCare Behavioral Health, Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Insurance Company; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of California; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; PacifiCare of Oklahoma, Inc.; PacifiCare of Oregon, Inc.; PacifiCare of Texas, Inc.; PacifiCare of Washington, Inc.; Rooney Life Insurance Company; Spectera, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; United HealthCare of Alabama, Inc.; United HealthCare of Arizona, Inc.; United HealthCare of Arkansas, Inc.; United HealthCare of Colorado, Inc.; United HealthCare of Florida, Inc.; United HealthCare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; United HealthCare of Kentucky, Ltd.; United HealthCare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; United HealthCare of the Midlands, Inc.; United HealthCare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; United HealthCare of Ohio, Inc.; United HealthCare of Tennessee, Inc.; United HealthCare of Texas, Inc.; United HealthCare of Utah; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; United Behavioral Health; United HealthCare Insurance Company; United HealthCare Insurance Company of Illinois; United HealthCare Insurance Company of New York; United HealthCare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

Como utilizamos y compartimos la información

Debemos utilizar y compartir su información médica:

- Con usted o su tutor legal;
- Con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para garantizar que se proteja su privacidad; y

- De acuerdo con la ley en vigor.

Tenemos **derecho** a usar y compartir información médica para pagar su atención y dirigir nuestra empresa. Por ejemplo, podemos utilizarla para:

- Pagar primas y procesar reclamaciones.
- Ayudar a que los proveedores le brinden atención médica.
- Dirigir nuestra empresa y administrar su atención. Por ejemplo, podemos informarle a su médico acerca de un programa para mejorar su salud.
- Informarle acerca de tratamientos, programas o productos de salud.
- Brindarle al patrocinador de su plan un resumen de información de inscripción y de salud. Es posible que le brindemos a su patrocinador otra información para la administración del plan si el patrocinador acepta limitar su uso.
- Brindarle recordatorios de citas.

También **podemos** utilizar o compartir su información médica en los siguientes casos:

- Con personas involucradas con su atención en una emergencia o cuando esté incapacitado. Este puede ser un familiar.
- Para informar epidemias de enfermedades.
- Para informar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica a las autoridades. Esto puede incluir un organismo de servicio social o de protección.
- Para auditorías gubernamentales o investigaciones de fraude y abuso.
- En respuesta a acciones legales como una orden judicial, orden de cateo o citación.
- Para cumplir con la ley, como localizar a una persona desaparecida.
- Por amenazas a la salud y a la seguridad. Por ejemplo, a organismos de salud pública.
- Para funciones del gobierno, tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia y los servicios de protección del presidente y otros.
- Para las leyes estatales de compensación del trabajador.
- Para realizar investigaciones sobre enfermedades o discapacidades.
- Para obtener información acerca del difunto. Es posible que brindemos información a un médico forense o inspector

médico para identificar a alguien que haya fallecido, encontrar la causa de muerte o según lo indique la ley. Es posible que también brindemos información a los directivos de las funerarias.

- Con fines de trasplante de órganos.

Si ninguna de las razones indicadas precedentemente corresponde a su caso, **debemos obtener su permiso por escrito para compartir su información**. Si corresponden leyes más estrictas, intentaremos cumplirlas. En algunos estados, es necesario su permiso para compartir su información. En muchos estados, es posible que sea necesario su permiso para compartir información altamente confidencial. Cuando nos da permiso, no podemos garantizar que la persona a quien le brindamos la información no la compartirá. Usted puede revocar su permiso, a menos que ya hayamos actuado según este. Para revocar el permiso, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Información altamente confidencial

Es posible que algunas leyes requieran protección adicional para información altamente confidencial. La “información altamente confidencial” puede ser información protegida por la ley federal sobre el abuso de alcohol y drogas. La siguiente información puede estar protegida por leyes estatales:

1. VIH/SIDA;
2. Salud mental;
3. Pruebas genéticas;
4. Abuso de alcohol y drogas;
5. Enfermedades de transmisión sexual e información sobre salud reproductiva; y
6. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual.

Al final de este documento se encuentra un resumen de las leyes estatales sobre privacidad.

Sus derechos

Estos son sus derechos acerca de su información.

- Puede pedir que se limite la forma en que utilizamos o compartimos su información para el tratamiento, el pago o la atención médica. Puede pedir que limiten qué información se brinda a los familiares o a otros involucrados en su atención. Es posible que tengamos políticas acerca de los límites en el acceso de los dependientes. Intentaremos autorizar los límites cuando usted lo solicite, pero no tenemos la obligación de estar de acuerdo.

- Nos puede pedir que le enviemos información privada de otra forma. (Por ejemplo, enviándola a un apartado postal en lugar de hacerlo a su hogar).
- Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información de salud que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted. Esto incluye reclamos y casos o historias clínicas. Puede obtener un resumen de esta información. Debe brindarnos una solicitud por escrito para revisar y copiar su información. En pocos casos, es posible que rechacemos su solicitud.
- Puede pedir cambiar la información que tenemos si considera que es incorrecta o está incompleta. Si rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información.
- Puede obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información durante los seis años antes de su solicitud. Esta lista no incluirá divulgaciones (i) recabadas antes del 14 de abril de 2003; (ii) para operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica; (iii) para usted o autorizadas por usted; y (iv) para cumplir con la ley.
- Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia en nuestro sitio web www.myuhc.com.

Cómo usar sus derechos

- **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene preguntas acerca de esta notificación o desea solicitar algo que aquí se describa, llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.
- **Cómo presentar una queja.** Si piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a:

United Healthcare
 Customer Service – Privacy Unit
 P.O. Box 740815
 Atlanta, GA 30374-0815

También puede notificar al Secretario del Department of Health and Human Services. **No tomaremos ninguna acción en su contra por haber presentado una queja.**

AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN FINANCIERA

Protegeremos la información financiera de nuestros afiliados.** “Información financiera” aquí significa información no relacionada con la salud acerca de un afiliado o solicitante que

identifique a la persona, que no esté públicamente disponible y se obtenga para proporcionar cobertura de atención médica.

Obtenemos información financiera acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Las solicitudes u otros formularios, como el nombre, la dirección, la edad y el número del seguro social; e
- Información sobre las acciones de nuestros afiliados con nosotros, nuestras filiales u otros, como su historial de pago de las primas.

No proporcionamos información financiera sobre nuestros afiliados o antiguos afiliados a ningún tercero, a menos que esté permitido por la ley.

Limitamos el acceso a la información financiera acerca de nuestros afiliados a los empleados y proveedores que administran la cobertura y prestan servicios a los afiliados. Contamos con controles de seguridad física, electrónica y procesal según estándares federales para resguardar la información financiera de nuestros afiliados.

**A los fines de esta notificación sobre privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades enumeradas en la primera página de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad, y las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; AmeriChoice Health Services, Inc.; Behavioral Health Administrators; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; Exante Bank, Inc.; HealthAllies, Inc.; IBA Self Funded Group, Inc.; Lifemark Corporation; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; Midwest Security Administrators, Inc.; Midwest Security Care, Inc.; National Benefit Resources, Inc.; NPD Dental Services, Inc.; NPD Insurance Company, Inc.; OneNet PPO, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacifiCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; RxSolutions, Inc.; RxSolutions NY IPA, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; Uniprise, Inc.; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Service LLC; United HealthCare Services, Inc.; United Medical Resources, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc.

Resumen de leyes estatales sobre el uso de determinada información médica

Este es un resumen general de las leyes estatales que son más estrictas que las leyes de privacidad HIPAA federales. (HIPAA significa Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos).

Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Es posible que la divulgación de información sea (1) limitada; o (2) restringida por el paciente	HI, MS, NM, NY, NC, OK, VA, WA
La información se debe emitir con una declaración por escrito	NM
Los aseguradores deben cumplir con los requisitos	MS
Abuso de alcohol y drogas	
Es posible que la divulgación de información sea (1) limitada; o (2) restringida por el paciente	GA, HI, KY, MA, NH, OK, VA, WA, WI
La información se debe emitir con una declaración por escrito	WI
Los aseguradores deben cumplir con los requisitos	KY, VA
Información genética	
Se requiere permiso para divulgar información	CA, HI, KY, LA, RI, TN
La información únicamente se puede divulgar en algunos casos	AZ, CO, FL, GA, HI, IL, MD, MA, MO, NV, NH, NJ, NM, NY, OR, TX, VT
Los límites rigen para (1) el uso y (2) la conservación de la información	CO, GA, IL, NV, NJ, NM, OR, VT, WY
Los aseguradores deben cumplir con los requisitos	FL, IL, IN, LA, NV, WY

VIH/SIDA	
Es posible que la divulgación de información sea (1) limitada; o (2) restringida por el paciente	AZ, AR, CA, CO, CT, DE, DC, FL, GA, HI, IL, IN, IA, KY, ME, MA, MI, NH, NJ, NM, NY, NC, OH, OK, OR, PA, TX, UT, VA, VT, WA, WV, WI
La información se debe emitir con una declaración por escrito	AZ, CT, KY, NM, OR, PA, WV
Rigen límites para la conservación de la información	MA, NH
Los aseguradores deben cumplir con los requisitos	AR, DE, FL, IA, MA, NH, PA, UT, VA, VT, WA, WV
La divulgación indebida puede quedar sujeta a multas	DE
Puede requerirse la divulgación al individuo o al médico	MA, NH
Salud mental	
Es posible que la divulgación de información sea (1) limitada; o (2) restringida por el paciente; o (3) prohibida	AL, AZ, CA, CO, CT, DC, FL, GA, HI, ID, IL, IN, IA, KY, ME, MA, MD, MI, MN, NM, NY, OK, PA, TN, TX, VT, VA, WA, WV, WI
La información se debe emitir con una declaración por escrito	WI
Los aseguradores deben cumplir con los requisitos	IA, KY, ME, MA, NM, TN, VA
Abuso de niños o adultos	
La información únicamente se puede divulgar en algunos casos	AL, LA, NM, TN, UT, VA, WI

