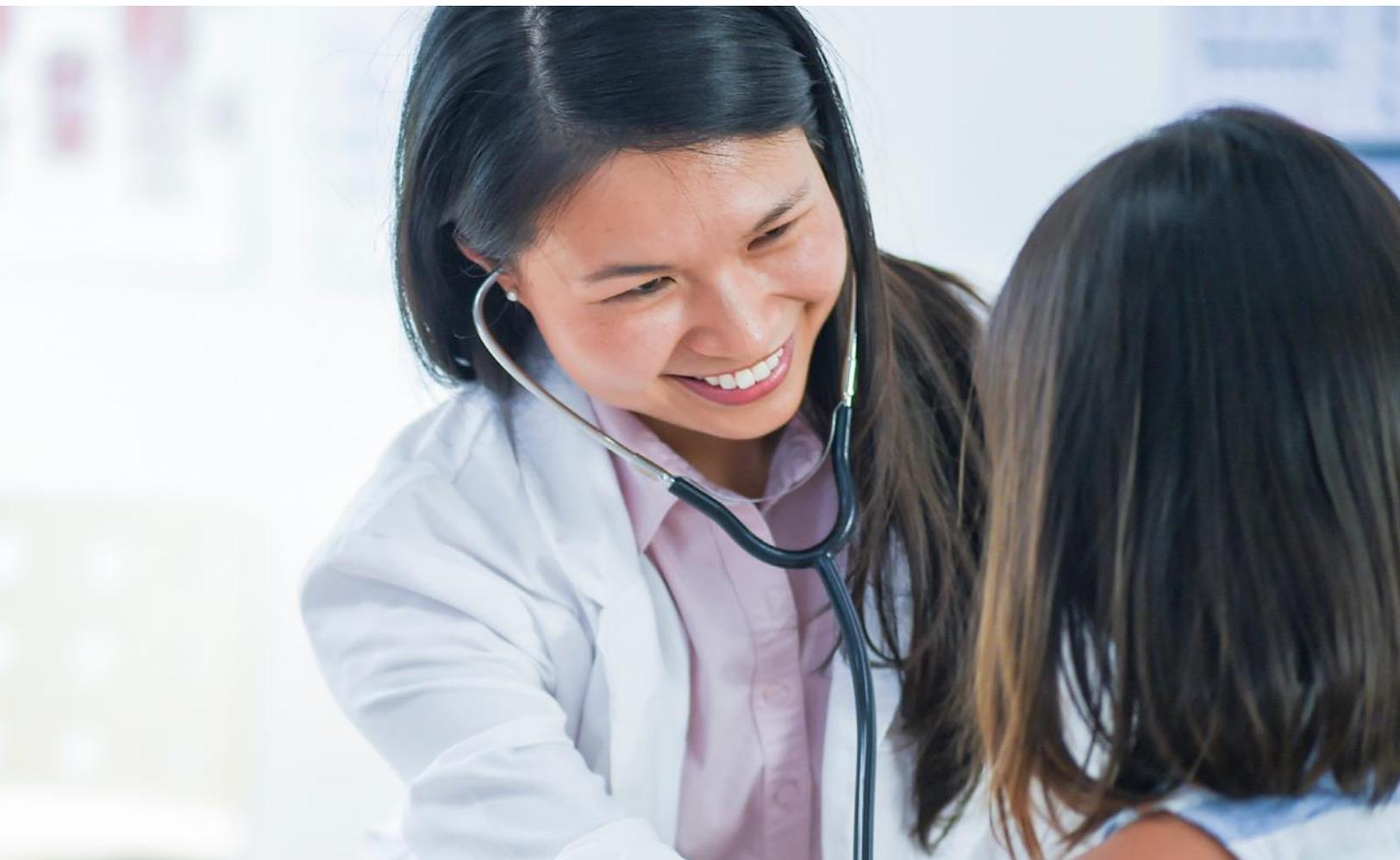


EMPOWER HEALTHCARE SOLUTIONS

# Manual para Miembros

Version 12222021



Empower Healthcare Solutions (Empower) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Empower no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Empower proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-261-1286.

Si cree que Empower no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Quejas y Quejas en:

Empower, Attention: Complaints and Grievance Coordinator –  
Attention Grievance Department  
P.O. Box 211446  
Eagan, MN 55121

Teléfono: 1-866-261-1286; TTY (711)  
Fax: 888-614-5168  
Correo electrónico: [member.service@empowerarkansas.com](mailto:member.service@empowerarkansas.com)

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Quejas y Quejas está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Los formularios de queja están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## ÁRABE/ العربية

توفر Empower خدمات مجانية لمساعدتك على تلبية احتياجاتك. هذا يتضمن:

- مترجمي لغة الإشارة
- مواد مكتوبة بتنسيقات أخرى. يتضمن ذلك مواد ذات الطباعة الكبيرة وصوتية وتنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها.

توفر Empower أيضًا مساعدة ترجمة مجانية. هذا يتضمن:

- المترجمين الفوريين
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 866-261-1286 | الهاتف النصي: 711

## ARMENIO / հայերեն

Empower-ը տրամադրում է անվճար ծառայություններ՝ օգնելու ձեզ հաղորդել ձեր

կարիքների մասին: Սա ներառում է՝

- ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
- գրավոր կոմպյուտերային ձևաչափերով: Սա ներառում է մեծ տպագիր, աուդիո և մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր:

Empower-ը նաև տրամադրում է թարգմանության անվճար օգնություն: Սա ներառում է՝

- թարգմանիչներ
- այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե ունեք այս ծառայությունների կարիք, ապա զանգահարեք Մասնակիցների

սպասարկման բաժին՝ 866-261-1286 | TTY՝ 711

## BENGALÍ / বাংলা

Empower (এমপাওয়ার) আপনাকে আপনার চাহিদা জানাতে সাহায্য করার জন্য বিনামূল্যে সেবা প্রদান করে।

এর মধ্যে রয়েছে:

- সাংকেতিক ভাষার দোভাষী
- অন্যান্য ফরম্যাটে লিখিত উপাদান। এর মধ্যে রয়েছে বৃহৎ মুদ্রণ, অডিও, এবং এক্সেসযোগ্য ইলেকট্রনিক ফরম্যাট।

Empower বিনামূল্যে অনুবাদ সহায়তাও প্রদান করে। এর মধ্যে রয়েছে:

- দোভাষী
- অন্যান্য ভাষায় লিখিত তথ্য

আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয়, তাহলে মেম্বার সার্ভিসে কল করুন 866-261-1286 নম্বরে |

TTY: 711

## CHINO / 繁體中文

Empower 提供免費服務協助您溝通您的需求。其中包括：

- 手語翻譯
- 其他格式的書面材料。其中包括大字型、音訊和可存取的電子格式。

Empower 亦提供免費翻譯協助。其中包括：

- 口譯員
- 以其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電會員服務部，電話：866-261-1286 | TTY（電傳打字機）：711

## FARSI / فارسی

Empower خدمات رایگان ارائه می‌دهد تا به شما کمک کند در مورد نیازهایتان اطلاع‌رسانی کنید. این خدمات شامل موارد زیر است:

- مترجمان زبان اشاره
- منابع مکتوب به فرمت‌های دیگر که شامل حروف بزرگ، فرمت صوتی، و فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی است.

Empower همچنین، خدمات کمکی ترجمه را به صورت رایگان ارائه می‌دهد. این خدمات شامل موارد زیر است:

- مترجمان شفاهی
- اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز داشتید، با مرکز خدمات اعضاء به این شماره تماس بگیرید 866-261-1286 | تله تایپ: 711

## Francés / Français

Empower apporte des services gratuits pour vous permet de communiquer vos besoins.

Cela comprend :

- Les interprètes en langue des signes
- Les documents écrits d'autres formats. Cela comprend les gros caractères, l'audio et les formats électroniques accessibles.

Empower apporte également une aide gratuite à la traduction. Cela comprend :

- Les interprètes
- Informations rédigées dans des langues étrangères.

Si vous avez besoin de ces services, appelez le Centre des services aux membres au 866-261-1286 | Appareils de Télécommunications pour Sourds (ATS) : 711

## ALEMÁN / DEUTSCH

Empower bietet kostenlose Dienste um Ihnen zu helfen, Ihre Bedürfnisse zu kommunizieren. Diese beinhalten:

- Gebärdensprachdolmetscher
- Schriftliches Material in anderen Formaten. Dies umfasst Großdruck-, Audio- und zugängliche elektronische Formate.

Empower bietet auch kostenlose Übersetzungshilfen. Diese beinhalten:

- Dolmetscher
- Schriftliche Informationen in anderen Sprachen

Wenn Sie diese Dienste benötigen, rufen Sie den Mitgliederservice unter 866-261-1286 an | **Schreibtelefon: 711**

## CREOLE HAITIANO / Kreyòl Ayisyen

Empower bay sèvis gratis pou ede ou kominike bezwen ou yo. Sa gen ladan:

- Entèprèt pou langaj siy yo
- Materyèl alekri nan lòt fòm yo. Sa gen ladan gwo karaktè, odyo, ak fòm elektwonik ki aksesib yo.

Empower bay tou tradiksyon gratis pou ede. Sa gen ladan:

- Entèprèt yo
- Enfòmasyon alekri nan lòt lang yo

Si ou bezwen sèvis sa yo, rele Manm Sèvis yo nan 866-261-1286 | TTY: 711

## ITALIANO / Italiano

Empower fornisce servizi gratuiti per aiutarla a comunicare le sue esigenze. Ciò include quanto segue:

- Interpreti per la lingua dei segni
- Materiale scritto in altri formati. Ciò include stampa a caratteri ingranditi, audio e formati elettronici accessibili.

Empower fornisce inoltre servizi di traduzione gratuiti. Ciò include quanto segue:

- Interpreti
- Informazioni scritte in altre lingue

Qualora Le servissero tali servizi, contatti il Servizio assistiti al numero 866-261-1286 | Numero TTY (utenti audiolesi): 711

## JAPONÉS / 日本語

Empowerは、ニーズの伝達に役立つ無料サービスを提供しています。サービス内容:

- 手話通訳
- 資料の他の形式での提供。大きな活字、音声、アクセス可能な電子フォーマットなど。

また、Empowerは、無料の翻訳サービスも提供しています。サービス内容:

- 翻訳者
- 他の言語で書かれた情報

本サービスをご利用になりたい場合は、加入者サービス 866-261-1286 | テキスト電話: 711 までご連絡ください。

## KASHIMIRI / कॉश्मुर

Empower छू मुफ्त खिदमात फ़राहम करन ताकि तोहि हैकिऊ पानिन ज़रूरियात पुर करित। अथ मंज़ छू शामिल:

- ईशारन हुंज़ जबाईन मंज़ मुतरजमीन।
- बाकी फॉर्मेटन मंज़ लिखित मवाद। यथ मंज़ छू शामिल विशाल प्रिंट, ऑडियो तः क्राबिल रसाई इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट्स।

Empower छू मुफ्त अनुवादिच खिदमात तः फ़राहम करन। अथ मंज़ छू शामिल:

- मुतरजमीन।
- बाकी भाषावं मंज़ जानकारी

अगर तोहिय छू यिमन हुंज़ ज़रूरत, कॉल करिऊ सानयं खिदमात मिंबरं 866-261-1286 | TTY: 711

## COREANO / 한국어

Empower는 필요한 사항을 귀하께서 소통하는 데 도움을 드릴 수 있는 무료 서비스를 제공합니다. 포함 사항:

- 수화통역사
- 기타 형식의 서면 자료. 여기엔 큰 활자체, 오디오 및 접속 가능한 전자 형식이 포함됩니다.

Empower는 무료 번역 또한 제공합니다. 포함 사항:

- 통역사
- 기타 언어로 기록된 정보

이러한 서비스가 필요하다면, 가입자 서비스부 전화 866-261-1286 | TTY: 711번으로 전화하십시오.

## **POLACO / Polski**

Empower zapewnia bezpłatne usługi ułatwiające komunikowanie o twoich potrzebach.

Obejmuje to:

- Tłumacze języka migowego

Materiały pisemne w innych formatach. Obejmuje to duży druk, dźwięk i dostępne formaty elektroniczne.

Empower zapewnia również bezpłatną pomoc w tłumaczeniu. Obejmuje to:

- Tłumacze
- Informacje napisane w innych językach

Jeśli potrzebujesz tych usług, zadzwoń do działu obsługi klienta pod numer 866-261-1286 | TTY: 711

## **PORTUGUÉS / Português**

A Empower oferece serviços gratuitos para o ajudar a comunicar as suas necessidades.

Estes incluem:

- Intérpretes de linguagem gestual
- Material escrito em outros formatos. Tal inclui formatos grandes eletrónicos acessíveis, de impressão e de áudio.

A Empower também oferece ajuda de tradução gratuita. Esta inclui:

- Intérpretes
- Informação escrita em outros idiomas

Caso precise destes serviços, entre em contacto com os Serviços para membros ligando para o número 866-261-1286 | Tele-escrita: 711

## **PUNJABI / ਪੰਜਾਬੀ**

Empower ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਸੰਕੇਤਕ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
- ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਸਮੱਗਰੀ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

Empower ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦ ਸਹਾਇਤਾ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
- ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ 866-261-1286 | TTY: 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## **RUSO / Русский**

Empower предоставляет бесплатные услуги, с помощью которых вы всегда сможете сообщить о своих потребностях, в том числе:

- услуги сурдопереводчиков;
- письменную информацию в альтернативных форматах (в т. ч. напечатанную крупным шрифтом, в аудиоформате и доступных электронных форматах).

Empower также предлагает бесплатные услуги перевода, в том числе:

- услуги устных переводчиков;
- письменную информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру

866-261-1286 | Телетайп: 711

## **TAGALOG / Tagalog**

Nagbibigay sa iyo ang Empower ng mga libreng serbisyo para tulungan kang ipakipag-usap ang iyong mga pangangailangan. Kabilang sa mga ito ang:

- Mga interpreter sa wikang pasensyas
- Nasusulat na materyal sa ibang mga format. Kabilang dito ang malalaking letra, audio, at naa-access na mga elektronikong format.

Nagbibigay din ang Empower ng libreng tulong sa pagsasalin. Kabilang sa mga ito ang:

- Mga interpreter
- Impormasyong nakasulat sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong ito, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembre sa 866-261-1286 | TTY: 711

## **VIETNAMITA / Tiếng Việt**

Empower cung cấp các dịch vụ miễn phí để giúp quý vị truyền đạt các nhu cầu của mình.

Điều này bao gồm:

- Thông dịch viên ngôn ngữ tin hiệu
- Tài liệu bằng văn bản ở các định dạng khác. Điều này bao gồm các định dạng chữ in lớn, âm thanh và điện tử có thể truy cập được.

Empower cũng cung cấp trợ giúp dịch thuật miễn phí. Điều này bao gồm:

- Thông dịch viên
- Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 866-261-1286 | TTY (Máy điện báo đánh chữ): 711

## TABLA DE CONTENIDOS

1.	Cómo usar este manual .....	9
2.	Bienvenido a EMPOWER .....	10
3.	INSCRIPCIÓN EN EMPOWER .....	11
4.	AYUDA EN LENGUAJE Y COMUNICACIÓN .....	12
5.	DERECHOS DE LOS MIEMBROS .....	12
6.	RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	14
7.	SERVICIOS CUBIERTOS .....	15
8.	SERVICIOS NO CUBIERTOS .....	18
9.	SELECCIÓN O CAMBIO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	20
10.	ACCESO A LA ATENCIÓN .....	20
11.	CONSEJO ASESOR DEL CONSUMIDOR .....	23
12.	FRAUDE, DESPERDICIO, ABUSO Y PAGO EXCESIVO .....	23
13.	DECLARACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN ARKANSAS/DIRECTIVAS ANTICIPADAS .....	23
14.	QUEJAS DE LOS MIEMBROS, APELACIONES DE QUEJAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES.....	25
15.	DENUNCIA DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN .....	27
16.	AVISO DE PRIVACIDAD.....	28
17.	AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL .....	32
18.	Contactos útiles .....	33

## Cómo usar este manual

Empower está comprometido contigo. Intentamos que sea lo más fácil posible trabajar con nosotros. El Manual del Miembro es su fuente completa de información sobre Empower. Este manual se puede utilizar como una guía para nuestros servicios para miembros. Se puede encontrar en nuestro sitio web.

Nuestro sitio web incluye recursos para usted.

- Actualizaciones de este manual
- Comunicación con los miembros
- Eventos
- Enlaces al portal de miembros

Se puede acceder al sitio web de Empower en

Puede enviar preguntas, comentarios e ideas para este manual a:

### **Empower Care Coordination**

[carecoordination@empowerarkansas.com](mailto:carecoordination@empowerarkansas.com)

(866) 261-1286 | TTY 711

Empower se asegura de que tenga acceso a servicios lingüísticos las veinticuatro (24) horas. Los servicios lingüísticos son gratuitos para usted. Puede solicitar traducción en cualquier idioma. Esto incluye TDD/TTY si tiene problemas de audición o usa el lenguaje de señas americano (ASL).

Los materiales se le entregan en los idiomas solicitados dentro de los veintiún (21) días calendario. Empower puede utilizar un traductor experto para ayudarle a entender los materiales.

Los proveedores contratados de Empower deben proporcionarle un traductor. Empower organizará un traductor cara a cara si es necesario.

Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención para solicitar servicios lingüísticos.

# BIENVENIDO A EMPOWER

Empower está aquí para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Trabajamos con usted y sus médicos. Nuestro objetivo es brindarle los mejores servicios y mejorar su salud. También queremos que usted sea parte de su planificación de atención. Creemos que esto te ayudará a alcanzar tus metas de vida.

Cuando se una a Empower, tendrá un coordinador de atención para ayudarlo con su salud. Su coordinador de atención trabajará con usted y sus médicos. Trabajando juntos, podemos asegurarnos de que tenga la mejor atención. Puede reunirse con su coordinador de atención en persona.

## Sobre Nosotros

Empower está dirigido por seis compañías que trabajan juntas para ayudarlo.

1. Arkansas Community Health Network (ACHN)
2. Beacon Health Options (Beacon)
3. Independent Case Management (ICM):
4. Statera
5. The Arkansas Healthcare Alliance, LLC.
6. Woodruff Health Group, LLC (ARcare/Farmacéutico)

## Nuestra Misión y Valores

### Misión:

Empoderamos a las personas para que lleven vidas más plenas y saludables en el hogar en sus comunidades.

Manteniendo a los miembros en el centro, nos asociamos con proveedores, defensores y la comunidad para ofrecer las soluciones adecuadas para una mejor calidad de vida.

### Valores Corporativos:

Comunidad/ Fomentamos la participación.  
Respeto/ Respetamos a los demás.  
Abogacía / Lideramos con propósito.  
Independencia/ Impulsamos la autosuficiencia. Colaboración/ Nos ganamos la confianza. Recuperación/  
Promovemos el avance. Puede obtener más información sobre nosotros enviando un correo electrónico a su coordinador de atención o enviando un correo electrónico a [empower@empowerarkansas.com](mailto:empower@empowerarkansas.com).  
Compartiremos información sobre

- La estructura, el gobierno y las operaciones de Empower
- Nuestra calidad, rastreada por el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) y el Centro Federal de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Nuestras políticas de no discriminación, respuestas a quejas relacionadas con el acceso a la información y la discriminación
- Cómo ponerse en contacto con nuestro Director de Cumplimiento
- Planes de incentivos para médicos
- Nuestro Consejo Asesor del Consumidor



### Información de contacto

Empower HealthCare Solutions  
PO Box 211446  
Eagan, MN 55121

**Línea gratuita 24/7:** 866-261-1286  
**TTY:** 711

**e-mail:** [empower@empowerarkansas.com](mailto:empower@empowerarkansas.com)

**Website:** [GetEmpowerHealth.com](http://GetEmpowerHealth.com)  
[www.getempowerhealth.com](http://www.getempowerhealth.com)

### 3. INSCRIPCIÓN EN EMPOWER

Empower es una PASSE, o Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por proveedores. PASSE planifica la atención a personas con necesidades especiales de atención médica.

#### Descripción General de PASSE

Una Entidad de Ahorro Compartido de Arkansas dirigida por un proveedor (PASSE) es un programa de Medicaid. Fue creado para mejorar la salud de los habitantes de Arkansas que tienen Medicaid para la salud conductual y las necesidades de discapacidad del desarrollo. El programa PASSE está diseñado para ayudarlo a recibir servicios de sus médicos y de la comunidad. El PASSE quiere que usted sea parte de su tratamiento.

Objetivos del Modelo PASSE:

1. Mejorar la salud de los habitantes de Arkansas que necesitan atención especializada para problemas de salud conductual o discapacidades intelectuales / del desarrollo
2. Vincular a los proveedores de atención de salud física con proveedores especializados de servicios de salud conductual y discapacidades intelectuales / del desarrollo
3. Coordinar la atención de todos los servicios comunitarios para estas personas
4. Permitir flexibilidad en los tipos de servicios ofrecidos
5. Aumentar el número de proveedores de servicios disponibles en la comunidad para servir a estos miembros
6. Reducir el costo de la atención mediante la coordinación y la prestación de atención adecuada y preventiva

El Estado de Arkansas lo inscribió en Empower en función de sus respuestas a la Evaluación Independiente de Arkansas, o ARIA. El ARIA ayuda al DHS a comprender sus necesidades de salud. Póngase en contacto con DHS si desea

saber por qué está ahora en Empower. El número de teléfono es 1-888-987-1200.

Su ID de miembro de Empower incluirá su fecha de inicio. La fecha de inicio dirá "Fecha de entrada en vigor" ('Effective Date') en su tarjeta de identificación de miembro. Puede comenzar a usar sus Servicios de Empower en su fecha de inicio de cobertura.

#### Cuándo Puede Realizar Cambios

Usted tiene derecho a cambiar su plan PASSE. Puede cambiar su plan PASSE:

*Dentro de los primeros 90 días de la inscripción.* Puede cambiar su PASSE en cualquier momento dentro de los primeros 90 días

*Durante la inscripción abierta anual.* Este es un período de 30 días en el que puede cambiar de PASSE. La inscripción abierta es en el otoño. Cualquier cambio realizado entrará en vigencia el primero de enero

*Cuando hay causa.* Puede cambiar su PASSE en cualquier momento si hay "causa". Esto significa que puede cambiar su PASSE si no hacemos

nuestro trabajo. Por ejemplo, cambia por causa si Empower:

- No sigue ciertas reglas del DHS
- No cubre un servicio que necesita debido a razones morales o religiosas
- Proporciona una atención de mala calidad
- No proporciona acceso a los servicios necesarios

Los cambios de PASSE también pueden ocurrir por otras razones. Si cree que hay una causa, llame a la Oficina del Ombudsman del DHS al (844) 843-7351 y siga las indicaciones del menú.

**Para solicitar mudarse a otro plan PASSE, debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas, el Centro de Apoyo al Beneficiario y el Número de Teléfono: 1-833-402-0672.**

### Eliminación del PASSE

Solo DHS puede eliminarlo de Empower. Esto puede suceder si:

- Ya no es elegible para Medicaid
- Vives en algún lugar como un hogar de ancianos
- Necesita servicios que no podemos proporcionar

Si ha sido eliminado, puede volver a unirse si cumple con ciertas reglas.

### Reintegro

Si pierde Medicaid, es posible que no pierda la cobertura si se le restablece dentro del mes. Para ello debes:

- Demuestre al DHS que es elegible.
- Ingresar al sistema DHS antes del último día del mes.

Si se vuelve a inscribir dentro de los 180 días, se reincorporará a Empower. Si se vuelve a inscribir después de 180 días, debe completar una nueva Evaluación Independiente de Arkansas (ARIA). DHS puede entonces inscribirlo nuevamente en un PASSE. Esto puede ser Empower u otro PASSE dependiendo de las reglas del DHS.

## 4. AYUDA EN LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Hablar de sus necesidades es importante. Empower proporciona servicios gratuitos para ayudarle. Esto incluye

- Lenguaje de signos.
- Material escrito en otras formas.

Empower también proporciona ayuda lingüística gratuita. Esto incluye:

- Translator
- Artículos en otros idiomas

### Obtener Lo Que Necesita

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 866-261-1286 | TTY: 711

## 5. DERECHOS DE LOS MIEMBROS

### Información de la Empresa y el Proveedor

Usted tiene derecho a:

Recibir información sobre Empower, incluidos servicios, beneficios, proveedores, derechos y responsabilidades de los miembros y pautas clínicas

### Respeto

Usted tiene derecho a:

- Sea parte de las decisiones sobre sus planes de atención, incluido su derecho a rechazar el tratamiento
- Cumplir con sus directivas anticipadas sin temor a ser tratado injustamente
- Recibir una copia de sus derechos y responsabilidades
- Díganos cuáles cree que deben ser sus derechos y responsabilidades como miembro
- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad sin importar lo que pase
- Haga que cualquier persona que elija hable en su nombre
- Decida quién tomará las decisiones médicas por usted si no puede tomarlas
- Comprenda su Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP) y reciba una copia
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Esté seguro y siéntase seguro donde usted reciba servicios y con las personas que brindan sus servicios
- Vive en un entorno apoyado en la comunidad y ten control sobre tu vida
- Estar protegido en la comunidad
- Estar protegido de la discriminación basada en su salud
- Ejercer sus derechos sin que la calidad de su atención se vea afectada

## Comunicación

Usted tiene derecho a:

- Obtenga información sobre servicios, beneficios, proveedores, pautas de atención y derechos y responsabilidades de los miembros
- Recibir notificación por escrito de los cambios sobre su coordinador de atención dentro de los siete días
- Reciba un manual para miembros poco después de la inscripción
- Recibir instrucciones sobre cómo acceder al directorio de proveedores en [www.getempowerhealth.com](http://www.getempowerhealth.com) poco después de la inscripción.
- Hable con su proveedor sobre sus opciones de tratamiento sin que el costo o la cobertura sean factores
- Conozca los servicios cubiertos, los beneficios y las decisiones sobre el pago de la atención médica, y cómo encontrar estos servicios
- Obtenga información sobre sus propios registros de salud con el consentimiento firmado de manera oportuna
- Proporcionar información a Empower
- Solicite y reciba una copia de sus registros de salud
- Solicite que el proveedor corrija sus registros si cree que hay un error en su registro (o puede escribir una declaración y pedirle al proveedor que la agregue a su registro)
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y hacer que esta información se dé de una manera razonable
- Servicios gratuitos de traducción oral para cualquier material de Empower en cualquier idioma

## Quejas

Usted tiene derecho a:

- Presentar quejas (verbalmente o por escrito) sobre el personal, los servicios o la atención brindada por los proveedores
- Apele si no está de acuerdo con una decisión sobre su atención.

Empower procesa sus derechos de apelación según lo requerido por su plan de beneficios

## Confidencialidad

Usted tiene derecho a:

Mantener su información de salud privada

## Acceso a Atención, Servicios y Beneficios

Usted tiene derecho a:

Recibir atención oportuna de acuerdo con su necesidad de atención  
Elegir un proveedor participante para cualquier servicio para el que sea elegible para recibir bajo su PCSP, incluido su proveedor de atención primaria  
Obtener los servicios de atención médica necesarios y disponibles cubiertos por su plan  
Obtener una segunda opinión por parte de médicos calificados sin costo alguno para el miembro

## Reclamaciones y Facturación

Usted tiene derecho a:

Conocer los hechos sobre cualquier cargo o factura que reciba

## 6. RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Dar información, lo mejor que pueda, a Empower y a sus médicos para que le ayuden a planificar su atención.

Conozca su salud y trabaje con sus médicos para planificar su atención.

Siga los planes de atención que ha acordado.

Comprenda sus beneficios. Esto incluye saber qué está cubierto y qué no está cubierto. Sepa que es posible que deba pagar por servicios que no están en la Lista de Servicios Cubiertos.

Notifique a Empower y a su médico sobre cambios como la dirección, el número de teléfono o el cambio en el seguro.

Elija un proveedor de atención primaria

Comuníquese con su proveedor de salud conductual, si tiene uno, si se enfrenta a una emergencia de salud mental o uso de sustancias.

- Hable con su coordinador de atención al menos una vez al mes para analizar sus necesidades de salud. Asegúrese de que se proporcionen los servicios enumerados en su Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP).
- Si necesita servicios adicionales, comuníquese con su coordinador de atención para actualizar el PCSP.
- Reúnase con su coordinador de atención al menos una vez cada 3 meses para discutir sus necesidades de salud en persona.
- Reúnase con su coordinador de atención y proveedores al menos una vez al año para planificar sus necesidades de salud para crear el PCSP.

## 7. SERVICIOS CUBIERTOS

Empower cubre todos los servicios de Medicaid que son necesarios para usted. Cubrimos los servicios sin costo alguno para usted. Algunos servicios deben ser aprobados por Empower antes de que pueda recibirlos. Su médico se comunicará con Empower para obtener las aprobaciones necesarias. No es necesario que se ponga en contacto con nosotros para obtener una aprobación. Empower no negará servicios debido a un problema moral o religioso. Empower no dará dinero ni recompensas a nuestros médicos por negaciones. Todas las decisiones se basan en la atención que usted necesita. Las decisiones también se basan en su cobertura de beneficios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios avanzados de enfermería y proveedores de Enfermeras Registradas
- Marcapasos y prótesis quirúrgicas internas
- Dispositivos de comunicación aumentativa
- Servicios hospitalarios de rehabilitación ampliados
- Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico para miembros menores de 21 años
- Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para miembros menores de 21 años
- Servicios ambulatorios de salud conductual
- Servicios quiroprácticos
- Equipo médico duradero
- Inyecciones de factor VIII
- Cuidados paliativos
- Terapia ocupacional
- Aparatos ortopédicos y protésicos
- Cuidado personal
- Medicamentos recetados
- Servicios de atención respiratoria
- Terapia de lenguaje
- Fisioterapia
- Servicios de proveedores de enfermería pediátrica o familiar
- Servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de tratamiento diurna del desarrollo (Tratamiento diurna del desarrollo para adultos y Tratamiento diurna de intervención temprana)
- Servicios de centros de salud calificados a nivel federal
- Equipos médicos, suministros y aparatos para uso doméstico
- Servicios de centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios de discapacidad intelectual en un centro de atención intermedia (que no sea una institución para enfermedades mentales)
- Servicios de enfermeras parteras
- Servicios de enfermera anestesista
- Enfermería de servicio privado
- Hospital de acceso crítico
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Servicios de laboratorio óptico
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios médicos
- Servicios de Psicólogo
- Servicios de clínicas de salud rurales
- Consejería para dejar de fumar
- Servicios de ginecólogo obstetra y enfermera ginecológica
- Atención de maternidad y servicios clínicos antes y después del nacimiento
- Servicios de instalaciones de enfermedad renal en etapa terminal
- Audífonos, accesorios y reparaciones para personas menores de 21 años
- Servicios para pacientes hospitalizados psiquiátricos
- Quimioterapia
- Cuidado de la visión
- Servicios de rayos X
- Terapia de quemaduras
- Servicios de fisioterapia proporcionados por una agencia de salud en el hogar
- Diálisis
- Prótesis oculares
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de laboratorio
- Servicios de optometrista
- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios
- Servicios de podólogo
- Radioterapia
- Sillas de ruedas especializadas

### **DetECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS**

Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) es un programa de Medicaid. Este programa es para miembros de Medicaid menores de 21 años. Estos servicios son para asegurarse de que los miembros sean revisados para detectar enfermedades que puedan evitarse o tratarse. Empower hará un seguimiento del progreso de todos los miembros menores de 21 años. También nos comunicaremos para instarle a que se haga pruebas de salud EPSDT. Empower utiliza las Pautas de la Academia Americana de Pediatría. Si se encuentra una enfermedad pero no está cubierta por Medicaid, se puede permitir el tratamiento bajo los Servicios Especiales / Ampliados de EPSDT. El tratamiento debe ser necesario. Las pruebas de salud EPSDT pueden tener sugerencias de atención. Empower se asegurará de que se sigan esas sugerencias.

### **SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Tenemos una red de médicos de planificación familiar donde puede obtener servicios de planificación familiar. Cubrimos el costo de los anticonceptivos. Esto incluye dispositivos anticonceptivos y la colocación o inserción del dispositivo (como DIU e implantes). Puede obtener servicios de cualquier proveedor de planificación familiar calificado. No tiene que estar en nuestra red. Usted no necesita una referencia de su PCP. No es posible que obtenga permiso de Empower para obtener estos servicios.

### **COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Cada miembro de Empower es parte de nuestro programa de Coordinación de Atención. La coordinación de la atención es cuando los equipos de atención médica y nuestro personal trabajan juntos para programar visitas al médico y otros servicios para usted. Usted, su familia / apoyos y sus proveedores ayudan a hacer un PCSP. Su PCSP está hecho para usted. Se asegura de tener un equipo que conozca su idioma, sus antecedentes y su punto de vista.

El Programa de Coordinación de Atención

de Empower trabaja con usted, su proveedor de atención primaria y otros para asegurarse de que reciba beneficios de salud y servicios comunitarios de una manera unificada y centrada en la persona.

Esto incluye:

- Evaluación y planificación de servicios
- Vincularlo a los servicios y al equipo identificado en el PCSP
- Ayudarle a localizar, desarrollar u obtener los servicios y recursos necesarios
- Planificación de servicios con otras agencias, proveedores y familiares o apoyos
- Hacer contactos regulares para promover el uso del PCSP y los recursos de la comunidad
- Verificar el progreso y garantizar que se reciban los servicios
- Proporcionar capacitación, educación y asesoramiento que lo guíe
- Desarrollar un sistema de apoyo que promueva el PCSP

### **SU COORDINADOR DE ATENCIÓN**

Su coordinador de atención es la única persona con la que todos sus médicos pueden hablar. Pueden compartir información sobre sus necesidades de atención.

Su coordinador de atención también:

- Enseñarle más sobre sus necesidades de salud
- Ayudar con cualquier necesidad en tu día a día. Los ejemplos son ayudarlo a comer alimentos saludables y hacer ejercicio.
- Trabajar con proveedores que dan medicamentos
- Hacer un plan de atención con todas sus necesidades de servicio
- Ayudarle a encontrar los servicios que necesita
- Ayudarle a encontrar apoyo en su familia y comunidad
- Ayudarle si está en problemas o en crisis
- Proporcionar orientación y apoyo
- Ayudarle con el papeleo

## **Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad**

Los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus sus familiares) ayudan con las actividades diarias en el hogar. Permiten a los miembros vivir en casa o en un entorno comunitario. Estos servicios pueden ayudarlo a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hospital o hogar de ancianos. Los servicios que se pueden utilizar se encontrarán en el PCSP del miembro.

## **Servicios Adicionales Encontrados en PCSP**

Es su derecho y responsabilidad ayudar a hacer su PCSP. Usted puede ayudar proporcionando información, en la medida de sus posibilidades, que sea necesaria para planificar su atención. Su PCSP enumerará los servicios que puede usar. Esto puede incluir:

- Servicio diurno de rehabilitación para adultos
- Asistencia conductual
- Servicios de apoyo para niños y jóvenes
- Socios de apoyo familiar
- Asesoramiento sobre medicamentos por parte de una enfermera registrada
- Intervención móvil en crisis
- Hospitalización parcial
- Apoyo entre pares
- Socios de apoyo a la recuperación (por abuso de sustancias)
- Programa de reintegración a la comunidad residencial
- Respiro, emergencia y planificado
- Desintoxicación por abuso de sustancias (observacional)
- Empleo de apoyo
- Vivienda de apoyo
- Desarrollo de habilidades de apoyo para la vida
- Comunidades terapéuticas
- Hogares anfitriones terapéuticos

## **Apoyos Comunitarios y de Empleo**

Servicios para aquellos con exenciones de Apoyo Comunitario y de Empleo (CES):

- **Equipo Adaptativo:** equipo y otras herramientas que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar la capacidad de los miembros para realizar tareas y tener trabajos
- **Respiro del Cuidador:** servicios que brindan a los cuidadores un breve descanso del estrés del cuidado
- **Empleo con Apoyo de CES -** Servicios que ofrecen apoyo continuo a los miembros con discapacidades significativas que les ayudan a encontrar y seguir pagando empleos
- **Servicios de Transición** comunitaria: apoyo para los miembros que se mudan de una instalación a una casa privada
- **Consulta** – Servicios, como hablar con un psicólogo o dietista, que ayudan a los miembros, padres, personas legalmente responsables, individuos responsables y proveedores de servicios a llevar a cabo el PCSP del miembro
- **Intervención en Crisis** - Servicios prestados en el hogar del miembro u otro sitio de la comunidad local
- **Modificaciones Ambientales** – Cambios realizados en el hogar del miembro para garantizar la seguridad y el bienestar
- **Suministros Médicos Especializados** - Artículos necesarios para el soporte vital o para hacer frente a las condiciones físicas
- **Vida de Apoyo** - Servicios y actividades que ayudan a los miembros a vivir con éxito en su propio hogar

## 8. SERVICIOS NO CUBIERTOS

A continuación se muestra una lista de algunos de los servicios que Empower no cubre.

- Transporte médico sin emergencia (NET)
- Beneficios dentales dentro del programa capitado de Medicaid
- Servicios escolares proporcionados por empleados de la escuela
- Servicios de centros de enfermería especializada (la Estadía Limitada en Rehabilitación no se considera un servicio excluido de un centro de enfermería especializada)
- Servicios de instalaciones de vida asistida
- Admisiones completas a los servicios del Centro de Desarrollo Humano (HDC); Las estancias de relevo y la admisión condicional en HDC no son servicios excluidos
- Trasplantes
- **Cualquier servicio** que se reciba de un proveedor que no tenga una licencia activa con la División de Servicios Médicos de Arkansas en el momento en que se prestan los servicios.

Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Miembros al 866-261-1286 | TTY: 711

**\*Si un servicio o regulación no aparece en este manual, debe hacer referencia al Manual del Proveedor de Medicaid de Arkansas apropiado, <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/Provider/Docs/Docs.aspx>.**

### APELACIONES DE DECISIONES ADVERSAS

Usted y su proveedor tienen el derecho de solicitar una apelación si no están de acuerdo con una Decisión Adversa. Los Estados Unidos y el Estado de Arkansas tienen leyes que le dan este derecho. Cuando solicita una apelación, le está pidiendo a Empower que vuelva a examinar su atención y tome una decisión diferente. Si aún no está de acuerdo con la decisión de Empower después de su apelación, usted o su proveedor pueden solicitar una audiencia imparcial estatal.

### Quién Puede Apelar

- Usted
- Su padre o tutor legal
- Su abogado
- Su "representante autorizado". Esto significa una persona a la que se le permite hablar por usted. Puede ser alguien que elijas para ayudarte. También puede ser alguien que cuida el dinero de una persona después de que la persona ha muerto.
- El proveedor de la atención que Empower no aprobó

### Cómo Apelar

Puede solicitar una apelación dentro de los 60 días posteriores a la decisión que desea que cambiemos. El tiempo comienza en la fecha de la carta que le enviamos. Si no recibimos su solicitud dentro de los 60 días, es posible que no podamos ver su apelación.

### Puede solicitar una apelación por teléfono, fax, correo o en persona durante el horario de apertura.

- Teléfono:  
(866) 261-1286 TTY 711  
*Por favor, pida hablar con el Departamento de Apelaciones Clínicas.*

#### Importante:

*Si solicita una apelación por teléfono, también debe solicitar la apelación por escrito. Debemos recibir su carta dentro de los 10 días.*

- Correo: Empower Healthcare Solutions  
Attn: Utilization Management Appeals  
P.O. Box 211446  
Eagan, MN 55121
- En persona: Empower Healthcare Solutions  
1401 West Capitol Avenue, Suite 430  
Little Rock, AR 72201

Si necesita ayuda para solicitar una apelación, llame o escriba al Departamento de Apelaciones. Puede usar el número de teléfono y las direcciones anteriores.

### **Lo Que Sucede a Continuación**

Dentro de los 5 días hábiles, Empower le informará que recibimos su apelación.

Usted y su proveedor pueden decirnos por qué cree que debemos aprobar su atención. También puede enviar registros de salud y otra información. Empower hará que un médico diferente examine toda su información. No será la persona que tomó la decisión que quieres que cambiemos. El nuevo médico decidirá si Empower debe cambiar nuestra decisión sobre su atención.

Empower le enviará una carta por correo dentro de los 30 días. La carta le dirá nuestra decisión sobre su apelación. La carta también dirá qué hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión. La fecha en nuestra carta es importante. Su tiempo para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal comienza ese día.

Empower puede darle una "Apelación Acelerada" (apelación rápida) si necesita una decisión más rápida. Debe solicitar una apelación acelerada si cree que esperar 30 días podría resultar en un daño grave a su vida o su salud. Tomaremos una decisión para una apelación acelerada dentro de las 48 horas. Le informaremos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

### **Continuación de los Beneficios**

Usted tiene derecho a seguir recibiendo atención mientras miramos una apelación. Esto se llama "continuación de los beneficios". Solo usted, o su padre o tutor legal, puede solicitar que obtenga la continuación de los beneficios. Empower puede aprobar la atención durante su apelación, pero solo si todas estas cosas son ciertas:

- Usted solicitó la apelación a tiempo.
- La apelación es sobre la atención que ya está recibiendo.
- Empower aprobó la atención antes, y el tiempo que aprobamos aún no se ha agotado.
- Usted apeló porque Empower dijo que debería dejar de recibir la

atención o recibir menos de la atención.

- El tipo correcto de médico ordenó la atención.
- Usted o su padre o tutor legal solicitaron la continuación de los beneficios a tiempo.
- Es posible que tenga que pagar por la atención si Empower no la aprueba.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o cómo solicitar una apelación, llame o escriba al Departamento de Apelaciones. Puede usar el número de teléfono y las direcciones anteriores.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

Usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. Una Audiencia Imparcial Estatal es una oportunidad para que usted hable con un Oficial de Audiencias que trabaja para el Estado de Arkansas. Puede decirle al Oficial de Audiencias por qué cree que nuestra decisión de apelación es incorrecta y por qué su atención debe ser aprobada. El Oficial de Audiencias examinará toda la información y tomará una decisión. Si el Oficial de Audiencias decide que la atención debe ser aprobada, Empower aprobará la atención.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Apelaciones y Audiencias. Su proveedor puede solicitar una audiencia imparcial estatal del Departamento de Salud de Arkansas. Si usted y sus dos solicitan una audiencia imparcial estatal, la audiencia será del Departamento de Salud.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Apelaciones y Audiencias dentro de los 60 días posteriores a que Empower haya tomado una decisión sobre su apelación. El tiempo comienza en la fecha de nuestra carta. Si la Oficina de Apelaciones y Audiencias no recibe su solicitud dentro de los 60 días a partir de esa fecha, es posible que no pueda obtener una Audiencia Imparcial Estatal.

Puede enviar su solicitud por correo a esta dirección.

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

Su proveedor puede solicitar una audiencia imparcial estatal del Departamento de Salud de Arkansas dentro de los 30 días posteriores a que Empower tome una decisión sobre su apelación. El tiempo comienza en la fecha de nuestra carta. Si el Departamento de Salud no recibe la solicitud de su proveedor dentro de los 30 días, es posible que no pueda obtener una audiencia imparcial estatal del Departamento de Salud.

Su proveedor puede enviar la solicitud a esta dirección.

Arkansas Department of Health  
Attn: Medicaid Provider Appeals  
Office  
4815 West Markham Street, Slot 31  
Little Rock, AR 72205

## 9. SELECCIÓN O CAMBIO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Es importante tener un médico que consulte para las necesidades de atención básica. Esto se llama su médico de atención primaria (PCP). Empower puede ayudarlo a elegir o cambiar su PCP. Empower le proporcionará un especialista en salud femenina si es necesario. Puede llamar a Servicio al Cliente al 866-261-1286 | TTY: 711. También puede llamar a su coordinador de atención para obtener ayuda. Los miembros con Medicare también pueden mantener su PCP de Medicare.

## ¿Qué sucede si pierde la elegibilidad de PASSE?

Si todavía tiene Medicaid activo, pero ha sido eliminado del PASSE, regresará a Medicaid de Pago por Servicio.

- Si regresa a Medicaid de Pago por Servicio (a veces denominado "Medicaid Regular"), deberá usar y dar a los proveedores su tarjeta de Medicaid para los servicios en el futuro.
- Deberá comunicarse con ConnectCare al 1-800-275-1131 para asignar un PCP.

## 10. ACCESO A LA ATENCIÓN

Llame primero a su coordinador de atención cuando necesite atención. Puede comunicarse con ellos en cualquier momento. Ellos le ayudarán a administrar su atención.

¿Necesitas un especialista? Su coordinador de atención o PCP puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado. No necesita una referencia de su PCP para acceder a los servicios.

¿Necesita ayuda para hacer una cita? Siempre puede obtener ayuda de su Coordinador de Atención. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarlo. Alcance el Servicio de Atención al Cliente de Empower al 866-261-1286 | TTY: 711

Es importante que usted adice sus citas de atención. Llame a su proveedor de inmediato si tiene que cancelar. Le pedimos que de aviso con al menos 24 horas de anticipación.

### **Contactar a su PCP Después del Horario de Atención, Fines de Semana y Días Festivos**

Todas las oficinas de Empower PCP están disponibles por teléfono después del horario de atención. Llame al consultorio de su PCP y pida hablar con el proveedor de guardia. Puede comunicarse con el servicio de respuesta del proveedor. El servicio le ayudará a ponerse en contacto con un proveedor. Ambos le indicarán cómo obtener atención después de las horas regulares de oficina. Su PCP puede decirle qué hacer a continuación.

### **Atención de Urgencia**

A veces usted necesita atención rápidamente, pero el problema no es potencialmente mortal. La atención de urgencia no es atención de emergencia. Algunos ejemplos son:

- Cortes y rasguños menores
- Resfriados
- Fiebre
- Dolor de oído
- Náuseas y vómitos

¿Necesita atención urgente? Llame a su PCP o coordinador de atención.

### **Atención de Emergencia**

Una emergencia médica es muy grave. Incluso podría ser potencialmente mortal. Una emergencia lo pone en riesgo de sufrir daños graves. En una emergencia, no importa si el proveedor que utiliza está dentro o fuera de la red. No necesita una aprobación para visitar la sala de emergencias. No se necesita una referencia. Empower solo puede pagar a los proveedores que están contratados con Medicaid de Arkansas. El proveedor debe tener una licencia activa en el momento del servicio.

### **Ejemplos de Una Condición de Emergencia**

- Dolores en el pecho
- Sangrado severo
- Envenenamiento
- Problemas respiratorios
- Huesos rotos
- Ideación suicida

### **Lo Que Puede Hacer en Caso de Emergencia**

- Llame al 9-1-1
- Ir al hospital más cercano
- Llame a su coordinador de atención tan pronto como sea posible después

### **Atención Fuera de la Red**

Empower ha construido una gran red de proveedores para atender sus necesidades. Por favor, trate de ver a un proveedor dentro de nuestra red. Debe tener aprobación previa para visitar proveedores fuera de la red. No es posible que tenga que tener una aprobación previa para emergencias. Usted no tiene que tener la aprobación previa para los servicios de planificación familiar. Empower solo puede pagar a los proveedores que están contratados con Medicaid de Arkansas. El proveedor debe tener una licencia activa en el momento del servicio.

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, llame al 866-261-1286 | TTY: 711. También puede buscar proveedores en el sitio web:

- Buscar una función de Búsqueda de Proveedores
- Directorios de Proveedores imprimibles

### Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) definen los estándares de atención para el tratamiento de una afección. Grupos profesionales, como la Asociación Médica Americana (AMA), la Academia Americana de Pediatría (AAP), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP), desarrollan las pautas. Las GPC pueden ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención médica. También pueden ayudar a sus proveedores a tomar buenas decisiones sobre su tratamiento. Ejemplos de estas decisiones pueden ser sobre qué análisis de laboratorio o pruebas necesita o cuánto tiempo debe permanecer en el hospital. Puede encontrar estas GPC en nuestro sitio web en [www.GetEmpowerHealth.com](http://www.GetEmpowerHealth.com). Puede solicitar una copia por escrito de las pautas a su coordinador de atención.

### Surtimiento de Recetas y Servicios de Farmacia

Cubrimos una gama completa de medicamentos recetados. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se llama nuestra **Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)**. Está en nuestro sitio web, [www.GetEmpowerHealth.com](http://www.GetEmpowerHealth.com). A continuación, sitúe el cursor sobre la Pestaña Farmacia. Habrá una lista desplegable. Haga clic en la Lista de Medicamentos Preferidos. También puede encontrar esta lista llamando a Servicios para Miembros al 866-261-1286 | TTY 711.

Cubrimos medicamentos **de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Funcionan igual. Le pedimos que use medicamentos genéricos siempre que sea posible. Los medicamentos genéricos son más baratos que los medicamentos de marca. Es posible que se necesite aprobación previa

para un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Es responsabilidad del proveedor hacer una solicitud de medicamentos a Empower.

A veces, su médico le recetará un medicamento que no está cubierto por la PDL. En este caso, su farmacéutico llamará a su médico para obtener la aprobación para darle un medicamento diferente. Su farmacéutico le dirá si esto se ha hecho.

A continuación se presentan algunas palabras que pueden ayudarlo a aprender cómo obtener su medicamento:

- **Autorización previa (PA):** esta es una solicitud especial hecha por su médico para ver si un medicamento puede ser aprobado.
- **Límite de Cantidad (QL):** este es un límite en la cantidad de un medicamento que obtiene durante un número específico de días para el tratamiento de su afección.
- **Terapia Escalonada (ST):** se trata de usar medicamentos menos costosos que deberían tratarlo antes de "aumentar" a medicamentos más caros.
- **Excepción de PDL:** aquí es cuando es posible que necesite un medicamento que no figura en la PDL

Se necesita una Autorización Previa (PA) cuando:

- Las drogas están por encima del límite de cantidad
- Se prescriben medicamentos de terapia escalonada
- Se prescribe un medicamento de marca cuando puede obtener un medicamento genérico en la PDL
- Un medicamento recetado no aparece en el formulario
- Medicamentos de alto costo de más de \$1,000.00
- Quimioterapia y fármacos inmunosupresores
- Otros medicamentos especializados

Su médico puede hacer solicitudes de autorizaciones previas o excepciones PDL. Su médico nos proporcionará la información necesaria para que su medicamento esté cubierto.

Usted no tiene un copago por medicamentos bajo este programa.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede surtir su receta en cualquier farmacia que esté en nuestra red de proveedores. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de miembro con usted a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando. Puede encontrar cualquier cambio y una lista completa de medicamentos visitando la Lista de Medicamentos Preferidos de Empower. También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-261-1286 | TTY 711 para preguntar sobre un medicamento en particular. A veces, podemos notificarle sobre los cambios en los medicamentos que puede estar tomando.

## 11. CONSEJO ASESOR DEL CONSUMIDOR

Puedes formar parte de nuestro Consejo Asesor del Consumidor. El Consejo se reúne periódicamente. Los miembros del Consejo nos dan su opinión sobre el plan. Esto nos ayuda a aprender sobre las necesidades de los miembros.

Si desea ser parte de nuestro Consejo Asesor del Consumidor, llámenos al 866-261-1286 | TTY: 711 o envíenos un correo electrónico a

## 12. FRAUDE, DESPERDICIO, ABUSO Y PAGO EXCESIVO

Empower cumple con todas las leyes sobre fraude, desperdicio y abuso.

### **Definiciones**

Fraude: Mentir o actuar falsamente por parte de alguien que recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.

Desperdicio: Gasto en atención médica que no es necesario. Esto incluye tratamientos que no funcionarán.

Abuso: Malas prácticas fiscales, comerciales o médicas que resultan en un costo innecesario para Medicaid / Medicare u otros programas.

### **Para denunciar fraude, desperdicio o abuso, comuníquese con:**

Empower Healthcare Solutions, LLC  
Attn: SIU  
P.O. BOX 211446  
Eagan, MN 55121  
Web: [empower.ethix360.com](http://empower.ethix360.com)  
Teléfono: 844-478-0329 | TTY 711  
O

Arkansas Department of Human Services  
Donaghey Plaza, P.O. Box 1437  
Little Rock, AR 72203  
Teléfono: 1-888-987-1200 opción 2

O

Arkansas Office of the Medicaid Inspector General  
323 Center Street, Suite 1200  
Little Rock, AR 72201  
Teléfono: 501-682-8349

## 13. DECLARACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN ARKANSAS/DIRECTIVAS ANTICIPADAS

### **Visión General**

La ley de Arkansas\* le ofrece el derecho de tomar decisiones formales sobre su atención médica. Debe ser un adulto capaz de 18 años o más. Puede escribir una declaración sobre su atención futura. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar algunas formas de atención. Puede usar esta declaración si se enfermó terminalmente. También puedes usar esta declaración si ya no estás consciente.

Puede cambiar o finalizar estas decisiones formales de cualquier manera y en cualquier momento. Puedes hacer esto tan a menudo como desees. La ley no requiere que usted tome ninguna decisión o declaración formal. Los proveedores comprenden su derecho a tomar decisiones formales. Esto no cambiará la calidad de su atención.

Se le debe dar información cuando reciba atención. Esto explicará sus derechos a tomar decisiones formales. La atención puede ser de un hospital, centro de enfermería o hospicio. También puede ser cuando comienza los servicios de salud en el hogar. Bajo la ley federal, los proveedores de Medicaid deben hablar sobre sus decisiones formales. Un proveedor debe seguir su estado de cuenta. Si no pueden, deben tratar de derivarlo a otro médico.

### **Formas de Documentación Sugeridas (Directiva Anticipada)**

La ley de Arkansas tiene dos tipos de documentos escritos. Uno está relacionado con una enfermedad terminal. El otro se relaciona cuando ya no estás consciente para tomar decisiones. Sólo puede utilizar uno de los dos documentos. Puede usar ambos documentos si lo desea. Puede usar sus propias palabras en los documentos. Usted o su apoderado deben firmar estos documentos. Dos personas deben vigilarte firmar tu documento escrito. También deben firmar el documento.

- **Poder notarial duradero para la atención médica:**

Este documento enumera a una persona. Esta persona puede tomar decisiones por ti. Debe compartir este documento con el médico responsable de su atención.

- **Testamento vital:**

Este documento describe sus instrucciones cuando no puede hacerlo. Es posible que esté demasiado enfermo o que ya no esté consciente. Es posible que no pueda tomar decisiones para su propio cuidado. Dos médicos deben estar de acuerdo en que usted ya no puede tomar sus propias decisiones. Este documento se refiere a menudo al uso del tratamiento de mantenimiento de la vida.

Puede obtener ayuda con estos documentos. Su médico o abogado puede ayudarle. Es posible que los formularios estándar no incluyan todas las opciones que puede hacer. Es posible que desee agregar más instrucciones. Por ejemplo, es posible que desee que le den agua y alimentos a través de una sonda de alimentación.

### **Cambiar o Poner Fin a Sus Decisiones Escritas**

Puede cambiar o finalizar su decisión por escrito en cualquier momento, sin importar su condición. Una decisión formal termina cuando usted o su apoderado comparten su deseo con su médico o un testigo. Puede finalizar una decisión por escrito de cualquier manera. Los ejemplos incluyen una declaración escrita u oral, o mediante la destrucción del original y las copias de la declaración.

### **Pasos para Completar una Declaración (Directiva Anticipada) Para Otra Persona**

Los menores pueden obtener ayuda de otra persona. Los adultos que no pueden tomar decisiones de atención médica pueden obtener ayuda de otra persona. Esta persona escribirá el documento en su nombre. La ley de Arkansas establece quién puede firmar la declaración. Puede ser firmado por la primera de las siguientes personas disponibles:

1. Un tutor legal del paciente.
2. Los padres. El paciente es soltero menor de 18 años.
3. El cónyuge del paciente.
4. El hijo o hijos adultos del paciente.
5. Los padres de un paciente mayor de 18 años.
6. El hermano o hermanos adultos del paciente.
7. Personas en lugar de los padres. Esto se llama "in loco parentis" (en lugar de los padres).
8. Los herederos adultos del paciente.

Se sugiere buscar ayuda al escribir un documento para otra persona.

### **Salvaguardias**

La ley de Arkansas ofrece las siguientes protecciones.

1. Un paciente puede continuar tomando decisiones sobre el tratamiento de soporte vital. El paciente debe ser capaz de tomar decisiones.
2. Si la paciente está embarazada, la vida del feto es importante. El cuidado del feto será una prioridad. No se seguirá una declaración si dañará la vida viable del feto.
3. Cualquier médico que no siga sus instrucciones para la atención debe ayudarlo a encontrar otro médico.
4. Es inapropiado exigir una declaración para recibir atención. Usted tiene derecho a tener o no tener una declaración.
5. Una declaración puede ser firmada y compatible en otro estado. Esta declaración también es válida para los propósitos de la ley de Arkansas.

Se sugiere buscar ayuda para comprender mejor estas protecciones.

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

\*\* Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990, Secciones 4206 y 4751 de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1990, P.L.101-508

## **14. QUEJAS DE LOS MIEMBROS, APELACIONES DE QUEJAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES**

### **Quejas**

Empower quiere que seas feliz con la atención que recibes. Usted tiene el derecho de presentar una queja o queja si no está satisfecho con su atención.

Una queja es una reclamación o cuando comparte su descontento sobre los servicios que recibe. También puede decir que no está satisfecho con su proveedor o con Empower. Estos son algunos ejemplos de quejas:

- Su proveedor no devuelve sus llamadas telefónicas
- Usted recibe facturas por servicios que recibió que cree que se supone que Empower debe pagar
- Usted cree que hay un error en su registro médico
- Su proveedor no le permitirá ver su registro ni le dará una copia del mismo
- No está recibiendo servicios que estén en su plan de tratamiento
- El proveedor de su hijo no le contó sobre algo que sucedió y su hijo se lesionó mientras estaba bajo su cuidado

Cuando tenga una inquietud, puede explicárselo a su Coordinador de Atención. Él o ella le pedirá información para ayudarle a presentar una queja. O puede comunicarse con nuestro Departamento de Quejas. Un Coordinador de Quejas le preguntará acerca de sus inquietudes. Revisaremos lo que le sucedió y por qué sucedió. Queremos saber para que no vuelva a suceder. Escucharemos lo que nos has contado. Pediremos ayuda a las personas que puedan ayudarnos. También podemos solicitar sus registros a sus proveedores.

Puede haber un momento en que sienta que no recibió la atención que necesitaba para estar seguro y bien. Decidiremos si su preocupación necesita una revisión adicional como problema. Queremos que sepa que tomamos en serio su preocupación. Podemos revisar sus registros de tratamiento. Podemos revisar los registros y políticas de su proveedor. Podemos entrevistar al personal. También podemos pedirle a un proveedor que tome ciertas medidas para corregir un problema, pero no compartimos estos pasos con los miembros. Nuestro objetivo es que usted reciba la atención que necesita para su bienestar.

Después de presentar una queja, Empower le enviará una carta por correo dentro de los 30 días. La carta explicará nuestra respuesta a su inquietud. La carta también explicará que tiene derecho a apelar, o a pedirnos que reconsideremos nuestra decisión, si no está de acuerdo con ella.

### **APELACIONES DE QUEJAS**

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está de acuerdo con la forma en que resolvemos su queja.

Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de nuestra carta que explica cómo resolvimos su queja.

Cuando solicita una apelación, nos está pidiendo que reconsideremos nuestra resolución. Una persona diferente revisará la apelación. Le enviaremos una carta que explique nuestra decisión. Lo enviaremos dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

También puede solicitar una "Apelación de queja acelerada". Puede solicitar una apelación de queja acelerada si esperar 30 días podría resultar en un daño grave a su vida o su salud. Tomaremos una decisión para una Apelación de Queja Acelerada dentro de las 48 horas y le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

Usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no está satisfecho con nuestra respuesta a su apelación. Una Audiencia Imparcial Estatal es una oportunidad para que usted hable con un Oficial de Audiencias que trabaja para el Estado de Arkansas. Puede explicar por qué cree que nuestra decisión debe cambiarse. El Oficial de Audiencias tomará una decisión sobre nuestra respuesta a su queja y apelación.

Debe solicitar la Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 30 días posteriores a la recepción de nuestra carta que explica nuestra respuesta a su apelación.

Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada. Envíe por correo su solicitud de una audiencia imparcial estatal a:

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

### **Póngase en Contacto con el Departamento de Quejas**

Nuestro objetivo es ayudarlo con cualquier inquietud que pueda tener. Un Coordinador de Quejas puede ayudarlo a presentar una queja o una apelación y puede ayudarlo a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre sus derechos, comuníquese con nuestro Departamento de Quejas por teléfono, correo electrónico, fax, correo postal o en persona:

- Tel: (866) 261-1286 | TTY:711  
*Por favor, pida hablar con alguien en el Departamento de Gestión de Calidad*
- Correo electrónico: [complaintsandgrievance@empowerarkansas.com](mailto:complaintsandgrievance@empowerarkansas.com)
- Correo: Empower Healthcare Solutions  
Attention Quality Department  
P.O. Box 211446  
Eagan, MN 55121
- En persona: Empower Healthcare Solutions  
1401 West Capitol Avenue  
Suite 430  
Little Rock, AR 72201

Si cree que Empower lo ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Empower.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de

Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 868-1019  
(800) 537-7697 (TDD)

### **Los formularios de queja están disponibles en**

<http://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

## **15. DENUNCIA DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN**

El abuso puede ocurrir de muchas maneras. El abuso físico, el abuso emocional o mental y el abuso sexual son algunas formas. La negligencia y la explotación también son formas en que el abuso puede ocurrir.

**El abuso físico** es cuando alguien quiere lastimarte a ti o a otra persona con sus manos, sus pies o un objeto. Algunos ejemplos de abuso físico son:

- puñetazos y patadas
- pellizcar, rascarse y morder
- temblor o asfixia
- escaldado o quemadura
- tirones de pelo
- escupir o arrojarte cosas

**El abuso emocional** incluye cuando alguien:

- sigue gritándole, incluso si no ha hecho nada malo
- dice o hace cosas que te hacen sentir mal contigo mismo
- intenta controlarte
- te pone en situaciones peligrosas
- amenaza o es agresivo y violento con otras personas de su familia
- te impide tener amigos

**El abuso sexual** es cuando alguien es forzado, presionado o engañado para participar en cualquier tipo de actividad sexual con otra persona. Ejemplos de abuso sexual incluyen:

- ser tocado de una manera que no te gusta y o no quieres
- ser forzado a hacer algo sexual o ver a alguien hacer algo sexual
- ser forzado a ver o hacer fotos o videos sexuales
- ser presionado para tener relaciones sexuales con alguien a cambio de obtener algo como dinero o drogas

**La negligencia** es cuando alguien que te está cuidando retiene tus necesidades básicas. Toda persona tiene derecho a que se satisfagan sus necesidades. Las necesidades básicas incluyen:

- tener suficiente para comer y beber
- tener un lugar cálido, seco y cómodo para que vivas y duermas
- tener ropa y zapatos que estén limpios y te mantengan cómodo
- tener ayuda cuando está enfermo o ha sido herido
- tener ayuda con la atención médica y la medicación
- tener protección contra situaciones inseguras

**La explotación** es cuando alguien toma lo que te pertenece. Esto también puede llamarse abuso financiero. Es posible que no sepa que lo están haciendo. Es posible que te hayan engañado para que les des permiso para hacerlo. Alguien puede "estafarse" con su dinero o sus pertenencias o propiedades.

Si usted o alguien que conoce sufre abusos, negligencia o explotación, llame a:

- Línea directa de Abuso Infantil: 1-800-482-5964
- Servicios de Protección para Adultos: 1-800-482-8049

Además, si crees que estás siendo abusado, abandonado o explotado por su proveedor o por alguien que trabaja para Empower, llame a Servicios para Miembros de Empower al 866-261-1286 | TTY 711.

El personal de Empower son "Reporteros Obligatorios" y deben reportar todo sospecha de abuso a la Línea Directa de Abuso Infantil o a los Servicios de Protección para Adultos.

## 16. AVISO DE PRIVACIDAD

El aviso de privacidad de Empower le indica cómo su plan de salud puede usar y compartir su información de salud. También describe cómo puede acceder a su propia información de salud. Por favor, revíselo cuidadosamente.

¿Qué es un Aviso de Prácticas de Privacidad?

Un Aviso de Prácticas de Privacidad, le indica cómo Empower puede usar y compartir su información de salud. Debemos mantener su información de salud privada y segura. Le informaremos si se produce una violación que afecte la privacidad o la seguridad de su información. El aviso también explica cómo puede obtener acceso a su propia información de salud.

¿Qué es la Información de Salud?

Las palabras "información de salud" significan cualquier información que lo identifique. Los ejemplos incluyen su nombre, fecha de nacimiento, detalles sobre la atención médica que recibió o los montos pagados por su atención.

¿Por Qué Me Estás Dando Esto?  
Estamos obligados por ley a darle este aviso. Debemos seguir las prácticas de este aviso. No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

### ¿Quién Sigue Este Aviso?

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y otros profesionales y organizaciones de atención médica que trabajan con Empower siguen este aviso.

### ¿Cómo Podemos Usar y Compartir Su Información de Salud?

Para administrar su tratamiento de atención médica. Usaremos y compartiremos su información de salud para ayudarlo con su atención médica.

**Por Ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento, para que podamos organizar servicios adicionales.

**Por Ejemplo:** Podemos compartir su información de salud con una agencia de servicios que organiza servicios de vivienda de apoyo para la atención médica. Para Operaciones de Atención Médica.

**Para Ayudarnos a Hacer Nuestro Trabajo.** Podemos ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura.

**Por ejemplo:** Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que esté recibiendo buenos servicios.

**Por ejemplo:** Enviamos datos relacionados con su información de salud al estado para demostrar que estamos siguiendo nuestro contrato.

### **Para Pagar Sus Servicios de Salud.**

Usaremos y compartiremos su información de salud a medida que paguemos por sus servicios de salud.

**Por Ejemplo:** Compartimos información sobre usted con su plan de recetas para coordinar el pago de sus recetas. Para administrar su plan. Podemos compartir su información de salud con otras empresas para la administración del plan.

**Por Ejemplo:** Compartimos su información con una compañía de transporte para asegurarnos de que llegue a su cita importante. Con Socios Comerciales. Podemos compartir su información de salud con otra compañía, llamada socio comercial, que contratamos para que nos brinde un servicio o en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial ha acordado por escrito mantener la información de salud privada y segura.

### Formas En Que Podemos Usar o Compartir Su Información de Salud Con Su Permiso

Puede elegir cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos tus instrucciones. Si no puede decirnos su preferencia, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

### **Personas Involucradas en el Pago de Su Atención.**

Podemos compartir su información de salud con sus familiares, amigos u otras personas que participan en su atención médica o que ayudan a pagarla. Tiene derecho a solicitar que no compartamos su información con ciertas personas, pero debe hacérselo saber.

**Información Sobre Beneficios Relacionados con la Salud, Servicios y Alternativas de Tratamiento.** Podemos informarle sobre servicios de salud, productos, posibles tratamientos o alternativas disponibles para usted.

**Información Delicada.** Algunos tipos de información médica son muy delicados. La ley puede requerir que obtengamos su permiso por escrito para compartir esta información. La información médica confidencial puede incluir pruebas genéticas, pruebas de VIH / SIDA, diagnóstico o tratamiento, salud mental, abuso de alcohol y sustancias, agresión sexual o fertilización in vitro. También se requiere su permiso para el uso y el intercambio de notas de psicoterapia.

**Uso de Su Información Para Nuestros Fines de Marketing.** No podemos usar ni divulgar su información de salud con fines de marketing a menos que tengamos su permiso por escrito.

**Venta de Su Información.** No venderemos su información de salud a menos que tengamos su permiso por escrito.

Cómo Debemos Compartir Su Información de Salud

También tenemos que compartir su información en situaciones que ayuden a contribuir al bien público o a la seguridad. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

**Investigación.** Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

**Salud y Seguridad Pública.** Podemos compartir su información de salud por razones de salud pública y seguridad. Por ejemplo:

- Para prevenir o controlar enfermedades
- Para ayudar a informar sobre información sobre productos defectuosos
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos
- Para hacerle saber que puede haber estado expuesto a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección
- A su empleador en ciertos casos limitados

**Abuso y Negligencia.** Es posible que tengamos que compartir su información para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Es probable que le digan que estamos compartiendo esta información con estas agencias.

**Para el Alivio de Desastres.** Podemos compartir su información de salud en una situación de alivio de desastre.

**Prevenir una Amenaza Grave Para la Seguridad.** Podemos usar y compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.

**Cumplir Con la Ley.** Debemos compartir información médica sobre usted cuando las leyes federales o estatales nos exijan hacerlo.

**Como Parte de Procedimientos Legales.** Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o una citación. Solo compartiremos la información indicada en el pedido. Si recibimos cualquier otra solicitud legal, podemos compartir su información médica si se nos informa de que usted lo sabe y no se opone a la divulgación.

**Con la Aplicación de la Ley.** Debemos compartir información médica sobre usted cuando la ley o el proceso judicial nos exijan hacerlo, incluso para lo siguiente:

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- Para obtener información sobre una víctima real o sospechosa de un delito

También podemos compartir información con la policía si creemos que una muerte fue el resultado de un delito o para denunciar delitos en nuestra propiedad o en una emergencia.

### **Durante una Investigación.**

Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si la solicitan como parte de una investigación de una violación de la privacidad.

### **Funciones Gubernamentales**

**Especiales.** Podemos compartir su información de salud con:

- Funcionarios federales autorizados
- Militar
- Para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional
- Para proteger al presidente

### **Forenses, Médicos Forenses y**

**Directores de Funerarias.** Podemos compartir información de salud con un forense o médico forense para identificar a una persona muerta o encontrar la causa de la muerte. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

### **Actividades de Supervisión de la**

**Salud.** Ciertas agencias de salud están a cargo de supervisar los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales o para asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para estos fines.

**Donación de Organos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones a cargo de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

### **Compensación de Trabajadores.**

Podemos compartir su información de salud con agencias o individuos para seguir las leyes de compensación de trabajadores u otros programas similares.

Sus Derechos Con Respecto a Su Información de Salud

### **Tiene Derecho a Solicitar**

**Restricciones.** Tiene derecho a pedirnos que limitemos las formas en que utilizamos y compartimos su información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. No tenemos que ponernos de acuerdo si afectaría su atención. Debe presentar su solicitud por escrito, y debe estar firmada y fechada. Debe describir la información que desea limitar y decirnos quién no debe recibir esta información. Debe enviar su solicitud por escrito a [carecoordination@empowerarkansas.com](mailto:carecoordination@empowerarkansas.com)

Le diremos si estamos de acuerdo con su solicitud o no. Si estamos de acuerdo, seguiremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para tratarlo en una emergencia. Si no estamos de acuerdo, discutiremos nuestras preocupaciones con usted para comprender mejor cómo podemos ayudarlo.

**Usted Tiene Derecho a Obtener Una Copia de Los Registros de Salud y Reclamos.** Tiene derecho a leer u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para ver y obtener copias de su información, debe completar su solicitud por escrito. Le daremos una copia o un resumen de su registro de salud y reclamos dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia de su registro de salud y reclamos, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por los costos de copia, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud.

**Usted Tiene Derecho a Solicitar Cambios.** Puede solicitarnos que cambiemos su información de salud o registro de pago si cree que es incorrecto o incompleto. Debe enviarnos una solicitud por escrito y debe proporcionar la razón por la que desea el cambio. Si no estamos obligados a aceptar el cambio. Si no estamos de acuerdo con el cambio solicitado, le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días. A continuación, puede enviar otra solicitud en desacuerdo con nosotros. Se adjuntará a la información que quería cambiar o corregir.

**Usted Tiene Derecho a Solicitar una Comunicación Confidencial.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos estar de acuerdo si nos dice que estaría en peligro si no seguimos su solicitud.

**Tiene derecho a hacer una solicitud por escrito para obtener una lista de las veces que hemos compartido su información de salud en los últimos seis años.** La lista tendrá con quién la compartimos, la fecha en que se compartió y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y cualquier divulgación que nos haya pedido

que hagamos. Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses. Su solicitud por escrito debe designar un período de tiempo. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos rápidamente una copia en papel.

**Usted Tiene Derecho a Elegir a Alguien Que Actúe Por Usted.** Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Cambios a este Aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad, procedimientos y este Aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si cambiamos este Aviso, el nuevo Aviso se publicará en nuestro sitio web [www.getempowerhealth.com](http://www.getempowerhealth.com).

## 17. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Obtener la mejor atención médica es importante. Compartir su información de salud le ayuda a obtener la mejor atención médica. Empower necesita su información de salud. Sus proveedores necesitan su información de salud. Los proveedores necesitan su permiso para hablar entre ellos. Su Coordinador de Atención puede ayudarlo a revisar y completar el formulario para compartir esta información. Él o ella le ayudará a entender lo que se comparte y lo que no se comparte sobre usted. [Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial.](#)

## 18. Contactos útiles

Contactos Principales de Empower	
<b>Sitio Web:</b>	<a href="http://www.GetEmpowerHealth.com">www.GetEmpowerHealth.com</a>
<b>Dirección Postal:</b>	Empower Healthcare Solutions P.O. Box 211446 Eagan, MN 55121
<b>Dirección Física:</b>	1401 W. Capitol Ave, Ste 430 Little Rock, AR 72201
<b>Servicios para Miembros:</b> Beneficios, Elegibilidad, Autorizaciones, Servicios para Proveedores, Credenciales, Contratación, Coordinación de Atención, Reclamos, Apelaciones Clínicas	(866) 261-1286   TTY 711
<b>Quejas de Los Miembros</b>	<a href="mailto:complaintsandgrievances@empowerarkansas.com">complaintsandgrievances@empowerarkansas.com</a>
<b>Servicio de Asistencia de Farmacia</b> (solo farmacias)	(800) 364-6331
<b>Fraude, Desperdicio y Abuso:</b> facturación por servicios no prestados, codificación, agrupación o desagregación de servicios, atención médicamente innecesaria, doble facturación, uso de credenciales falsas o documentación inapropiada	<b>Teléfono:</b> (844) 478-0329 <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:siu@empowerarkansas.com">siu@empowerarkansas.com</a> <b>Sitio web:</b> <a href="https://empower.ethix360.com">https://empower.ethix360.com</a>
<b>Coordinación de La Atención</b>	<a href="mailto:carecoordination@empowerarkansas.com">carecoordination@empowerarkansas.com</a>
<b>Consejo Asesor del Consumidor:</b>	<a href="mailto:consumer.advisory@empowerarkansas.com">consumer.advisory@empowerarkansas.com</a>

Contactos Regulatorios	
<b>Departamento de Servicios Humanos de Arkansas</b>	(501) 682-1001
<b>Departamento de Servicios Humanos de los Estados Unidos</b>	Línea Gratuita: 800-868-1019   800-537-7697 (TDD)
<b>Línea Directa de Suicidio</b>	Línea Gratuita: 888-274-7472
<b>Línea de Miembros de AFMC PASSE</b>	(833) 402-0672
<b>Oficina del Inspector General de Medicaid de Arkansas</b>	(501) 682-8349 o (855) 527-6644
<b>División de Servicios Médicos Defensoría del Pueblo PASSE:</b> Las personas con discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con la oficina del Defensor del Pueblo marcando: (888) 987-1200, opción 2.	<b>Teléfono:</b> (844) 843-7351, <b>Fax:</b> (501) 404-4625 PASSEombudsmanOffice@dhs.arkansas.gov P.O. Box 1437 Slot S-418 Little Rock, AR 72203-1437
<b>Línea Directa de Abuso Infantil de Arkansas</b>	1-800-482-5964
<b>Servicios de Protección para Adultos de Arkansas</b>	1-800-482-8049