



## 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.

|   |  |
|---|--|
| <b>Customer Service</b>   | 1-800-766-9012                             |
| <b>Kansas Relay Center (TDD/TTY)</b>  | 1-800-766-3777                             |
| <b>KanCare Clearinghouse</b><br>Eligibility or application status questions | 1-800-792-4884<br>785-368-1515 (in Topeka) |
| <b>Kansas Department for Children and Families (DCF)</b>                    | 1-888-369-4777                             |
| <b>Medicare</b>   | 1-800-633-4227                             |
| <b>Social Security Office</b>   | 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 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 getting coverage under the tuberculosis (TB) or SOBRA programs – Receive very limited coverage and will be notified of the specific services that are covered.
- People who are enrolled in a KanCare 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 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 General Assistance program rules. Eligible individuals must meet program disability guidelines and must not be 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 will cover the copayments and deductibles 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)** 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. For more information, contact your local health department or the Kansas Department of Health and Environment at 785-296-2547.

**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.

**Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)** is for disabled individuals age 55 years 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 (ages 22-64)** are for individuals residing in a nursing facility for mental health (NFMH) or state mental health hospital for a long-term stay who are between the ages of 22 and 64 years old. 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 persons with mental retardation (ICF/MR). Individuals residing in a private ICF/MR are not excluded from KanCare and will be enrolled in a KanCare health plan.

**People with Intellectual or Developmental Disabilities (IDD) Long-Term Services And Supports (LTSS)** will not be a part of KanCare until January 1, 2014. IDD waiver beneficiaries will be enrolled in KanCare for all nonwaiver services.

## 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 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 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 the Customer Service Center at 1-800-766-9012 if you have any questions.

If the health insurance we have on file is wrong, call Customer Service Center 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 noncovered services. 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 Customer Service at 1-800-766-9012.
- If you get a noncovered service, your provider may ask you to sign a statement that you will pay for the services.
- 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.

| <b>KMAP FEE-FOR-SERVICE COPAY INFORMATION</b>  |  |
|--|--|
| <b>SERVICE</b>                                 | <b>COPAYMENT AMOUNT</b>                |
| 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           | \$4 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                |

## 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 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 limits of the plan
- Make decisions about your healthcare
- Voice concerns about your provider or services
- Appeal any denials from the program
- Ask if a service is covered before receiving it by calling 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 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.

- If you are concerned about the type of care you are getting, the quality of the care you are getting, or if you have other concerns about your health plan or your provider, you may file a grievance.
- If you do not agree with an action such as a denial or limitation of services, the time your health plan took to provide services, or the health plan not paying for a service you received, you may ask for a fair hearing or an appeal.

A fair hearing is very similar to a trial in court with witnesses, exhibits, and rules of evidence. The hearing is your chance to tell an impartial presiding officer why you disagree with a denial or other final action.

**A fair hearing request must be received within 30 days of your notification of a denial or other final actions that you want reviewed.** If you would like more information on the fair hearing process, please contact Customer Service at 1-800-766-9012.

If you are very ill and need an answer quickly, you may ask for an *expedited hearing*.

### Contact Information

|  |                |
|--|----------------|
| KMAP Customer Service<br>P.O. Box 3571<br>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) le 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>.

\*\*\*\*\* Esta guía incluye información importante. Está disponible en inglés y español. Si no puede leer o entender esta guía, llame a Servicio al Cliente. Interpretes le pueden ayudar 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 interpretes.

|   |  |
|---|--|
| <b>Customer Service</b>   | 1-800-766-9012                             |
| <b>Kansas Relay Center (TDD/TTY)</b>  | 1-800-766-3777                             |
| <b>KanCare Clearinghouse</b><br>Preguntas de elegibilidad y status de solicitud | 1-800-792-4884<br>785-368-1515 (in Topeka) |
| <b>Kansas Department for Children and Families (DCF)</b>                        | 1-888-369-4777                             |
| <b>Medicare</b>   | 1-800-633-4227                             |
| <b>Social Security Office</b>   | 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 puede ser 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 – Los servicios 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) o SOBRA – Reciben cobertura muy limitada y serán notificados de los servicios específicos que son cubiertos.
- Personas que están inscritos en un plan de KanCare.

## Plan de Cobertura

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

**Medikan** es para personas que cumplen con las reglas del programa de Asistencia General. Los individuos elegibles deben cumplir con las guías de deshabilitados del programa y no deben ser elegibles para Medicaid. MediKan cubre servicios limitados. Revise su cobertura antes de recibir cualquier servicio.

**Beneficiario Calificado para Medicare (QMB** por sus siglas en inglés **) es solamente** para personas que reciben Medicare. Aunque Medicare cubrirá la mayoría de sus recibos, QMB cubrirá los copagos y deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. 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 status de inmigración. El plan solamente cubre servicios de emergencia que sean considerados amenazantes para la vida, incluyendo alumbramiento. Ningún otros servicios son cubiertos.

**SIDA Programa de Asistencia para Medicinas (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 puede usar una farmacia que acepte la tarjeta médica ADAP. ADAP no cubre ningún otro servicio médico.

**Tuberculosis (TB)** es para personas con tuberculosis. El plan cubre cuidado médico y en algunas casos servicios de gestión para el tratamiento de la tuberculosis solamente. Ningún otro servicio es cubierto. Para más información, contacte su departamento de salud local o el Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas al 785-296-2547.

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

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

**Programa de Cuidado Todo-Incluido para el Anciano (PACE** por sus siglas en inglés ) es para individuos deshabilitados mayores 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 su red de cuidado. Las guías de servicios Basados en el Hogar y Comunitarios (HCBS por sus siglas en inglés ) aplican a individuos que viven en la comunidad y las guías institucionales aplican a aquellos que viven en una institución. Los individuos elegibles bajo este programa y que sus ingresos exceden el nivel de ingreso protegido son responsables de una parte del costo del cuidado.

**Residentes de Instituciones Enfermería de Salud Mental y Hospitales del Estado (edades 22-64)** 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 las edades de 22 y 64 años de edad. Individuos elegibles bajo este programa y que sus ingresos excedan el nivel de ingreso protegido son responsables de una parte 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 retardo mental (ICF/MR por sus siglas en inglés). Individuos en un ICF/MR privado no son excluidos de KanCare y serán inscritos en un plan de salud de KanCare.

**Personas con Discapacidades Intelectuales o de Desarrollo (IDD** por sus siglas en inglés) **Servicios a Largo-Plazo y Apoyo (LTSS** por sus siglas en inglés) no serán parte de KanCare hasta el 1 de enero, 2014. Estos beneficiarios serán inscritos en KanCare para todos los servicios que no sean IDD.

## 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.

Limites específicos y guías aplican para todos los servicios, y estos cambian constantemente. Antes de recibir cualquier servicio o artículo, contacte a Servicio al Cliente. 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 cuales servicios necesitan autorización previa y es su responsabilidad obtenerla para usted. Medicaid le enviará a usted y a su proveedor una carta aprobando o negando su 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 podrán no ser cubiertos y pudiera ser responsable del pago.

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

Si el seguro de salud que tenemos en nuestros archivos está equivocado, llame al Centro de Servicio al Cliente 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 servicios que no sean cubiertos. Usted puede también 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 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. Mire 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.

| <b>KMAP PAGO-POR-SERVICIO INFORMACIÓN DE COPAGO</b>                  |  |
|--|--|
| <b>SERVICIO</b>  | <b>CANTIDAD DE COPAGO</b>                |
| 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 rentas                      | \$3 por petición                         |
| Centro de salud para el que califica 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                         |
| 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: 1-800-766-9012

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

Información acerca de su cobertura está disponible por teléfono o usando la opción de servicio telefónico automatizado. 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 tratar 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 estrictas reglas de privacidad. No compartimos 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 concerniente a su plan de salud a cualquier hora, 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 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
- Escoger 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
- Preguntar si un servicio es cubierto antes de recibirlo llamando a Servicio al Cliente 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
- Siga las recomendaciones de su médico
- Haga mención de cualquier cambio al trabajador de su caso
- Pague por los servicios que reciba que no estén cubiertos por su tarjeta médica, incluyendo los copagos
- Pregunte si un servicio o procedimiento es cubierto
- Muestre respeto a sus proveedores
- Lea toda la información que se le proporcione
- Haga preguntas si no entiende
- Utilice los servicios apropiadamente; use la sala de emergencias para verdaderas emergencias solamente

## ¿Qué 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.

- Si a usted le preocupa el tipo de cuidado que está recibiendo, la calidad de cuidado que recibe, o si tiene otro tipo de preocupación concerniente a su plan de salud o su proveedor, usted puede presentar una queja.
- Si no está de acuerdo con una acción tal como una negación o limitación de servicios, el tiempo que su plan de salud tomó para proveerle servicios, o si el plan no está pagando por servicios que recibió, usted puede pedir una audiencia justa o una apelación.

Una audiencia justa es muy similar a un juicio en la corte con testigos, exhibiciones, y reglas de evidencia. La audiencia es su oportunidad para decirle a un oficial imparcial que esté presidiendo el porqué está en desacuerdo con la negación u otra acción final.

**La petición de una audiencia justa debe ser recibida en menos de 30 días de su notificación de una negación u otra acción final que usted desee que sea revisada.** Si le gustaría más información acerca del proceso de una audiencia justa, por favor contacte a Servicio al Cliente al 1-800-766-9012.

Si usted está muy enfermo y necesita respuesta rápida, puede pedir que su audiencia sea expedida.

### ***Información del Contacto***

|  |                |
|--|----------------|
| KMAP Customer Service<br>P.O. Box 3571<br>Topeka, KS 66601 | 1-800-766-9012 |
|--|----------------|