



KDHE-DHCF & KMAP

The Kansas Department of Health and Environment, Division of Health Care Finance (KDHE-DHCF) welcomes you and/or your children as new members in our program. We are here to make good health care available to you. The Kansas Medical Assistance Program (KMAP) offers a number of different plans to people who qualify for coverage. This guide provides basic information about the coverage and rights you have as a member. KDHE-DHCF partners with other contractors to provide quality services to all members. For more information about coverage under KMAP, please visit our website at <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

****Important information is included in this guide. It is available in English and Spanish. If you cannot read or understand this guide, call Customer Service. Interpreters can assist you in any language.****

*****Información importante esta en esta guía sobre sus beneficios de Medicaid. Está disponible en Inglés y en Español. Si no pueden leer o entender esta guía, llame al Centro de Servicio al Cliente. Interpretes le pueden asistir en cualquier idioma.*****

Helpful Numbers

Here is a quick list of phone numbers to call for information about your health plan.

El Centro de Servicio al Cliente de Asistencia Médica tiene acceso a un intérprete.

KMAP Customer Service	1-800-766-9012
Kansas Relay Center (TDD/TTY)	1-800-766-3777
KanCare Clearinghouse Eligibility or application status questions	1-800-792-4884
Kansas Department for Children and Families (DCF)	1-888-369-4777
Medicare	1-800-633-4227
Social Security Office	1-800-772-1213

Your State of Kansas Medical Card

Most members in KMAP get a State of Kansas Medical Card. Here are some important tips to remember about your medical card:

- Your card does not guarantee coverage. Eligibility can change often. Even though you have a card, your coverage may have stopped.
- Show the card to your provider when you get medical services and medications. The provider will use the information on the card to check on your coverage and see if you are eligible.
- The provider may be able to tell you if your card will cover a service. It is recommended that you contact KMAP Customer Service to find out if your card will cover certain services.

Some people who qualify won't get a State of Kansas Medical Card. If you have coverage under one of the following programs, you will be notified about benefits rather than receiving a State of Kansas Medical Card:

- People who only get help with Medicare premiums – Will be provided benefits through Medicare and Social Security, so a State of Kansas Medical Card is not needed.
- People who get coverage under the tuberculosis (TB), SOBRA, or PEPW programs – Receive very limited coverage and will be notified of the specific services that are covered.
- People who are enrolled in a KanCare or PACE health plan.

Coverage Plan

Coverage depends on your plan. Your plan is determined by DCF or the KanCare Clearinghouse and is based on a number of factors, such as your family income and resources. Call KMAP Customer Service or use a self-service option to check your current coverage plan. Your coverage plan can change – so pay close attention.

MediKan is for people who meet program disability guidelines and are not eligible for Medicaid. MediKan covers limited services. Check coverage before receiving any services.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB) only is for people who also receive Medicare coverage. Although Medicare will cover most of your bill, QMB may also pay Medicare Part A (hospital insurance) and Medicare Part B (medical insurance) deductibles, coinsurance, and copayments for services covered by Medicare. You must use providers who accept both Medicare and Kansas Medicaid. You are responsible for paying services that are not covered by Medicare.

SOBRA covers noncitizens that are ineligible for full Medicaid because of their immigration status. The plan only covers life-threatening emergency services, including labor and delivery. No other services are covered.

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) only covers prescription drugs used to treat HIV/AIDS for people diagnosed with AIDS or those who are HIV positive. You must use a pharmacy which accepts your ADAP medical card. ADAP does not cover any other medical services.

Tuberculosis (TB) coverage is for people with tuberculosis. The plan covers medical care and some case management services for treatment of tuberculosis only. No other medical services are covered.

Low-Income Medicare Beneficiary (LMB) pays the Medicare Part B premium for eligible Medicare recipients. However, eligible individuals may not be otherwise Medicaid eligible or seeking Medicaid eligibility.

Expanded Low-Income Medicare Beneficiary (E-LMB) pays the Medicare Part B premium for eligible Medicare recipients. However, eligible individuals may not be otherwise Medicaid eligible or seeking Medicaid eligibility.

Presumptive Eligibility for Pregnant Women (PEPW) Ambulatory Prenatal Care is a temporary coverage plan with a limited medical benefit package for pregnant women 12-55 years of age. Only office and outpatient prenatal care is covered. Delivery is not a covered service with the PEPW benefit package. Services covered under this benefit package will need to be billed to KMAP under the fee-for-service model and are not part of KanCare. All medical providers used must accept Kansas Medicaid. To get additional coverage, you must be approved for KanCare coverage.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) is for disabled individuals 55 years of age or older residing in selected counties within the state. Eligible individuals receive long-term care coverage through a managed care network. Home and Community Based Services (HCBS) guidelines apply to individuals living in the community and institutional guidelines apply to those living in a facility. Individuals eligible under this program whose income exceeds the protected income level are responsible for a portion of the cost of care.

Residents of Mental Health Nursing and State Hospital Facilities coverage is for individuals residing in a nursing facility for mental health (NFMH) or state mental health hospital for a long-term stay who are 22-64 years of age. Individuals eligible under this program whose income exceeds the protected income level are responsible for a portion of the cost of their care in the facility.

Long-Term Institutional Care is for individuals residing in a public intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities (ICF-IDD). Individuals residing in a private ICF-IDD are not excluded from KanCare and will be enrolled in a KanCare health plan.

Benefits

The medical card will cover many services and items. In order for a service to be covered, you must use a Kansas Medicaid provider. The type of coverage you have will determine how you receive coverage.

Specific limits and guidelines apply to all services, and these change often. Before getting any service or item, contact KMAP Customer Service. A general list of covered services is included on our website at <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

Medicaid requires some services to be approved before you get them. Your provider knows which services need prior authorization and is responsible for obtaining it for you. Medicaid will send you and your provider a letter approving or denying the prior authorization request.

If You Have Other Health Insurance

When you have any other health insurance, you must use this insurance first before Medicaid. You must follow the rules of your other insurance. For example, you must go to the doctors in your insurance program's network. If you do not follow the rules of your other insurance, then the services provided to you may not be covered and you may be responsible for payment.

Sometimes your insurance company may pay you for medical services you get. If you receive payment from your insurance company, you must pay the money to the provider that gave you services. Call KMAP Customer Service at 1-800-766-9012 if you have any questions.

If the health insurance we have on file is wrong, call KMAP Customer Service at 1-800-766-9012. This will help us set up the benefits of your two coverage programs so that you can have the best health coverage.

When You Have to Pay and When You Don't

KMAP will cover most of your medical bills, but there are times when services are not covered or are limited. You will be responsible for any services not covered. You may also be responsible for services you get if you do not follow KMAP rules.

- **Always** ask if the service is covered before you get it.
- If you want to know if a specific procedure code or pharmacy item is covered, call KMAP Customer Service at 1-800-766-9012.
- If you get a service that is not covered, your provider may ask you to sign a statement that you will pay for the service.
- You must use a provider who accepts the State of Kansas Medical Card. Show your medical card and other health insurance cards at the time you get the service or item. If you don't, you may be responsible for the bill.
- If your provider recommends you get a service that is not covered, you must pay for that service if you choose to get it.
- If you request a service that is not covered, you must pay for that service.

COPAYMENTS

You may also have to pay a part of your provider's charges (copay) for some covered services you receive.

The copay is your share of the cost of certain services. You are responsible for paying your copay at the time you receive the services. Not all services have a copay. Look at the table below.

You are expected to pay any copayment tied to the service. The provider cannot refuse to see you if you don't have the money to pay at the time of service. The provider will bill you later.

KMAP FEE-FOR-SERVICE COPAY INFORMATION	
SERVICE	COPAYMENT AMOUNT
Ambulatory/outpatient surgical center services	\$3 per date of service
Audiology (hearing) services	\$3 per date of service
Community mental health center	\$3 per individual psychotherapy visit
Dental services	\$3 per date of service
Dietitian services	\$2 per date of service
Durable medical equipment services, not rental	\$3 per claim
Federally qualified health center	\$3 per encounter
Home health agency services	\$3 per skilled nursing visit
Inpatient hospital services	\$48 per admission
Optometry/ophthalmology (vision) services	\$2 per date of service
Outpatient hospital services	\$3 per visit
Prescribed drugs (pharmacy) services	\$3 per new or refilled prescription
Physician	\$2 per visit
Prosthetic and orthotic services	\$3 per claim
Psychologist services	\$3 per office visit
Qualified Medicare beneficiary (QMB)	\$2 per date of service
Rural health clinic services	\$2 per encounter
Therapy – physical and occupational	\$1 per visit
Transportation for nonemergency ambulance	\$3 per date of service

KMAP Customer Service: 1-800-766-9012

Kansas Relay Center (TDD/TTY): 1-800-766-3777

Information about your coverage is available over the phone or by using the self-service options.

We can help you with problems or concerns about any issue including:

- Check on covered services – Find out if a medical service or item is covered. Make sure to call before you get the service or item.
- Check your eligibility – Because your medical card doesn't guarantee coverage, it is very important you know if you are covered before you get a service.
- Know your rights – If you are unhappy with a decision we have made, you can file an appeal or grievance.

Self-Service Options

ROSIE - This is your automated phone attendant. Call ROSIE to get eligibility information over the phone. Because she will give you private information, you need to use the secure login information that was mailed to you. Call 1-800-766-9012.

Member Web Services - Use the website to handle basic business. The secure website allows you to check eligibility for a current or past period. Using Internet Explorer, log on at <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

Confidentiality

We have strict privacy rules. We won't share your information with people who are not authorized to know about your case. We only give confidential information to the member, an adult listed on the case, or the member's medical representative (from DCF or the KanCare Clearinghouse). We must have written permission from the member or the responsible adult on the case to speak with anyone else.

Important Information

No person seeking services will be discriminated against or denied services on the basis of race, color, national origin, religion, sex, ancestry, disability, or age. You may file a grievance at any time concerning your health plan, including disability discrimination concerns.

This guide is available in English and Spanish. If you cannot understand it, call KMAP Customer Service for help. Interpreters can assist you in any language.

Your Rights and Responsibilities

You have the right to:

- Be treated with respect
- Receive information about Kansas medical benefits
- Choose your primary provider within the limits of the plan
- Make decisions about your healthcare
- Voice concerns about your provider or services
- Appeal any denials from the program
- File a grievance if you are unhappy with your care
- Ask if a service is covered before receiving it by calling KMAP Customer Service at 1-800-766-9012

You have the responsibility to:

- Show your medical card each time you get medical care
- Make and keep appointments; cancel if you can't make it
- Follow the advice of providers
- Tell your caseworker if you have changes
- Pay for services you get that are not covered by your medical card, including copays
- Ask if a service or procedure is covered
- Show respect to providers
- Read all the information given to you
- Ask questions if you don't understand
- Use services appropriately; use the emergency room for true emergencies only

What if I don't agree with a decision about my health care?

You have the right to express concerns about your health care.

- **GRIEVANCES**

- If you are concerned about the type of care or quality of care you are getting or if you have other concerns about your health care or your provider, you may file a grievance by calling KMAP Customer Service at the number below.

- **STATE FAIR HEARINGS**

- If you do not agree with a decision made by KMAP, such as a denial or limitation of services, you may ask for a state fair hearing. A state fair hearing is a formal meeting with an impartial person (a presiding officer). The hearing is your chance to tell an impartial presiding officer why you disagree with a denial or other decision made by KMAP. The presiding officer, assigned by the Office of Administrative Hearings, will listen to all of the facts and make a decision based on the law.
- You may ask for a state fair hearing by calling KMAP Customer Service at the number below or in writing. If you call, the Customer Service representative will complete the hearing request form for you. If you ask for a hearing in writing, it must be mailed or faxed to the following:

Office of Administrative Hearings
1020 South Kansas Avenue
Topeka, Kansas 66612-1327
Fax: 785-296-4848

- **The Office of Administrative Hearings must receive your letter or fax within 30 calendar days of the date on your notice of a denial.** An additional 3 calendar days are added if your notice was mailed to you. If you would like more information on the fair hearing process, contact KMAP Customer Service at the number below.
- If you are very ill and need a fair hearing quickly for review of a denial or limitation of health care services, you may ask for an *expedited (fast) hearing*. You must provide medical documents that support your request for an expedited hearing at the time you ask for the expedited hearing. We will approve or deny your request based on the documents you submit at the time you ask for the expedited hearing.

Contact Information

KMAP Customer Service PO Box 3571 Topeka, KS 66601	1-800-766-9012
--	----------------



KDHE-DHCF & KMAP

El Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas del Cuidado de Salud (KDHE-DHCF por sus siglas en inglés) le da la bienvenida a usted y/o sus hijos como nuevos miembros en nuestro programa. Estamos aquí para asegurarnos que buenos servicios médicos estén disponibles para usted. El Programa De Asistencia Médica de Kansas (KMAP) les ofrece un número de diferentes planes a personas que califican para cobertura. Esta guía le proporciona información básica de la cobertura y los derechos que tiene como miembro. KDHE-DHCF participa con otros contratistas para proveer servicios de calidad para todos los miembros. Para más información acerca de cobertura bajo KMAP, por favor visite nuestra página web al <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

******Información importante está incluida and esta guía. Está disponible en Ingles y en Español. Si no pueden leer o entender esta guía, llame al Centro de Servicio al Cliente de KMAP. Interpretes le pueden asistir en cualquier idioma. ******

Números que le pueden ser Útiles

Aquí tiene una lista de números telefónicos a donde puede llamar para pedir información acerca de su plan de salud. El Centro de Servicio al Cliente de Asistencia Médica tiene acceso a intérpretes.

Servicio al Cliente de KMAP	1-800-766-9012
Centro de relevos de Kansas- teléfonos de texto (TDD/TTY)	1-800-766-3777
KanCare Clearinghouse Preguntas de elegibilidad y estatus de solicitud	1-800-792-4884
Departamento de Niños y Familias (DCF)	1-888-369-4777
Medicare	1-800-633-4227
Oficina de Seguro Social	1-800-772-1213

Su Tarjeta Médica del Estado de Kansas

La mayoría de los miembros en KMAP obtienen una Tarjeta Médica del Estado de Kansas. Aquí tiene unos puntos importantes que debe recordar sobre su tarjeta médica:

- Su tarjeta no le garantiza cobertura. La elegibilidad puede cambiar constantemente. Aunque tenga una tarjeta, su cobertura pudo haber sido detenida.
- Muestre su tarjeta a su proveedor de salud cuando reciba servicios médicos y medicamentos. El proveedor usará la información en la tarjeta para revisar su cobertura y ver si es elegible.
- El proveedor podrá decirle si su tarjeta le cubrirá un servicio. Es recomendable que usted contacte al departamento de Servicio al Cliente para saber si su tarjeta le cubrirá ciertos servicios.

Algunas personas que califican no recibirán una Tarjeta Médica del Estado de Kansas. Si usted tiene cobertura bajo uno de los siguientes programas, será notificado acerca de los beneficios en lugar de recibir una tarjeta médica del Estado de Kansas:

- Personas que solo reciben ayuda para pagar las primas de Medicare –Serán provistos a través de Medicare y el Seguro Social, por lo tanto la tarjeta Médica del Estado De Kansas no es necesaria.
- Personas obteniendo cobertura bajo los programas de tuberculosis (TB), SOBRA, o Programas de PEPW – Reciben cobertura muy limitada y serán notificados de los servicios específicos que son cubiertos.
- Personas que están inscritas en un plan de salud de KanCare o PACE.

Plan de Cobertura

La cobertura depende de su plan. Su plan es determinado por el DCF o KanCare Clearinghouse y es basado en varios factores, tales como el ingreso de su familia y recursos. Llame al Servicio al Cliente de KMAP o use la opción de auto-servicio para revisar su cobertura de plan actual. Su plan de cobertura puede cambiar - por lo tanto ponga atención detalladamente.

Medikan es para personas que cumplen con las reglas del programa de discapacidad y no son elegibles para medicaid. MediKan cubre servicios limitados. Verifique su cobertura antes de recibir cualquier servicio.

Beneficiario Calificado para Medicare (QMB por sus siglas en inglés) **solamente** es para personas que también reciben cobertura de Medicare. Aunque Medicare cubrirá la mayoría de sus recibos, QMB podría pagar su Medicare Parte A (seguro de Hospital) y deducibles, el coaseguro, copagos de servicios cubiertos por el Medicare Parte B (seguro médico). Deberá usar proveedores que acepten los dos Medicare y Medicaid de Kansas. Usted es responsable de pagar los servicios que no sean cubiertos por Medicare.

SOBRA cubre a los no ciudadanos que no son elegibles para Medicaid completamente debido a su estado migratorio. El plan solamente cubre servicios de emergencia que sean considerados amenazantes para la vida, incluyendo trabajo de parto y partos. Ningún otro servicio es cubierto.

Programa de Asistencia de Medicinas para SIDA (ADAP por sus siglas en inglés) **solamente** cubre recetas de medicamentos usados para tratar VIH/SIDA para personas diagnosticadas con SIDA o aquellos que son VIH positivo. Usted debe usar una farmacia que acepte la tarjeta médica ADAP. ADAP no cubre ningún otro servicio médico.

Cobertura de Tuberculosis (TB) es para personas con tuberculosis. El plan cubre cuidado médico y en algunos casos manejo de servicios para el tratamiento de la tuberculosis solamente. Ningún otro servicio médico es cubierto.

Beneficiario de Medicare con Bajos-Ingresos (LMB por sus siglas en inglés) paga la prima del Medicare parte B para personas elegibles que reciben Medicare. Pero, individuos elegibles no pueden ser elegibles para Medicaid o buscar elegibilidad de Medicaid.

Beneficiario de Medicare con Bajos-Ingresos Expandido (E-LMB por sus siglas en inglés) paga la prima del Medicare Parte B para personas elegibles que reciben Medicare. Pero, individuos elegibles no pueden ser elegibles para Medicaid o para buscar elegibilidad de Medicaid.

Presunta Elegibilidad De Cuidado Prenatal Ambulatorio Para Las Mujeres Embarazadas (PEPW por sus siglas en inglés) es un plan de cobertura temporal con un paquete de beneficios médicos limitados para mujeres embarazadas entre 12-55 años de edad. Solo cuidado prenatal en oficinas de doctor y como paciente externo es cubierto. El parto no es un servicio cubierto con el paquete de beneficios de PEPW. Servicios cubiertos por este paquete de beneficios tendrán que ser facturados a KMAP bajo el modelo de pago por servicio y no son parte de KanCare. Todos los proveedores de servicios médicos utilizados deben aceptar Kansas Medicaid. Para obtener una cobertura adicional, deberá ser aprobado para la cobertura de KanCare.

Programa de Cuidado con Todo-Incluido para el Anciano (PACE por sus siglas en inglés) es para individuos discapacitados de 55 años o mayores que viven en condados seleccionados dentro del estado. Individuos elegibles reciben cobertura de cuidado a largo plazo a través de una red de cuidado manejado. Las reglas de Servicios Basados en el Hogar y Comunitarios (HCBS por sus siglas en inglés) aplican a individuos que viven en la comunidad y las reglas institucionales aplican a aquellos que viven en una institución. Los individuos elegibles bajo este programa a quienes sus ingresos exceden el nivel de ingreso protegido son responsables de una porción del costo del cuidado.

Cobertura para Residentes de Instalaciones de Enfermerías de Salud Mental y Hospitales del Estado son para individuos que viven en una institución de enfermería para salud mental (NFMH por sus siglas en inglés) o en un hospital de salud mental del estado por una estancia a largo plazo que estén entre 22 y 64 años de edad. Individuos elegibles bajo este programa a quienes sus ingresos excedan el nivel de ingreso protegido son responsables de una porción del costo de su cuidado en la institución.

Instituciones de Cuidado a Largo-Plazo es para individuos que residen en una institución pública de cuidado intermedio para personas con discapacidad intelectual/desarrollo (ICF/IDD por sus siglas en inglés). Individuos viviendo en un ICF/IDD privado no son excluidos de KanCare y serán inscritos en un plan de salud de KanCare.

Beneficios

La tarjeta médica cubrirá muchos servicios y artículos. Para que un servicio sea cubierto, debe usar un proveedor del Medicaid de Kansas. El tipo de cobertura que tenga determinará como reciba su cobertura.

Límites y reglas específicas aplican para todos los servicios, y estos cambian constantemente. Antes de recibir cualquier servicio o artículo, contacte a Servicio al Cliente de KMAP. Una lista general de servicios cubiertos está incluida en nuestro sitio web <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

Medicaid requiere que algunos servicios sean aprobados antes de obtenerlos. Su proveedor sabe cuáles servicios necesitan autorización previa y es responsable de obtenerla por usted. Medicaid le enviará a usted y a su proveedor una carta aprobando o negando la solicitud de autorización previa.

Si Tiene Otro Seguro de Salud

Cuando usted tiene cualquier otro seguro de salud, debe usar este seguro primero antes que Medicaid. Debe usar las reglas de su otro seguro. Por ejemplo, debe ir a los doctores de la red del programa de su seguro. Si no sigue las reglas de su otro seguro, entonces los servicios provistos podrían no ser cubiertos y podría ser responsable del pago.

Algunas veces su compañía de seguro puede pagarle a usted por servicios médicos que reciba. Si usted recibe pago de su compañía de seguro, debe pagar el dinero al proveedor que le brindó los servicios. Llame al Servicio al Cliente de KMAP al 1-800-766-9012 si tiene alguna pregunta.

Si el seguro de salud que tenemos en nuestros archivos está equivocado, llame al Servicio al Cliente de KMAP al 1-800-766-9012. Esto nos ayudará a establecer los beneficios de sus dos programas de cobertura para que usted pueda tener la mejor cobertura de salud.

Cuándo Tiene Que Pagar y Cuándo No

KMAP cubrirá la mayoría de sus recibos médicos, pero hay ocasiones cuando los servicios no son cubiertos o son limitados. Usted será responsable por los servicios que no sean cubiertos. Usted también puede ser responsable por los servicios que reciba si no sigue las reglas de KMAP.

- **Siempre** pregunte si el servicio es cubierto antes de recibirlo.
- Si quiere saber si un código de procedimiento específico o artículo de farmacia es cubierto, llame a Servicio al Cliente de KMAP al 1-800-766-9012.
- Si recibe un servicio que no sea cubierto, su proveedor puede pedirle que firme un escrito donde se compromete a pagar por los servicios.
- Debe usar un proveedor que acepte la Tarjeta Médica del Estado de Kansas. Muestre su tarjeta médica y las otras tarjetas de seguros médicos cuando reciba el servicio o el artículo. Si no, usted puede ser responsable por el recibo.
- Si su proveedor le recomienda un servicio que no es cubierto, usted debe pagar por ese servicio si decide recibirlo.
- Si pide un servicio que no es cubierto, debe pagar por ese servicio.

COPAGOS

Puede ser que usted tenga que pagar una parte de los cargos de su proveedor (copagos) por algunos servicios cubiertos que reciba.

El copago es su porción del costo de ciertos servicios. Usted es responsable de pagar su copago en el momento que reciba sus servicios. No todos los servicios tienen un copago. Vea la tabla a continuación.

Se espera que usted pague cualquier copago relacionado al servicio. El proveedor no puede rehusarse a verlo si no tiene el dinero para pagar en el momento del servicio. El proveedor le enviará un recibo después.

INFORMACIÓN DE COPAGO PARA PAGO-POR-SERVICIO DE KMAP	
SERVICIO	CANTIDAD DE COPAGO
Centro de servicios quirúrgicos ambulatorios/paciente externo	\$3 por día de servicio
Servicios de audiología (audición)	\$3 por día de servicio
Centros comunitarios de salud mental	\$3 por visita psicoterapeuta individual
Servicios dentales	\$3 por día de servicio
Servicios de Nutriólogos	\$2 por día de servicio
Servicios de equipo médicos durables, no rentados	\$3 por petición
Centro de salud calificada por servicios federales	\$3 por encuentro
Agencias de salud para servicios en el hogar	\$3 por visita de enfermera
Servicios de hospitales para pacientes internos	\$48 por admisión
Servicios de optometría/oftalmología (visión)	\$2 por día de servicio
Servicios de hospitales para pacientes externos	\$3 por visita
Servicios de medicamento prescrito (farmacia)	\$4 por receta nueva o rellena
Médico	\$2 por consulta
Servicios de prótesis y ortodoncia	\$3 por petición
Servicios Psicológicos	\$3 por consulta de oficina
Beneficiario Calificado para Medicare (QMB por sus siglas en inglés)	\$2 por día de servicio
Servicios de clínicas rurales de salud	\$2 por encuentro
Terapia- física y ocupacional	\$1 por visita
Transporte de ambulancia que no sea de emergencia	\$3 por día de servicio

Servicio al Cliente de KMAP: 1-800-766-9012

Centro de relevo de Kansas (TDD/TTY): 1-800-766-3777

Información acerca de su cobertura está disponible por teléfono o usando la opción de auto-servicio. Le podemos ayudar con problemas o dudas acerca de cualquier problema, incluyendo:

- Revisar cobertura de servicios – Para saber si un servicio médico o artículo es cubierto. Asegúrese de llamar antes de recibir el servicio o artículo.
- Revisar su elegibilidad – Porque su tarjeta médica no le garantiza cobertura, es muy importante que sepa si está cubierto antes de recibir un servicio.
- Conozca sus derechos – Si no está contento con una decisión que hayamos tomado, puede presentar una apelación o queja.

Opciones de Auto-Servicio

ROSIE – Este es su asistente de teléfono automatizado. Llame a ROSIE para recibir información de elegibilidad por teléfono. Porque ella le dará información privada, usted necesita usar la información del código de seguridad que se le envió. Llame al 1-800-766-9012.

Servicios de Web para miembros – Use la página web para encargarse de negocios básicos. La página de web segura le permite revisar su elegibilidad por un periodo actual o del pasado. Utilizando el Internet Explorer, entre a <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

Confidencialidad

Tenemos reglas estrictas de privacidad. No compartiremos su información con personas que no estén autorizadas a conocer su caso. Solamente proporcionamos información confidencial al miembro, un adulto que aparezca en el caso, o al representante médico del miembro (del DCF o de KanCare Clearinghouse). Debemos tener permiso por escrito del miembro o del adulto responsable del caso para hablar con cualquier otra persona.

Información Importante

Ninguna persona que esté buscando servicios será discriminada o se le negará servicios en base a su raza, color, origen de nacionalidad, religión, sexo, ancestros, discapacidad, o edad. Usted puede presentar una queja sobre su plan de salud a cualquier momento, incluyendo si concierne a una discriminación por discapacidad.

Esta guía está disponible en Inglés y Español. Si no puede entenderla, llame a Servicio al Cliente de KMAP para que le ayuden. Interpretes pueden ayudarle en cualquier idioma.

Sus Derechos y Responsabilidades

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto
- Recibir información acerca de sus beneficios médicos de Kansas
- Elegir su proveedor de cuidados primarios dentro de los límites de su plan
- Tomar decisiones acerca de su cuidado de salud
- Dar a conocer sus preocupaciones acerca de su proveedor o sus servicios
- Apelar cualquier negación del programa
- Presentar una queja si no está satisfecho con su cuidado
- Preguntar si un servicio es cubierto antes de recibirlo llamando a Servicio al Cliente de KMAP al 1-800-766-9012

Tiene la responsabilidad de:

- Mostrar su tarjeta médica cada vez que reciba cuidado médico
- Hacer y cumplir con sus citas; cancele si no puede asistir
- Sigir las recomendaciones de su médico
- Decirle cualquier cambio al trabajador de su caso
- Pagar por los servicios que reciba que no estén cubiertos por su tarjeta médica, incluyendo los copagos
- Preguntar si un servicio o procedimiento es cubierto
- Mostrar respeto a sus proveedores
- Leer toda la información que se le proporcione
- Hacer preguntas si no entiende
- Utilizar los servicios apropiadamente; use la sala de emergencias solamente para verdaderas emergencias

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión acerca de mi cuidado de salud?

Usted tiene el derecho a expresar sus preocupaciones acerca de su cuidado de salud.

- **QUEJAS**

- Si a usted le preocupa el tipo de cuidado que está recibiendo o la calidad de cuidado que recibe o si tiene otro tipo de preocupación sobre a su plan de salud o su proveedor, usted puede presentar una queja llamando al Servicio al Cliente de KMAP al número de abajo.

- **AUDIENCIAS JUSTAS**

- Si no está de acuerdo con una decisión adversa tomada por KMAP, como una negación o limitación de servicios, usted puede pedir una audiencia justa del estado. Una audiencia justa del estado es una junta formal con una persona imparcial (funcionario del senado). La audiencia es su oportunidad de decirle al funcionario del senado imparcial porque no está de acuerdo con la negación u otra decisión hecha por KMAP. El funcionario del senado, asignado por la Oficina de Administración de Audiencias, escuchará todos los hechos y hará una decisión basada en la ley.
- Usted puede pedir una audiencia justa del estado llamando al Servicio al Cliente de KMAP al número de abajo o por escrito. Si llama, el representante de Servicio al Cliente completará un formulario de petición de audiencia por usted. Si solicita una audiencia por escrito, debe ser enviada por correo o por fax a:

Office of Administrative Hearings
1020 South Kansas Avenue
Topeka, Kansas 66612-1327
Fax: 785-296-4848

- **La Oficina de Administración de Audiencias debe recibir su carta o fax dentro de 30 días de la fecha en su notificación de una negación.** 3 días adicionales de calendario serán añadidos si su notificación es enviada por correo. Si gusta más información acerca del proceso de una audiencia justa, contacte a Servicio al Cliente de KMAP al número de abajo.
- Si usted está muy enfermo y necesita una audiencia justa rápidamente para revisión de una negación o limitación de servicios de cuidado médico, puede pedir una audiencia acelerada. Usted debe proveer documentos médicos que respalden su petición para una audiencia acelerada al momento que pida la audiencia acelerada. Aprobaremos o negaremos su petición basándonos en los documentos que mande al momento que pida una audiencia acelerada.

Información del Contacto

KMAP Customer Service PO Box 3571 Topeka, KS 66601	1-800-766-9012
--	----------------