

METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



MANUAL DEL MIEMBRO DE CHILD HEALTH PLUS DE METROPLUSHEALTH

Revisado en abril de 2023

MetroPlus Health Plan

Guía de referencia rápida

Servicios al Miembro de MetroPlusHealth	1-800-303-9626
Línea directa disponible las 24 horas de MetroPlusHealth	1-800-442-2560
Teléfono TDD de MetroPlusHealth	1-800-881-2812
Sitio web de MetroPlusHealth	<u>www.metroplus.org</u>

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

Entre los ejemplos, se incluye lo siguiente:

Fracturas, dificultad para respirar, convulsiones (ataques), hemorragias graves, sobredosis de medicamentos, pérdida del conocimiento, parálisis, dolor intenso de pecho, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.
En el caso de personas embarazadas: sangrado vaginal, dolor abdominal intenso o calambres, rotura de bolsa o pérdidas de líquido.

QUÉ DEBE HACER: Llame al 911 o diríjase de inmediato a la sala de emergencias más cercana.

¿QUÉ ES UN PROBLEMA DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?

Entre los ejemplos, se incluye lo siguiente:

Un problema médico grave que no requiere la atención en una sala de emergencias: gripe, dolor de oído o de garganta.

¿QUÉ DEBE HACER? Llame al consultorio de su PCP de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. En cualquier otro horario, llame al número de la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas indicado arriba.

(MetroPlus Health Plan es operado por New York City Health and Hospitals Corporation)



**FORMULARIO DE
EVALUACIÓN ANUAL
DE SALUD DEL MIEMBRO
DE METROPLUSHEALTH |
CUÉNTENOS
CÓMO ESTÁ.**



CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

Nombre y apellido: _____ **Número de ID de miembro:** _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Estatura:** ____pies ____ pulg. **Peso:** ____libras.

Idioma preferido: Inglés Español Chino Criollo Urdu Bengalí Otro: _____

Raza: Blanco Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano
 Nativo hawaiano / isleño del Pacífico Dos o más razas Otra: _____ Se rehúsa a contestar

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Se rehúsa a contestar

En general, diría que su salud es: Excelente Buena Aceptable Mala

¿Desea que le llamemos para que le ayudemos con cualquier problema de salud urgente? Sí No

¿Tiene un médico al que acude con regularidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿su médico le ha recomendado que comience, aumente o mantenga cierto nivel de ejercicio o actividad física (por ejemplo, que comience a usar las escaleras, que aumente su caminata diaria de 10 a 20 minutos o que mantenga su programa actual de ejercicio)? Sí No

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes Problemas cardiacos Presión arterial alta
 Cáncer Problemas respiratorios (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 Problemas de memoria Problemas auditivos Problemas de la vista Problemas mentales / emocionales
 Incontinencia urinaria VIH Problemas con el consumo de drogas o alcohol
 Otros problemas médicos: _____

¿Cuántos medicamentos diferentes toma diariamente? Ninguno 1-3 4-7 8 o más

¿Necesita ayuda para realizar sus actividades diarias (tales como vestirse, bañarse, comer, sentarse / pararse de una silla)? Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito
 Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito

¿Necesita ayuda para realizar labores domésticas, tomar medicamentos, ir de compras, administrar su dinero, preparar las comidas o transportarse? Puedo hacer esto sin ayuda

Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito

En los últimos 6 meses, ¿alguna vez tuvo que quedarse sin atención médica porque no tenía cómo ir? Sí No

¿Se ha caído en los últimos 6 meses? Sí No

¿Alguien que forma parte de su vida le causa daño, lo amenaza, lo atemoriza o hace que no se sienta seguro? Sí No Prefiero no contestar

¿Utiliza alguno de los siguientes equipos?

Bastón Andador Silla de ruedas Cama hospitalaria Oxígeno

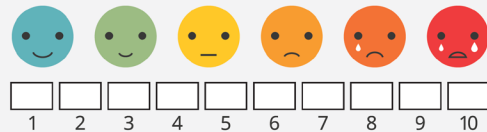
Almohadillas / calzoncillos protectores (pañales para adultos) Otro: _____

¿Tiene un dolor reiterado o constante?

Sí No Si contestó que sí, fecha de inicio: _____

Si contestó que sí, ¿dónde siente dolor? _____

Si contestó que sí, marque su nivel de dolor aquí:



¿Cuál es su situación de vivienda?

Tengo un lugar estable para vivir Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un parque, otro lugar)

¿Le preocupa que el lugar en el que vive lo esté enfermando? (por ejemplo, moho, insectos, roedores, fugas de agua, falta de calefacción, otra causa) Sí No Otro: _____

¿Actualmente recibe asistencia pública? (estampillas de alimentos, comidas a domicilio, HEAP, EPIC, asistencia pública o en efectivo, etc.)? Sí No No sé

En el año pasado, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más?

Sí No Prefiero no contestar

En el año pasado, ¿la compañía de electricidad, gas, gasóleo o agua ha amenazado con cortar los servicios a su vivienda? Sí No No sé

¿Fuma cigarrillos, vapea (cigarrillos electrónicos), consume tabaco?

Actualmente Antes Nunca

¿Recibió la vacuna contra la influenza (vacuna antigripal) este año? Sí No No sé

Escriba sus medicamentos (si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Lista de medicamentos (continuación - si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____



¿Con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas en las últimas 2 semanas?

- Nunca Varios días
 Más de la mitad de esos días Casi todos los días

¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado en las últimas 2 semanas?

- Nunca Varios días
 Más de la mitad de esos días Casi todos los días

SÓLO MUJERES DE 50 AÑOS DE EDAD O MENOS: ¿Está embarazada? Sí No No sé

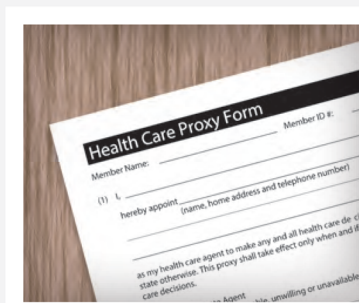
SOLO MUJERES ENTRE 50 Y 74 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó una mamografía (para descartar cáncer de mama) este año o el año pasado? Sí No No sé

SOLO PERSONAS ENTRE 50 Y 75 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó los siguientes exámenes para descartar cáncer de colon? Colonoscopia (en los últimos 10 años) Sigmoidoscopia (en los últimos 5 años)
 Examen para descartar sangre en las heces (en el último año)

¿Tiene alguna de las siguientes cosas?

- Directiva anticipada / Testamento vital (un documento que indica qué tratamiento médico desea si usted no puede expresarlo)
 Apoderado legal para decisiones médicas (una persona que puede tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo)
 No, pero conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
 No, y no conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
 No, pero me interesa obtener más información: Sí* No

* Le enviaremos un formulario de directiva anticipada y apoderado legal para decisiones médicas.



CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

Estimado/a miembro de Child Health Plus (CHPlus):

Lea la información **IMPORTANTE** sobre su cobertura odontológica que figura a continuación. Esta información reemplaza la de la página 15 de este manual.

Servicios cubiertos por MetroPlus Health Plan

Beneficio odontológico

MetroPlus Health Plan considera que brindarle una buena atención odontológica es importante para el cuidado de su salud general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con DentaQuest, un experto en la prestación de servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios odontológicos habituales y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para comprobar cualquier cambio o anomalía que pudiera requerir tratamiento o atención de seguimiento para usted. *¡No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista!*

Cómo acceder a los servicios odontológicos:

MetroPlusHealth utiliza DentaQuest para brindar servicios odontológicos. DentaQuest cuenta con dentistas participantes que se especializan en odontología general, odontopediatría, cirugía bucal, enfermedad de las encías y ortodoncia. Llame a DentaQuest al 1-844-284-8819 para elegir un dentista de atención primaria. Encontrará un listado de dentistas participantes en el Directorio de proveedores en línea en **metroplus.org** o previa solicitud llamando a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al 1-800-303-9626. Siempre podrá cambiar de dentista de atención primaria. Llame a su dentista de atención primaria actual para consultarle si participa en DentaQuest.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista de atención primaria, llame a DentaQuest al 1-844-284-8819 o a MetroPlus Health Plan al 1-800-303-9626. Los representantes de Servicios al Cliente están allí para ayudarle. Muchos de ellos hablan su idioma.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios odontológicos. Usted no recibirá una tarjeta de identificación aparte para acceder a los servicios odontológicos. Cuando consulte al dentista de atención primaria, debe mostrarle su tarjeta de identificación del plan.
- También puede acudir a una clínica odontológica administrada por un centro odontológico académico sin una remisión. Llame a la Línea Directa del Estado de Nueva York al 800-541-2831 y le enviarán una lista de “dentistas en su vecindario”.



El plan médico para niños del estado de Nueva York

Child Health Plus

Contrato de suscripción

Gracias por elegir MetroPlus Health Plan. Este manual contiene su Contrato de Child Health Plus de MetroPlus Health Plan y otra información sobre el plan que le ayudará a aprovechar al máximo los beneficios de Child Health Plus. Tómese un momento para leerlo atentamente.

CONTRATO DE SUSCRIPCIÓN DE CHILD HEALTH PLUS DE METROPLUS HEALTH PLAN

La PARTE I de este manual corresponde a su Contrato de Child Health Plus de MetroPlus Health Plan.

Le da derecho a los beneficios estipulados en el Contrato. La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor indicada en su tarjeta de identificación. Este Contrato permanecerá vigente, a menos que sea rescindido por cualquiera de los motivos descritos en él.

Aviso del derecho a un plazo de 10 días para revisar el contrato

Usted tiene derecho a devolver este Contrato. Revíselo cuidadosamente. Puede devolverlo y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud deberá hacerse por escrito en el plazo de diez (10) días a partir de la fecha en la que reciba este Contrato. Le reembolsaremos las primas que haya pagado. En caso de que devuelva este contrato, no le proporcionaremos ningún beneficio.

AVISO IMPORTANTE:

Todos los servicios cubiertos por este Contrato se deben brindar, coordinar o autorizar mediante su Proveedor de Atención Primaria. Puede comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria con antelación para recibir los beneficios, salvo en caso de atención de emergencia, como se describe en la sección Siete, determinada atención obstétrica y ginecológica, como se describe en la sección Cuatro, y atención odontológica y oftalmológica, como se describe en la sección Seis de este Contrato.

Texto del modelo de Contrato de suscripción de Child Health Plus 1 de enero de 2023

Esta cláusula adicional enmienda su contrato de suscripción añadiendo los siguientes beneficios:

Servicios de tratamiento asertivo comunitario. Pagaremos los servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés), ACT para adultos jóvenes y ACT para menores. Los servicios deben ser ordenados por un médico u otro proveedor autorizado de servicios de curación, dentro del alcance de su ejercicio según las leyes estatales, para la reducción máxima de las discapacidades físicas o intelectuales y el restablecimiento de un beneficiario a su mejor nivel de funcionamiento posible.

Suministros médicos. Pagaremos los suministros médicos que hayan sido ordenados por un proveedor para el tratamiento de un trastorno médico específico y que habitualmente sean consumibles, no reutilizables, desechables, tengan un propósito específico y en general no tengan valor recuperable.

Servicios de ortodoncia por maloclusión física grave discapacitante. Pagaremos los servicios de ortodoncia por una maloclusión física grave discapacitante. Se requiere aprobación previa para la cobertura de ortodoncia. Los servicios incluyen atención de ortodoncia para maloclusiones físicas graves discapacitantes como un beneficio que se brinda una vez en la vida y que será reembolsado a un miembro elegible por un máximo de tres años de atención de ortodoncia activa, más un año de atención de retención. La repetición del tratamiento en caso de recaída no es un servicio cubierto. El tratamiento debe aprobarse y la terapia activa (colocación y activación de aparatos) debe iniciar antes de que el miembro cumpla 19 años.

Servicios de ambulancia aérea. Pagaremos los servicios de ambulancia aérea por enfermedades o afecciones catastróficas y potencialmente mortales cuando sea necesario el transporte rápido para minimizar el riesgo de muerte o deterioro del estado del paciente, cuando el transporte terrestre no sea apropiado para el paciente o cuando sea necesario contar con equipamiento de soporte vital o atención médica avanzada durante el transporte.

Transporte entre instituciones. Pagaremos el transporte aéreo y terrestre entre instituciones cuando dichos servicios se consideren transportes de emergencia. Esto incluye el transporte de una sala de emergencias a un centro psiquiátrico; transporte de una sala de emergencias a un centro de traumatología/cardiología/quemaduras; transporte de una sala de emergencias a una sala de emergencias y transporte de una sala de emergencias a otra institución. No se requiere autorización previa.

Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias. Pagaremos los servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias (CFTSS, por sus siglas en inglés). Los servicios pueden prestarse en la comunidad en donde el niño o joven vive, asiste a la escuela o recibe servicios. Los servicios incluyen: Servicios provistos por otros profesionales con licencia (OLP, por sus siglas en inglés), intervención en caso de crisis, apoyos y tratamientos psiquiátricos en la comunidad (CPST, por sus siglas en inglés), servicios de rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo de familias en situación similar y apoyo de jóvenes en situación similar.

Servicios básicos limitados relacionados con la salud. Pagaremos los servicios básicos limitados relacionados con la salud en una agencia de cuidado de crianza voluntario (VFCA, por sus siglas en inglés) o un centro de salud del artículo 29-I. Los servicios de salud y conductuales deben cumplir con normas razonables y aceptables del ejercicio médico, determinadas por el estado en consulta con organizaciones médicas reconocidas. Los servicios incluyen los siguientes cinco servicios básicos limitados relacionados con la salud: servicios para desarrollar habilidades, servicios de enfermería, planificación del tratamiento y del alta, servicios de supervisión o consulta clínica y enlace/administrador de Child Health Plus de la VFCA.

1 de abril de 2023

Esta cláusula adicional enmienda su contrato de suscripción añadiendo el siguiente beneficio:

Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes (RRSY, por sus siglas en inglés). Pagaremos los servicios de rehabilitación residencial para jóvenes (RRSY) provistos por un programa con licencia, certificado o de otra forma autorizado por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones. Los servicios deben estar clínicamente indicados y especificados en el plan de recuperación/tratamiento individualizado y/o en las notas de progreso.

Actualización de beneficios del Contrato de suscripción de CHPlus

Servicios de centros de cuidados paliativos:

Un centro de cuidados paliativos brinda atención paliativa y de apoyo que se centra en el tratamiento del dolor y de los síntomas relacionados con una enfermedad terminal y las afecciones relacionadas. Pagaremos los servicios curativos y de apoyo médicamente necesarios que están incluidos en el paquete de beneficios para niños de hasta 21 años que reciben atención en centros de cuidados paliativos y que han sido certificados por un médico como enfermos terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos, independientemente del entorno en el que se presten estos servicios.

MetroPlusHealth cubrirá los cuidados paliativos y de apoyo proporcionados al niño que cumplan con las necesidades especiales que surjan del estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se experimenta durante las etapas finales de la enfermedad y durante la muerte y el luto. Además, los familiares son elegibles para un máximo de cinco visitas de asesoramiento por duelo.

La sección 2302 de la Ley de Atención Médica Asequible denominada “Atención Simultánea para Niños”, modifica las secciones 1905(0)(1) y 2110(a)(23) de la Ley del Seguro Social al eliminar la prohibición de que los niños elegibles para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) renuncien a recibir tratamiento curativo para una enfermedad terminal con la elección del beneficio del centro de cuidados paliativos. La nueva disposición exige que los estados pongan a disposición de los niños servicios de centros de cuidados paliativos sin renunciar a ningún otro servicio al que el niño tenga derecho bajo el CHIP para el tratamiento de la enfermedad terminal.

Los programas de servicios de cuidados paliativos deben estar certificados según el artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Todos los servicios deben ser prestados por empleados y voluntarios calificados del programa de cuidados paliativos o por personal calificado a través de convenios contractuales en la medida en que lo permitan las leyes federales y estatales.

Trastorno del espectro autista. Cubriremos los siguientes servicios cuando sean recetados u ordenados por un médico o un psicólogo de la red con licencia y cuando hayamos determinado que son médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los efectos de esta [sección], “trastorno del espectro autista” se refiere a cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnósticos y estadísticas de los trastornos mentales)* en el momento en que se presten los servicios, incluido trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS, por sus siglas en inglés).

1. Detección y diagnóstico. Cubriremos los estudios, las evaluaciones y las pruebas para determinar si una persona tiene un trastorno del espectro autista.

2. Dispositivos de comunicación asistida. Cubriremos una evaluación formal por parte de un patólogo del habla y dellenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de comunicación asistida. En función de la evaluación formal, cubriremos el alquiler o la compra de dispositivos de comunicación asistida cuando sean ordenados o recetados por un médico o un psicólogo con licencia para miembros que no puedan comunicarse a través de los medios normales (es decir, el habla o la escritura) cuando la evaluación indique que es probable que un dispositivo de comunicación asistida les proporcione una mejor comunicación. Entre los ejemplos de dispositivos de comunicación asistida se incluyen tableros de comunicación y dispositivos de generación de voz. Nuestra cobertura se limita a los dispositivos dedicados. Solo cubriremos dispositivos que generalmente no le sirvan a una persona que no tenga una deficiencia de la comunicación. Determinaremos si se debe alquilar o comprar el dispositivo. No cubriremos artículos como computadoras portátiles ni de escritorio ni tabletas, entre otros. Sin embargo, cubriremos el software o las aplicaciones que le permitan a una computadora portátil o de escritorio o a una tableta funcionar como un dispositivo generador de voz. La instalación del programa o el soporte técnico no es reembolsable por separado. Cubriremos la reparación y el reemplazo cuando resulten necesarios por el desgaste normal derivado del uso. No cubriremos la reparación ni el reemplazo que resulten necesarios debido a la pérdida o daños causados por mal uso, maltrato o robo. Sin embargo, cubriremos un reemplazo o una reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas conductuales. Se proporcionará cobertura para el dispositivo más adecuado para el nivel funcional actual del miembro. No se cubre el costo adicional de equipos ni accesorios que no sean médicamente necesarios. No cubriremos los cargos de entrega ni servicio, ni del mantenimiento de rutina. Se requiere la aprobación previa de los dispositivos de comunicación asistida. Consulte los procedimientos de aprobación previa en su Contrato.

3. Tratamiento de salud conductual. Cubriremos los programas de asesoramiento y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, en la medida de lo posible, el funcionamiento máximo de la persona. Brindaremos dicha cobertura cuando un proveedor autorizado proporcione tales programas. Cubriremos el análisis conductual aplicado cuando lo proporcione un analista del comportamiento certificado conforme a la Junta de

Certificación de Analistas del Comportamiento o una persona supervisada por dicho analista del comportamiento certificado y que esté sujeta a los estándares de las reglamentaciones promulgadas por el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York en consulta con los Departamentos de Salud y Educación de Nueva York. Se entenderá por “análisis conductual aplicado” el diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones del entorno, utilizando estímulos del comportamiento y consecuencias, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre entorno y comportamiento. El programa de tratamiento debe describir las metas cuantificables que se ocupan de la afección y las alteraciones funcionales para las que se aplica la intervención, y debe incluir los objetivos de una evaluación inicial y de evaluaciones provisorias posteriores durante la intervención en términos objetivos y medibles. La cobertura de los servicios de análisis conductual aplicado se limita a 680 horas por miembro por año calendario.

4. Atención psiquiátrica y psicológica. Cubriremos los servicios directos o de consulta proporcionados por un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social clínico con licencia en el estado en el que esté ejerciendo.

5. Atención terapéutica. Cubriremos los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, en la mayor medida posible, el funcionamiento de la persona cuando tales servicios los presten terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales con licencia o certificación para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios prestados por dichos proveedores estén cubiertos por el presente Contrato. Salvo que esté prohibido por la ley, los servicios prestados en virtud de este apartado se incluirán en el máximo total de visitas aplicable a los servicios de estos terapeutas o trabajadores sociales de conformidad con este Contrato.

6. Atención farmacéutica. Cubriremos los medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que estén recetados por un proveedor autorizado legalmente para recetar según el título ocho de la Ley de Educación. Nuestra cobertura de este tipo de medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, las disposiciones y las limitaciones que se aplican a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de su Contrato. No cubriremos los servicios ni los tratamientos indicados anteriormente cuando se proporcionen de conformidad con un plan de educación individualizado en virtud de la Ley de Educación.

Anexo sobre equipos y suministros de ostomía de CHPlus.

En vigor a partir del 1 de mayo de 2015

Pagaremos el equipo y los suministros de ostomía recetados por un proveedor de atención médica con licencia y autorizado legalmente para recetar según el título ocho de la Ley de Educación.

ÍNDICE

PARTE I	SU CONTRATO DE SUSCRIPCIÓN	
Sección 1	Introducción.....	0
Sección 2	A Quién Cubre.....	3
Sección 3	Beneficios Hospitalarios.....	5
Sección 4	Servicios Médicos.....	7
Sección 5	Atención De Emergencia.....	11
Sección 6	Servicios De Salud Mental Y Por Trastornos Por Consumo De Sustancias	12
Sección 7	Otros Servicios Cubiertos.....	12
Sección 8	Información Adicional Sobre El Funcionamiento De Este Plan.....	20
Sección 9	Limitaciones Y Exclusiones	22
Sección 10	Primas De Este Contrato	25
Sección 11	Finalización De La Cobertura	26
Sección 12	Acciones Y Reclamos.....	27
Sección 13	Disposiciones Generales.....	36

PARTE II INFORMACIÓN DE METROPLUSHEALTH Y SERVICIOS ESPECIALES

A	Acerca Del Metroplus Health Plan.....	35
B	Primeros Pasos Con Metroplushealth.....	35
C	Responsabilidades Del Miembro.....	36
D	Atención Urgente Y De Emergencia.....	36
E	Cómo Recibir Atención En Situaciones Especiales	38
F	Revisión De La Utilización	39
G	Cómo Obtener Ayuda De Servicios Al Miembro	41
H	Ayuda Para Miembros Que No Hablan Inglés Y Aquellos Que Tienen Problemas Auditivos O De La Vista	42
I	Prevención De Fraude	42
J	Oficina De Conducta Médica Profesional.....	42
K	Aporte De Los Miembros A Las Políticas Y Procedimientos Del Plan.....	42
L	Métodos De Pago A Proveedores.....	43
M	Otra Información Disponible Cuando La Solicite.....	43
N	Declaración De Derechos Del Miembro De Metroplushealth	44
O	Números De Teléfono Importantes	45

PARTE I SU CONTRATO DE SUSCRIPCIÓN

SECCIÓN UNO - INTRODUCCIÓN

1. **Programa Child Health Plus.** Este Contrato se emite de conformidad con un programa especial del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés) del Estado de Nueva York diseñado para proporcionar cobertura de seguro médico subsidiado para niños sin seguro en el estado de Nueva York. MetroPlus Health Plan lo inscribirá en el programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el estado de Nueva York, y tendrá derecho a los servicios de atención médica descritos en este Contrato. Usted o el adulto responsable, como se indica en la solicitud, deben informarnos cualquier cambio de estado, como residencia, ingresos u otro seguro médico, que pueda hacer que no sea elegible para participar en Child Health Plus, dentro del plazo de 60 días a partir de ese cambio.

2. **Atención médica a través de una HMO.** Este Contrato ofrece cobertura a través de MetroPlus Health Plan, que es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés). En una HMO, toda la atención debe ser médicamente necesaria y estar provista, coordinada y autorizada con antelación por su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). A excepción de los servicios de emergencia, determinados servicios obstétricos y ginecológicos y la atención odontológica y oftalmológica, no se cubre la atención recibida sin la aprobación de su PCP. Además, la cobertura solo se proporciona para la atención brindada por un proveedor participante, salvo en casos de emergencia o cuando el PCP lo remite a un proveedor no participante con la aprobación de MetroPlusHealth.

Elección del PCP. Es su responsabilidad seleccionar un PCP de la lista de PCP de MetroPlus Health Plan cuando se inscribe en esta cobertura. La lista incluye un número de teléfono para llamar y averiguar si el proveedor acepta pacientes nuevos. Puede cambiar de PCP llamando a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth sin costo al **1-800-303-9626**. En todo este Contrato, se hará referencia al PCP que elija como “su PCP”.

3. **Palabras que utilizamos.** En todo este Contrato, se hará referencia a MetroPlus Health Plan como “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”. Las palabras

“usted”, “su” o “suyo/a” hacen referencia a usted, el niño para quien se emite este Contrato y que se indica en la tarjeta de identificación.

4. **Definiciones.** Las siguientes definiciones se aplican a este Contrato:

- A. **Contrato** se refiere a este documento. Corresponde al acuerdo legal entre usted y nosotros. Guárdelo con sus documentos importantes para tenerlo disponible para referencia futura.
- B. **Afección de emergencia** se refiere a una afección médica o conductual que se manifiesta con síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, tales que una persona prudente no especializada, con conocimientos promedio de medicina y salud, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata implicaría (A) poner en grave peligro la salud de la persona afectada por tal afección o, en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de dicha persona o de terceros; (B) el deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona; (C) la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona, o (D) la desfiguración grave de dicha persona.
- C. **Servicios de emergencia** se refiere a los servicios médicos hospitalarios y ambulatorios necesarios para el tratamiento de una afección de emergencia.
- D. **Hospital** hace referencia a un hospital general para casos agudos a corto plazo, que:
- tiene como actividad principal proporcionar, con o bajo la supervisión continua de médicos, servicios de diagnóstico y terapéuticos a pacientes hospitalizados para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas;
 - posee departamentos organizados de medicina y cirugía mayor;
 - tiene como requisito que todos los pacientes estén bajo el cuidado de un médico o un dentista;
 - proporciona servicio de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un profesional de enfermería certificado (R.N., por sus siglas en inglés);
 - si se encuentra en el estado de Nueva York, tiene vigente un plan de revisión de hospitalización aplicable a todos los pacientes que cumple al menos los estándares descritos en la

sección 1861 (k) de la Ley Pública de Estados Unidos 89-97 (sección 1395x[k] del Título 42 del Código de los Estados Unidos Comentado [U.S.C., por sus siglas en inglés]);

- tiene la licencia correspondiente de la agencia responsable de otorgar licencia a tales hospitales; y
- no es, más allá de algún caso incidental, un lugar de descanso, un lugar principalmente dedicado al tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para adictos a las drogas o para alcohólicos, ni un lugar para el cuidado en casos de convalecencia, supervisión, educación o rehabilitación.

- E. **Medicamento necesario** se aplica a los servicios y los suministros necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida, ocasionen enfermedades o dolencias, interfieran en la capacidad de una persona para una actividad normal o amenacen con causar alguna discapacidad significativa. Estos servicios deben ser: (1) coherentes con los síntomas o el diagnóstico y el tratamiento de la afección, la enfermedad, la dolencia o la lesión del miembro; (2) adecuados con relación a los estándares de la buena práctica médica tal como lo reconoce la comunidad médica donde se presta el servicio; (3) no solamente para la conveniencia del miembro, su médico, hospital u otro proveedor de atención médica; (4) en el caso de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, medicamento necesario también significa que una atención segura y apropiada no podría brindarse tan adecuadamente al miembro en forma ambulatoria ni en un entorno de tratamiento menos invasivo.
- F. **Hospital participante** se refiere a un hospital autorizado en virtud de un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- G. **Farmacia participante** se refiere a una farmacia autorizada en virtud de un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- H. **Médico participante** se refiere a un médico autorizado en virtud de un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.

- I. **Proveedor participante** se refiere a cualquier médico, dentista u otro profesional de atención médica participante con licencia, hospital, agencia de atención médica a domicilio, laboratorio, farmacia u otra entidad autorizada en virtud de un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- J. **Proveedor no participante** se refiere a un proveedor que no está autorizado en virtud de un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros. No pagaremos los servicios médicos de un proveedor no participante, excepto en caso de emergencia o cuando su PCP lo remita a ese proveedor no participante con nuestra aprobación.
- K. **Prima** se refiere al dinero pagado por la cobertura del seguro médico. El estado de Nueva York pagará la totalidad o parte de su prima. Es posible que usted deba contribuir con parte del pago, en función de sus ingresos (consulte la sección 9 para obtener más información).
- L. **Proveedor de atención primaria (“PCP”)** se refiere al proveedor participante (médico o enfermero practicante) que selecciona cuando se inscribe o al que cambia después de acuerdo con nuestras reglas y que brinda o coordina todos sus servicios de atención médica cubiertos.
- M. **Área de servicio** se refiere a los siguientes condados: Manhattan, Bronx, Queens, y Brooklyn. Usted debe vivir en nuestra área de servicio para tener la cobertura de este Contrato.

SECCIÓN DOS - A QUIÉN CUBRE

1. **A quién cubre este Contrato.** Usted está cubierto por este Contrato si cumple con todos los siguientes requisitos:
 - Tiene menos de 19 años.
 - No tiene otra cobertura de atención médica.
 - No es elegible para Medicaid.
 - Es residente permanente del estado de Nueva York y residente de nuestra área de servicio.
2. **Recertificación.** Revisaremos su solicitud de cobertura para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Debe volver

a enviarnos la solicitud en forma periódica para que podamos determinar si aún cumple con los requisitos de elegibilidad. Este proceso se denomina **“recertificación”**. Si actualmente cubrimos a más de un niño de su familia, la fecha de recertificación para todos los niños de su familia cubiertos por nosotros es el mes asignado al niño que tiene la fecha de recertificación más cercana a partir del **1 de octubre de 2000**. Usted debe realizar la recertificación una vez al año, a menos que otro niño de su familia solicite nuestra cobertura. En ese caso, debe realizar la recertificación a todos los niños cuando ese niño solicite cobertura. A partir de entonces, todos los niños de su familia cubiertos por nosotros realizarán la recertificación cada año en la misma fecha.

3. **Cambio de circunstancias.** Debe notificarnos cualquier cambio en sus ingresos, residencia o cobertura de atención médica que pueda hacer que no sea elegible para este contrato. Debe darnos aviso dentro del plazo de sesenta (60) días a partir del cambio. Si no nos notifica el cambio de circunstancias, es posible que se le solicite que devuelva las primas que se hayan pagado por usted.

SECCIÓN TRES - BENEFICIOS HOSPITALARIOS

1. **Atención en un hospital.** Usted tiene cobertura de atención médicamente necesaria como paciente hospitalizado en un hospital si se cumplen todas las siguientes condiciones:
 - A. El hospital debe ser un proveedor participante, excepto si lo admiten en un hospital no participante para recibir servicios de emergencia o si su PCP coordinó la admisión en un hospital no participante con la autorización previa de MetroPlusHealth.
 - B. La admisión debe ser autorizada con antelación por MetroPlusHealth, excepto en caso de servicios de emergencia.
 - C. Usted debe ser un paciente de cama registrado para el tratamiento correspondiente de una enfermedad, lesión o afección que no se pueda tratar de forma ambulatoria.

2. **Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados.** Los servicios para pacientes hospitalizados cubiertos por este Contrato incluyen lo siguiente:
 - A. Alojamiento y comida diarios, incluida una dieta especial y terapia nutricional;
 - B. Servicios de enfermería de cuidados generales, especiales y críticos, pero no servicios de enfermería privada;
 - C. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con cirugías, centros de recuperación, anestesia y centros de cuidados intensivos o especiales;
 - D. Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación;
 - E. Fármacos y medicamentos que no sean experimentales;
 - F. Sueros, productos biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, apósitos, yesos y materiales para estudios de diagnóstico;
 - G. Hemoderivados, excepto cuando esté disponible la participación en un programa voluntario de reemplazo de sangre;
 - H. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con estudios de diagnóstico y el seguimiento de las funciones fisiológicas,

incluidos, entre otros, estudios y exámenes de laboratorio y patología, cardiográficos, endoscópicos, radiológicos y electroencefalográficos;

- I. Centros, servicios y suministros relacionados con la medicina física, la terapia ocupacional y la rehabilitación;
 - J. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con la radioterapia y la terapia nuclear;
 - K. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con la atención médica de emergencia;
 - L. Quimioterapia;
 - M. Radioterapia, y
 - N. Todos los servicios, los suministros y los equipos médicos, quirúrgicos o relacionados adicionales que habitualmente proporciona el hospital, excepto en la medida en que estén excluidos por este Contrato.
3. **Atención de maternidad.** Además de las complicaciones perinatales, pagaremos la atención de pacientes hospitalizados durante al menos 48 horas después del parto para cualquier parto que no sea una cesárea. Pagaremos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante al menos 96 horas después de una cesárea. La cobertura de atención de maternidad incluye educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia materna o alimentación con biberón y la realización de las evaluaciones clínicas maternas y neonatales necesarias.

Usted tiene la opción de recibir el alta antes de las 48 horas (96 horas en caso de cesárea). Si elige el alta temprana, pagaremos una visita de atención a domicilio si nos la solicita dentro de un plazo de 48 horas posteriores al parto (96 horas en caso de parto por cesárea). La visita de atención a domicilio se realizará dentro de las 24 horas posteriores al alta del hospital o la solicitud de atención a domicilio, lo que ocurra más tarde. La visita de atención a domicilio será aparte de las visitas de atención a domicilio cubiertas por la sección Seis de este Contrato.

4. **Servicios de salud mental y por abuso de sustancias y alcohol para pacientes hospitalizados.** En el caso de servicios de salud mental y servicios por abuso de alcohol y de sustancias, pagaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados prestados en: hospitales; centros operados por la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) en virtud de la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental; y centros que tienen emitido un certificado de operaciones de conformidad con el artículo 23 o el artículo 31 de la Ley de Higiene Mental. Excepto en caso de emergencia, el proveedor debe ser un proveedor participante, a menos que autoricemos la admisión a un proveedor no participante.
5. **Limitaciones y exclusiones**
 - A. No proporcionaremos ningún beneficio en ningún día que esté fuera del hospital, ni siquiera una parte del día. No proporcionaremos beneficios en ningún día en el que la atención para pacientes hospitalizados no fuera médicamente necesaria.
 - B. Los beneficios se pagan en su totalidad por una habitación semiprivada. Si se encuentra en una habitación privada, debe pagar la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria y la solicite su médico.
 - C. No pagaremos artículos que no sean médicos, como alquiler de televisores o cargos telefónicos.

SECCIÓN CUATRO - SERVICIOS MÉDICOS

1. **Su PCP debe proporcionar, coordinar o autorizar todos los servicios médicos.** Excepto en caso de servicios de emergencia o determinados servicios obstétricos y ginecológicos, usted tiene cobertura de los servicios médicos que se enumeran a continuación solo si su PCP los proporciona, coordina o autoriza. Usted tiene derecho a recibir servicios médicos en uno de los siguientes lugares:
 - El consultorio de su PCP.
 - El consultorio o el centro de otro proveedor si su PCP determina que la atención de ese proveedor o centro es apropiada para el tratamiento de su afección.

- El departamento de consultas externas de un hospital.
 - Como paciente hospitalizado en un hospital, tiene derecho a servicios médicos, quirúrgicos y de anestesia. MetroPlusHealth debe autorizar por adelantado todas las admisiones hospitalarias que no sean de emergencia.
2. **Servicios médicos cubiertos.** Pagaremos los siguientes servicios médicos:
- A. Atención médica general y de especialistas, incluidas las consultas.
- B. **Servicios de salud preventivos y exámenes físicos.** Pagaremos los servicios de salud preventivos que incluyen lo siguiente:
- Visitas de control del niño sano de acuerdo con el cronograma de visitas establecido por la Academia Estadounidense de Pediatría;
 - Educación y asesoramiento nutricional;
 - Pruebas de audición;
 - Servicios sociales médicos;
 - Examen de detección ocular;
 - Inmunizaciones de rutina de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización;
 - Pruebas de tuberculina;
 - Pruebas de detección odontológica y del desarrollo
 - Pruebas radiológicas y clínicas de laboratorio, y
 - Prueba de detección de plomo.
- C. **Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones y otras afecciones.** Pagaremos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones, incluido lo siguiente:
- Cirugía como paciente ambulatorio, realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluidos los servicios de anestesia;
 - Atención odontológica en relación con lesiones accidentales en dientes naturales sanos dentro de los doce meses posteriores al accidente;
 - Pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico;
 - Diálisis renal;

- Radioterapia;
 - Quimioterapia;
 - Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un médico;
 - Segunda opinión quirúrgica de un especialista certificado por la junta, y
 - Audiometrías médicamente necesarias.
- D. **Fisioterapia y terapia ocupacional.** Pagaremos los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional a corto plazo. La terapia debe ser especializada. A corto plazo significa no superar las cuarenta (40) visitas en un año calendario.
- E. **Radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis.** Pagaremos la radioterapia y la quimioterapia, incluidas las inyecciones y los medicamentos proporcionados en el momento de la terapia. Pagaremos los servicios de hemodiálisis en su hogar o en un centro, según lo consideremos apropiado.
- F. **Visitas ambulatorias para el tratamiento de afecciones de salud mental y del alcoholismo y el abuso de sustancias.**
Pagaremos las visitas ambulatorias para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Los servicios médicamente necesarios están cubiertos, sin limitaciones en el número de visitas. Las visitas incluyen terapia familiar por el consumo de alcohol o drogas o de salud mental, siempre que dicha terapia esté directamente relacionada con el tratamiento del consumo de alcohol o drogas o de salud mental del niño inscrito.
- G. **Servicios obstétricos y ginecológicos** incluidos servicios prenatales, de trabajo de parto, de parto y posparto cubiertos con respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para la atención relacionada con el embarazo si busca atención de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos. También puede recibir los siguientes servicios de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos sin la autorización de su PCP:
- Un máximo de dos exámenes anuales de atención obstétrica y ginecológica primaria y preventiva, y
 - Atención requerida como resultado de los exámenes anuales o de una afección ginecológica aguda.

- H. **Prueba de detección de cáncer cervical.** Si es una mujer de dieciocho años o menos y es sexualmente activa, pagaremos una prueba de detección de cáncer cervical anual, un examen pélvico anual, una prueba de Papanicolaou y una evaluación de la prueba de Papanicolaou. También pagaremos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual.
- I. **Terapia del habla.** Pagaremos servicios de terapia del habla requeridos para una afección susceptible de mejora clínica significativa dentro de un período de dos meses, a partir del primer día de terapia, cuando los ofrezca un audiólogo, un patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla o un otorrinolaringólogo.

SECCIÓN CINCO - ATENCIÓN DE EMERGENCIA

1. **Visitas a la sala de emergencias del hospital.** Pagaremos los servicios de emergencia provistos en la sala de emergencias de un hospital. Usted puede dirigirse directamente a cualquier sala de emergencias para recibir atención. No tiene que llamar a su PCP primero. La atención de emergencia no está sujeta a nuestra aprobación previa.

MetroPlusHealth recomienda que, si se dirige a la sala de emergencias, usted o alguien en su nombre notifique al Departamento de Gestión de la Utilización de MetroPlusHealth al siguiente día hábil o tan pronto como sea posible. Para hacerlo, llame al número gratuito de Gestión de la Utilización:
1-800-303-9629.

Si, según nuestro criterio, los servicios brindados en la sala de emergencias no fueron para tratar una afección de emergencia definida en la sección Uno, página 4, la visita a la sala de emergencias no se cubrirá.

2. **Admisiones de emergencia en el hospital.** Si es admitido en el hospital, usted o alguien en su nombre debe notificar al Departamento de Gestión de la Utilización de MetroPlusHealth al siguiente día hábil o tan pronto como sea posible. Si es admitido en un hospital no participante, es posible que exijamos que sea trasladado a un hospital participante tan pronto como la afección lo permita.
3. **Servicios de ambulancia.** Pagaremos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios, incluida la evaluación y el tratamiento inmediatos de una afección de emergencia o el transporte no aéreo a un hospital, proporcionado por un servicio de ambulancia con un certificado emitido para operar de conformidad con la sección 3005 de la Ley de Salud Pública.

No necesita nuestra aprobación previa para recibir servicios de ambulancia en caso de una afección de emergencia definida en función del criterio de una persona prudente no especializada como se establece en la sección Uno, página 2. Si, según el criterio de una persona prudente no especializada, se necesitan servicios médicos de emergencia prehospitalarios, incluida la evaluación y el tratamiento o el transporte no aéreo a un hospital, estos se cubrirán. No se cubrirán los servicios de ambulancia prestados en ausencia de una afección de emergencia.

SECCIÓN SEIS - SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

1. **Servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados.** No existen limitaciones para los servicios de salud mental, desintoxicación y rehabilitación para pacientes hospitalizados, siempre que el centro de tratamiento opere de acuerdo con las reglamentaciones estatales.

Pagaremos los servicios de salud mental y los servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados cuando dichos servicios se brinden en un centro que:

- Sea operado por la Oficina de Salud Mental en virtud de la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental;
- Tenga emitido un certificado de operaciones de conformidad con el artículo 23 o el artículo 31 de la Ley de Higiene Mental; o
- Sea un hospital general según la definición del artículo 28 de la Ley de Salud Pública.

Visitas ambulatorias para el tratamiento de afecciones de salud mental y para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. Pagaremos las visitas ambulatorias para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. También pagaremos las visitas ambulatorias para familiares si dichas visitas se relacionan con su salud mental o el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

SECCIÓN OCHO - OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Equipos y suministros para la diabetes.** Pagaremos los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes que sean médicamente necesarios y que sean recetados o recomendados por su PCP u otro proveedor participante legalmente autorizado para recetar según el título 8 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York:
 - Monitores de glucemia;
 - Monitores de glucemia para legalmente ciegos;
 - Sistemas de administración de datos;
 - Tiras reactivas para monitores y lectura visual;

- Tiras reactivas de orina;
- Ayudas para la inyección;
- Cartuchos para legalmente ciegos;
- Insulina;
- Jeringas;
- Bombas de insulina y sus accesorios;
- Dispositivos de infusión de insulina;
- Agentes orales, y
- Equipos y suministros adicionales designados por el Comisionado de Salud como apropiados para el tratamiento de la diabetes.

2. **Educación para el autocontrol de la diabetes.** Pagaremos la educación para el autocontrol de la diabetes ofrecida por su PCP u otro proveedor participante. La educación se impartirá cuando se diagnostique la diabetes, cambie la afección de forma significativa, se inicie una afección que requiera cambios en el autocontrol o cuando la reeducación sea médicamente necesaria según nuestro criterio. También pagaremos visitas a domicilio si fueran médicamente necesarias.

3. **Equipo médico duradero.**

A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos los dispositivos y los equipos que solicite su PCP u otro proveedor participante para el tratamiento de una afección médica específica y que:

- Puedan soportar el uso repetido durante un período prolongado;
- Se usen principal y habitualmente para propósitos médicos;
- Generalmente no sirvan si no hay una enfermedad o lesión, y
- Por lo general, no estén equipados, diseñados ni fabricados para el uso de una persona en particular, aunque el equipo destinado a ser utilizado por una sola persona puede estar hecho a medida o personalizado.

El equipo médico duradero incluye: audífonos; aparatos protésicos (dispositivos que reemplazan o realizan la función de cualquier parte del cuerpo faltante); dispositivos ortopédicos (dispositivos utilizados para sostener un miembro del cuerpo débil o deformado o para restringir o eliminar el movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada); camas de hospital y accesorios; oxígeno y suministros de oxígeno; almohadillas de presión; ventiladores de volumen,

ventiladores terapéuticos, nebulizadores y otros equipos para el cuidado respiratorio; equipos de tracción; andadores; bastones; muletas; sillas de ruedas y accesorios; inodoros portátiles; barras de agarre para el baño; monitores de apnea; elevadores de pacientes; bombas de infusión de nutrición y bombas de infusión ambulatorias. También pagaremos el mantenimiento de los equipos (mano de obra y repuestos).

B. Proveedor participante u otro proveedor de DME participante.

Excepto en caso de emergencia, la receta para el equipo médico duradero debe surtirla la farmacia u otro proveedor participantes.

C. Exclusiones y limitaciones. En virtud de esta sección, no pagaremos lo siguiente:

- Aparatos y dispositivos experimentales;
- Dispositivos ortopédicos recetados únicamente para su uso durante la práctica deportiva;
- Prótesis craneales (pelucas), y
- Prótesis dentales, excepto las que sean necesarias debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos y proporcionadas dentro de los 12 meses posteriores al accidente, y excepto las prótesis dentales necesarias en el tratamiento de una anomalía congénita o como parte de una cirugía reconstructiva.

4. Medicamentos recetados y de venta libre.

A. Alcance de la cobertura. Pagaremos los medicamentos médicamente necesarios y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que requieran receta y los de venta libre incluidos en el formulario de Child Health Plus de MetroPlusHealth. La cobertura incluye fórmulas enterales médicamente necesarias (suplementos nutricionales) para uso en el hogar (incluidas fórmulas para el tratamiento de la fenilcetonuria, la cetonuria de cadena ramificada, la galactosemia y la homocistinuria) y productos alimenticios sólidos modificados bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas para el tratamiento de determinadas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos. También pagaremos dispositivos y medicamentos anticonceptivos.

- B. Proveedor y farmacia participantes.** Pagaremos únicamente medicamentos recetados para usar fuera de un hospital. Excepto en caso de emergencia, la receta debe ser emitida por un proveedor participante o un proveedor no participante a quien su PCP lo haya remitido con nuestra aprobación. Excepto en caso de emergencia, las recetas deben surtirse en una farmacia participante.
- C. Exclusiones y limitaciones.** En virtud de esta sección, no pagaremos lo siguiente:
- La administración o la inyección de ningún medicamento;
 - El reemplazo de recetas perdidas o robadas;
 - Medicamentos recetados utilizados únicamente para fines cosméticos;
 - Medicamentos experimentales o en fase de investigación, a menos que estén aprobados por el director médico del Plan o un agente de apelación externa;
 - Medicamentos no aprobados por la FDA, excepto que pagaremos un medicamento recetado aprobado por la FDA para el tratamiento del cáncer cuando el medicamento se recetó para un tipo de cáncer diferente al tipo para el cual se obtuvo la aprobación de la FDA. Sin embargo, el medicamento debe estar reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer para el que fue recetado por una de estas publicaciones:
 - (a) AMA Drug Evaluations,
 - (b) American Hospital Formulary Service,
 - (c) U.S. Pharmacopoeia Drug Information, o
 - (d) Un artículo de opinión o un comentario editorial en una de las principales revistas especializadas con revisores externos.
 - Dispositivos y suministros de ningún tipo, excepto dispositivos anticonceptivos o de planificación familiar, termómetros basales, condones femeninos y masculinos y diafragmas.
 - Vitaminas y otros suplementos nutricionales, excepto cuando sean necesarios para tratar una enfermedad o afección diagnosticada.
 - Los medicamentos recetados utilizados para tratar la disfunción eréctil no están cubiertos.

5. **Atención médica a domicilio.** Pagaremos hasta cuarenta (40) visitas por año calendario para la atención médica a domicilio proporcionada por una agencia de atención médica a domicilio certificada que sea un proveedor participante. Pagaremos la atención médica a domicilio solo si tuviera que ser admitido en un hospital si no se le brindara atención a domicilio.

La atención a domicilio incluye uno o más de los siguientes servicios:

- atención a domicilio de enfermería de medio tiempo o intermitente bajo la supervisión de un profesional de enfermería certificado;
- servicios de asistente de salud a domicilio de medio tiempo o intermitente que consisten principalmente en cuidar al paciente;
- fisioterapia o terapia ocupacional o del habla si la proporciona la agencia de salud a domicilio, y
- suministros médicos, medicamentos recetados por un médico y servicios de laboratorio realizados por la agencia de salud a domicilio certificada, o en su nombre, en la medida en que dichos artículos habrían sido cubiertos si la persona hubiera estado en un hospital.

6. **Pruebas previas a la admisión.** Pagaremos las pruebas previas a la admisión cuando se realicen en el hospital en donde está programada la cirugía, en los siguientes casos:

- se han realizado reservas para una cama de hospital y para un quirófano en ese hospital, antes de la realización de las pruebas;
- su médico ordenó las pruebas, y
- la cirugía se lleva a cabo dentro de los siete días posteriores a dichas pruebas previas a la admisión.

Si se cancela la cirugía debido a los resultados de las pruebas previas a la admisión, cubriremos el costo de ellas.

7. **Atención odontológica.**

- A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos los servicios odontológicos de emergencia, preventivos y de rutina proporcionados por un proveedor participante. No necesita la autorización de su PCP para la atención odontológica cubierta si busca dicha atención de un proveedor participante calificado. Los servicios odontológicos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad o un traumatismo odontológico.
- Procedimientos que ayuden a prevenir enfermedades bucales, incluidos, entre otros, profilaxis (descamación y pulido de los dientes) cada 6 meses; aplicación tópica de fluoruro cada 6 meses donde el suministro de agua local no esté fluorado; y selladores en molares permanentes no restaurados.
- Después de que erupcionen los dientes primarios, exámenes dentales de rutina una vez dentro de un período consecutivo de 6 meses.
- Radiografías, incluidas radiografías de la boca completa cada treinta y seis (36) meses y, si es necesario, radiografías de aleta de mordida cada seis (6) a doce (12) meses o radiografías panorámicas cada 36 meses si es necesaria, y otras radiografías necesarias una vez que erupcionen los dientes primarios.
- Todos los procedimientos necesarios para extracciones simples y otro tipo de cirugía dental de rutina que no requieran de hospitalización, inclusive la atención pre y posoperatoria.
- Sedación consciente en el consultorio.
- Amalgamas, restauraciones con resina compuesta y coronas de acero inoxidable.
- Otros materiales de restauración apropiados para los niños.
- Endodoncia, que incluye todos los procedimientos para el tratamiento de la cámara de la pulpa y los conductos pulpares enfermos que no requieran hospitalización.
- Servicios de periodoncia, que incluyen aquellos previos a la ortodoncia o que conducen a ella.
- Prostodoncia, incluidas las dentaduras postizas completas o parciales removibles con atención de seguimiento de seis meses y, si se cumple una o más de las siguientes condiciones, puentes fijos:
 - Requeridos para el reemplazo de una pieza dentaria individual anterosuperior (incisivo lateral/central o cuspídeo) en un paciente que, salvo por esta pieza, posea un complemento total de dientes funcionales o restaurados; o
 - Requeridos para la estabilización del paladar hendido; o
 - Requeridos, según lo demuestra la documentación médica,

debido a la presencia de cualquier afección fisiológica o neurológica que impide la colocación de una prótesis removible.

- Inserción de la identificación de dientes flojos, reparaciones, rellenados y amalgamas en prostodoncia.
- Mantenedores de espacio unilaterales o bilaterales para colocarlos en una dentición decidua o mixta restaurada para mantener el espacio para que los dientes permanentes se desarrollen con normalidad.

B. **Exclusiones y limitaciones.** No pagaremos servicios de ortodoncia.

8. **Atención oftalmológica.**

A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos la atención oftalmológica de emergencia, preventiva y de rutina. No necesita la autorización de su PCP para la atención oftalmológica cubierta si obtiene dicha atención de un proveedor participante calificado de servicios de atención oftalmológica. Los servicios oftalmológicos cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Exámenes de la vista.** Pagaremos exámenes de la vista con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos y, si es necesario, para proporcionar una receta de lentes correctivos. Pagaremos un examen de la vista en un período de doce (12) meses, salvo que se requiera con más frecuencia con la documentación correspondiente. El examen de la vista puede incluir, entre otras cosas, historia clínica, examen externo del ojo o examen interno del ojo, examen oftalmoscópico, determinación del estado refractivo, distancia binocular, pruebas de tonometría por glaucoma, campo visual macroscópico y pruebas de visión de color, resumen de resultados y recomendación de lentes correctivos.
- **Lentes recetados.** Pagaremos lentes recetados estándar de calidad una vez en un período de doce (12) meses, salvo que se requieran con más frecuencia con la documentación correspondiente. Los lentes recetados pueden estar hechos de vidrio o plástico.
- **Marcos.** Pagaremos marcos estándar que puedan sostener lentes, una vez en un período de doce (12) meses, salvo que se

requieran con más frecuencia con la documentación correspondiente.

- **Lentes de contacto.** Pagaremos lentes de contacto únicamente cuando sean considerados médicamente necesarios.

B. **Exclusiones y limitaciones.** No pagaremos lentes de contacto que no sean médicamente necesarios.

9. **Servicios de centros de cuidados paliativos.** Pagaremos un programa coordinado de cuidados paliativos para brindar servicios médicos y de apoyo no curativos (ya sea en el hogar o en un hospital para pacientes hospitalizados) para niños (hasta los 19 años) que hayan sido certificados por un médico como enfermos terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos.

Estos servicios cubrirán los cuidados paliativos y de apoyo proporcionados al niño que cumplan con las necesidades especiales que surjan del estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se experimenta durante las etapas finales de la enfermedad y durante la muerte y el luto. Además, los familiares son elegibles para un máximo de cinco visitas de asesoramiento por duelo.

Los programas de servicios de cuidados paliativos deben estar certificados según el artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Todos los servicios deben ser prestados por empleados y voluntarios calificados del programa de cuidados paliativos o por personal calificado a través de convenios contractuales en la medida en que lo permitan las leyes federales y estatales.

10. **Habla y audición.** Pagaremos servicios de habla y audición, incluidos audífonos, baterías para audífonos y reparaciones. Estos servicios incluyen el examen de audición por año para determinar la necesidad de una medida correctiva. Se cubrirá la terapia del habla requerida para una afección susceptible de mejora clínica significativa dentro de un período de dos meses, a partir del primer día de terapia, cuando la ofrezca un audiólogo, un patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla o un otorrinolaringólogo.

SECCIÓN OCHO - INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE ESTE PLAN

- 1. Cuándo un especialista puede ser su PCP.** Si tiene una enfermedad o afección potencialmente mortal o degenerativa e incapacitante, puede pedir que un especialista que es un proveedor participante sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP, y decidiremos si sería más apropiado que el especialista lo atienda con esa función.
- 2. Remisión permanente a un especialista de la red.** Si necesita atención especializada en forma continua, puede recibir una “remisión permanente” a un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no necesitará una nueva remisión de su PCP cada vez que tenga que ver a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si una “remisión permanente” sería apropiada en su caso.
- 3. Remisión permanente a un centro de atención especializada.** Si tiene una enfermedad o afección potencialmente mortal o degenerativa e incapacitante, puede solicitar una remisión permanente a un centro de atención especializada que sea un proveedor participante. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de atención especializada para decidir si dicha remisión es apropiada.
Cuando su proveedor abandona la red. Si está en tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, podrá seguir recibiendo la atención del antiguo proveedor participante, en determinados casos, durante un plazo máximo de 90 días después de que le notifiquemos que el proveedor se va. Si está embarazada y está en su segundo o tercer trimestre, puede continuar su atención con el antiguo proveedor participante hasta después del parto y durante la atención posparto que esté directamente relacionada con el parto. Sin embargo, para que continúe con la atención durante un máximo de 90 días o hasta el final del embarazo con un antiguo proveedor participante, el proveedor debe aceptar nuestro pago y cumplir con nuestros procedimientos y políticas, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención.
- 4. Cuando miembros nuevos están con un tratamiento en curso.** Si está con un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando se inscribe en nuestro plan, es posible que pueda recibir atención del proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha en que obtiene la cobertura de este Contrato. El tratamiento en curso debe ser por una

enfermedad o afección potencialmente mortal o degenerativa e incapacitante. También puede continuar recibiendo la atención de un proveedor no participante si está en el segundo o tercer trimestre de embarazo cuando se inicia la cobertura de este Contrato. Puede continuar recibiendo la atención hasta el parto, así como cualquier servicio de posparto directamente relacionado con el parto. Sin embargo, para que continúe con la atención durante un máximo de 60 días o hasta el final del embarazo, el proveedor no participante debe aceptar nuestro pago y cumplir con nuestros procedimientos y políticas, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención.

SECCIÓN NUEVE - LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Además de las limitaciones y exclusiones que ya se mencionaron, no pagaremos lo siguiente:

1. **Atención que no es médicamente necesaria.** Por lo general, el Plan no cubrirá ningún servicio de atención médica que el Plan, a su solo criterio, determine que no es médicamente necesario. Sin embargo, si un agente de apelación externa certificado por el estado anula nuestra denegación, el Plan cubrirá el procedimiento, tratamiento, servicio, producto farmacéutico o equipo médico duradero para el cual se haya denegado la cobertura, en la medida en que dicho procedimiento, tratamiento, servicio, producto farmacéutico o equipo médico duradero esté cubierto por los términos de este Contrato de suscripción. (Para más información sobre las apelaciones externas, consulte la sección 11 de este Contrato de suscripción).
2. **Prácticas médicas aceptadas.** No tiene derecho a recibir servicios que no cumplan con las prácticas y normas médicas o psiquiátricas aceptadas vigentes en el momento del tratamiento.
3. **Atención que no es provista ni autorizada por su PCP.** Salvo que se establezca lo contrario en este Contrato, usted tiene derecho a los beneficios de los servicios solo cuando su PCP los proporcione, autorice o coordine. Si elige recibir atención que su PCP no le proporciona autoriza ni coordina, no seremos responsables de los costos en los que incurra.
4. **Servicios para pacientes hospitalizados en un hogar de reposo, en un centro de rehabilitación o en cualquier otro centro no cubierto expresamente por este Contrato.**
5. **Servicios médicos mientras está hospitalizado en un hogar de reposo, en un centro de rehabilitación o en cualquier otro centro que no esté expresamente cubierto por este Contrato.**
6. **Servicios experimentales o de investigación.** Por lo general, el Plan no cubre los tratamientos experimentales o de investigación. Sin embargo, el Plan cubrirá un tratamiento experimental o de investigación aprobado por un agente de apelación externa certificado por el estado. Si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que forma parte de un estudio clínico, el Plan solo cubrirá los costos de los servicios necesarios para brindar el tratamiento de acuerdo con el diseño del estudio. El

Plan no será responsable de los costos de medicamentos o dispositivos en fase de investigación, de los costos de servicios no relacionados con la salud, de los costos de gestión de la investigación ni de los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato de suscripción para tratamientos no experimentales o de observación. (Para más información sobre las apelaciones externas, consulte la sección 11 del Contrato de suscripción).

7. **Cirugía estética.** No pagaremos cirugías estéticas, a menos que sean médicamente necesarias, con excepción de la cirugía reconstructiva, la cual pagaremos en los siguientes casos:
 - Después de una cirugía por un traumatismo, infección u otras enfermedades de la parte del cuerpo involucrada; o
 - Cuando se requiera para corregir un defecto funcional como resultado de la enfermedad o anomalía congénitas.
8. **Fecundación in vitro, inseminación artificial u otros medios de concepción asistida.**
9. **Servicios de enfermería privada.**
10. **Donación de sangre autóloga.**
11. **Servicios de manipulación física.** No pagaremos ningún servicio relacionado con la detección y corrección (por medios manuales o mecánicos) de desequilibrios estructurales; o distorsión; o una subluxación en el cuerpo humano con el fin de eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de esta. Esta exclusión se aplica cuando la interferencia nerviosa es el resultado de o está relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral.
12. **Atención del pie de rutina.**
13. **Otros seguros de salud, beneficios de salud y programas gubernamentales.** Reduciremos nuestros pagos en virtud de este Contrato al monto que usted es elegible para recibir por el mismo servicio en virtud de otro seguro médico, planes de beneficios de salud o programas gubernamentales. Otro seguro médico incluye la cobertura de aseguradoras, Planes Blue Cross and Blue Shield o HMO, o programas similares. Los planes de beneficios de salud incluyen los planes autoasegurados o no asegurados, tales como los que ofrecen u organizan empleadores,

fiduciarios, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones de beneficios para empleados. Los programas gubernamentales incluyen Medicare o cualquier otro programa federal, estatal o local, excepto el Programa para Niños Físicamente Discapacitados y el Programa de Intervención Temprana.

14. **Seguro de automóvil independiente de la culpabilidad.** No pagaremos ningún servicio que esté cubierto por los beneficios obligatorios del seguro de automóvil independiente de la culpabilidad. No haremos ningún pago incluso si no reclama los beneficios a los que tiene derecho a recibir en virtud del seguro de automóvil independiente de la culpabilidad.
15. **Otras exclusiones.** No pagaremos lo siguiente:
 - a. Procedimientos de transformación de sexo;
 - b. Cuidado de apoyo.
16. **Compensación laboral.** No cubriremos ningún servicio ni cuidado de una lesión, afección o enfermedad si se presentó una reclamación y se recibieron beneficios de conformidad con la Ley de Compensación Laboral o una legislación similar.

SECCIÓN DIEZ - PRIMAS DE ESTE CONTRATO

1. **Monto de las primas.** Nosotros determinamos el monto de la prima de este Contrato y dicho monto es aprobado por la Superintendencia de Seguros del Estado de Nueva York.
2. **Su contribución para la prima.** De conformidad con la Ley del Estado de Nueva York, es posible que se le requiera contribuir una parte del costo de la prima. Le notificaremos la contribución requerida, si la hubiera.
3. **Período de gracia.** Todas las primas de este Contrato vencen un mes por adelantado. Sin embargo, permitiremos un período de gracia de 30 días para el pago de todas las primas, excepto la del primer mes. Esto significa que, con excepción de la prima del primer mes de cada hijo(a), si recibimos el pago dentro de los 30 días de la fecha de su vencimiento, continuaremos con la cobertura en virtud de este Contrato durante todo el período cubierto por el pago. Si no recibimos el pago dentro del período de gracia de 30 días, la cobertura en virtud de este Contrato finalizará el último día del mes en que vence el pago.
4. **Acuerdo de pago de los servicios si no se paga la prima.** No tiene derecho a ningún servicio durante los períodos en los que no se ha pagado la prima. Si se reciben servicios durante dicho período, usted acepta pagar por los servicios prestados.
5. **Cambios en las primas.** Si hubiera un aumento o una disminución en la prima o en su contribución para la prima de este Contrato, le daremos un aviso por escrito del cambio con al menos treinta días de anticipación.
6. **Cambios en sus ingresos o en el tamaño del hogar.** Puede solicitar que revisemos la contribución de su prima familiar cada vez que cambien sus ingresos o el tamaño de su hogar. Puede solicitar una revisión llamándonos al **1-800- 303-9626** o llamando a la Línea directa de Child Health Plus al **1-800-698-4543**. En ese momento, le daremos el formulario y los requisitos de documentación necesarios para llevar a cabo la revisión. Reevaluaremos la contribución de su prima familiar y le notificaremos los resultados en un plazo de 10 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud y la documentación necesaria para realizar la revisión. Si la revisión resulta en un cambio en la contribución de su prima familiar, aplicaremos el cambio a más tardar 40 días después de recibir la solicitud de revisión completa y la documentación de respaldo.

SECCIÓN ONCE - FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

1. **Por falta de pago de la prima.** Si usted debe pagar una prima por este Contrato, este Contrato finalizará al final del período de gracia de 30 días si no recibimos su pago. Por ejemplo, si su prima vence el 1 de julio y no la paga a más tardar el 31 de julio (el final del período de gracia de 30 días), no se realizará ningún pago en virtud de este Contrato por los servicios que reciba después del 31 de julio.
2. **Cuando se muda fuera del área de servicio.** Este Contrato finalizará cuando deje de residir permanentemente en el área de servicio.
3. **Cuando ya no reúna los requisitos de elegibilidad.** Este Contrato finalizará:
 - A. El último día del mes en el que cumpla 19 años; o
 - B. La fecha de su inscripción en el programa Medicaid; o
 - C. La fecha en la que comienza su cobertura en virtud de otro programa de beneficios de salud (incluido un programa asegurado o autoasegurado a través de un grupo de empleadores, sindicato u otra asociación).
4. **Finalización del programa Child Health Plus.** Este Contrato finalizará automáticamente en la fecha en que la Ley del Estado de Nueva York establezca que el programa Child Health Plus finaliza, cuando el Estado rescinda este Contrato o cuando ya no tengamos disponible la financiación del Estado de Nueva York para el programa Child Health Plus.
5. **Nuestra opción de rescindir este Contrato.** Podemos rescindir este Contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:
 - A. Fraude al solicitar la inscripción en virtud de este Contrato o al recibir los servicios.
 - B. Otros motivos que estén en los archivos del Superintendente de Seguros al momento de dicha rescisión y con la aprobación de este. Se le enviará una copia de tales otros motivos. Le daremos un aviso por escrito de dicha rescisión con treinta (30) días de anticipación como mínimo.
 - C. Interrupción de la clase de Contratos a la que pertenece este Contrato mediante un aviso por escrito de dicha rescisión con al menos cinco meses de anticipación.
 - D. Si no provee la documentación que solicitamos para la recertificación.

6. **Su opción de rescindir este Contrato.** Puede rescindir este Contrato en cualquier momento notificándonos con al menos un mes de anticipación. Le reembolsaremos cualquier parte de la prima de este Contrato que usted haya pagado por adelantado.
7. **Tras su fallecimiento.** Este Contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.
8. **Beneficios después de la rescisión.** Si está totalmente discapacitado en la fecha de rescisión de este Contrato y ha recibido servicios médicos por la enfermedad, lesión o afección que causó la discapacidad total mientras estaba cubierto por este Contrato, continuaremos pagando la enfermedad, lesión o afección relacionada con la discapacidad total durante un período ininterrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:
 - La fecha en la que, a nuestro exclusivo criterio, usted ya no está totalmente discapacitado; o
 - Una fecha transcurridos doce (12) meses a partir de la fecha de rescisión de este Contrato.

No pagaremos más atención de la que hubiera recibido si su cobertura en virtud de este Contrato no hubiera terminado.

9. **Reemplazo de la cobertura rescindida.** MetroPlus Health Plan no tiene licencia para ofrecer productos de seguros comerciales que no sean un plan de atención administrada grupal para empleados de New York City Health and Hospitals Corporation. Si este Contrato finaliza porque cumple 19 años o porque finaliza el programa Child Health Plus, le daremos información sobre otras compañías de seguros que venden pólizas de seguro de salud individuales.

SECCIÓN DOCE - ACCIONES Y RECLAMOS

Apelaciones de acción

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. **Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe más adelante en este manual. Cualquier decisión de denegar una

solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **acción**.

Si no está de acuerdo con nuestras decisiones acerca de su atención, hay ciertas medidas que puede tomar.

Su proveedor puede pedirnos una reconsideración:

Si tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicio sin hablar con su médico, su médico puede solicitar hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación de acción:

- Si no está conforme con una acción que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 90 días calendario a partir del momento en que nos comunicamos con usted para presentar una apelación.
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre. Puede llamar a Servicios al Miembro: **1-800-303-9626** si necesita ayuda para presentar una apelación.
- No lo trataremos diferente ni tomaremos represalias contra usted por presentar una apelación.
- La apelación puede realizarse por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, luego deberá hacerlo por escrito.

Se revisará su apelación de acción de acuerdo con el proceso rápido en los siguientes casos:

- Si usted o su médico piden que la apelación se revise utilizando el proceso rápido. Su médico tendrá que explicar por qué el retraso puede provocar daños a su salud. Le informaremos si se le deniega su solicitud para la revisión rápida, y su apelación se revisará de acuerdo con el proceso estándar.
- Si se denegó su solicitud de continuar recibiendo una atención que recibe actualmente o si necesita extender un servicio que se le ha brindado.
- Las apelaciones por vía rápida pueden realizarse por teléfono y usted no tiene que presentarla también por escrito.

Qué sucede después de recibir su apelación:

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su apelación.
- Las apelaciones de acción de asuntos clínicos las decidirán profesionales de atención médica calificados que no tomaron la primera decisión y al menos uno de ellos será un revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que tomaron su primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o la persona que haya designado podrán ver su archivo del caso, incluso el historial médico y cualquier otro documento o registro que se utilice para tomar la decisión de su caso.
- También puede proporcionar información para la toma de dicha decisión en persona o por escrito.
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si aún no está satisfecho, se le explicarán los demás derechos de apelación que tenga, o usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **1-800-206-8125**.

Plazos para las apelaciones de acción:

- Apelaciones estándar: Si contamos con toda la información necesaria, le daremos a conocer nuestra decisión en un plazo de treinta días hábiles a partir de su apelación. Se le enviará una notificación de nuestra decisión por escrito dentro de los 2 días hábiles de que hayamos tomado la decisión.
- Apelaciones rápidas: Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de apelaciones rápidas se tomarán en 2 días hábiles a partir de su apelación. Tres días hábiles después de que nos presente su apelación, le diremos si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos un aviso por escrito.

Si necesitamos más información ya sea para tomar una decisión rápida o estándar acerca de su apelación de acción:

- Le escribiremos e indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud es para una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso por escrito.
- Le indicaremos por qué le conviene que haya una demora.
- Tomaremos una decisión a más tardar a los 14 días de haberle solicitado más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. El motivo de esto podría ser que aún cuenta con más información para presentar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al **1-800-303-9626** o por escrito.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de acción. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **1-800-206-8125**.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación, la decisión original en su contra se revocará automáticamente, lo que significa que se aprobará su solicitud de autorización de servicio.

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención:

En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios mientras espera que se decida su apelación. Puede continuar con los servicios que debían terminar o reducirse si presenta su apelación:

- Dentro de los diez días posteriores a enterarse de que se ha denegado su solicitud o de que cambiará su atención; o
- Hasta la fecha en que está programado el cambio en el servicio.

Si presenta una apelación, es posible que tenga que pagar el costo de los beneficios que haya seguido recibiendo.

Apelaciones externas

Si el plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque no es médicamente necesario o porque es experimental o de investigación, puede solicitarle al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Se denomina apelación externa porque la decisión la toman revisores

que no trabajan para el plan de salud o el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de apelar al estado:

1. Debe presentar una apelación de acción ante el plan y obtener la determinación adversa definitiva del plan; **o**
2. Si tuvo una apelación de acción rápida y no está conforme con la decisión del plan, puede elegir presentar una apelación de acción estándar ante el plan o pasar directamente a una apelación externa; **o**
3. Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa.

Usted tiene 45 días después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe pedir la apelación externa dentro de los 45 días posteriores a ese acuerdo.

Es posible que tenga a su disposición apelaciones adicionales para su plan de salud si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea que se lleve a cabo una apelación externa, aún tendrá que presentar la solicitud ante el Departamento de Seguros del estado en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que el plan le envía el aviso sobre la determinación adversa definitiva o cuando usted y el plan acuerdan renunciar al proceso de apelación del plan.

Perderá su derecho a una apelación externa si no presenta la solicitud para la apelación externa a tiempo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del estado. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico.

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Seguros del estado al: **1-800-400-8882**
- Visite el sitio web del Departamento de Seguros del estado en www.ins.state.ny.us
- Póngase en contacto con el plan de salud al **1-800-303-9626**

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días hábiles. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. A usted y al plan se les informará la decisión definitiva en el término de dos días a partir de la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora le causaría daños graves a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de tres días o menos. El revisor comunicará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o por fax. Posteriormente, se le enviará una carta que le informa la decisión.

Proceso de quejas

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le proporcione buenos servicios. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Si tiene un problema o un conflicto con su atención o sus servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelvan por teléfono y cualquier otra queja que llegue por correo se manejarán de acuerdo con el procedimiento de quejas que se describe abajo.

Puede pedir a alguien de su confianza (como su representante legal, un familiar o amigo) que presente la queja en su nombre. Podemos ayudarlo si necesita ayuda debido a alguna discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción, o ayuda para completar los formularios. No le dificultaremos el proceso ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

También tiene el derecho de contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja llamando al **1-800-206-8125** o escribiendo a: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede comunicarse directamente con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al **1-800-342-3736** si su queja se debe a un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante el plan:

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**, de lunes a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. Si nos llama después del horario laboral, deje un mensaje. Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

También puede presentar su queja por escrito. Debe enviarla por correo a:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

Attention: Member Services

Qué sucede después:

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de haber recibido su queja por escrito, le enviaremos una carta en 15 días hábiles. La carta le informará sobre lo siguiente:

- quién trabaja en su queja
- cómo comunicarse con dicha persona
- si necesitamos más información

Una o más personas calificadas revisarán su queja. Si su queja involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso.

Después de que revisemos su queja:

- Le comunicaremos nuestra decisión en 45 días a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su queja, pero dicho plazo no excederá los 60 días posteriores a la recepción de su queja. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora pueda poner su salud en riesgo, le comunicaremos nuestra decisión en 48 horas a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su queja, pero dicho plazo no excederá los 7 días posteriores a la recepción de su queja. Nos comunicaremos con usted con respecto a nuestra decisión, o intentaremos contactarnos con usted para comunicárselo. Luego de nuestra comunicación, recibirá una carta en 3 días hábiles.

- Se le indicará cómo apelar nuestra decisión si no está de acuerdo e incluiremos cualquier formulario que pudiera necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una carta para informárselo.

Apelaciones de quejas:

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su queja, usted o alguien de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de quejas:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene 90 días calendario después de nuestra comunicación para presentar una apelación;
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre.
- La apelación debe presentarse por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, luego deberá hacerlo por escrito.

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

Después de que recibimos su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le informará sobre lo siguiente:

- quién trabaja en su apelación de la queja
- cómo comunicarse con dicha persona
- si necesitamos más información

Una o más personas calificadas de un nivel superior al de las personas que tomaron la primera decisión sobre su queja revisarán su apelación de la queja. Si su apelación de la queja está relacionada con asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados, con al menos un revisor clínico, que no hayan estado involucrados en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Si contamos con toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión en 30 días hábiles. Si un retraso puede poner en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contamos con toda la información necesaria para tomar la decisión sobre la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si todavía no está conforme, usted o alguna persona en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud

del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125**.

SECCIÓN TRECE - DISPOSICIONES GENERALES

1. **Intransferibilidad.** Usted no puede ceder los beneficios de este Contrato. Cualquier cesión o intento de cesión es nulo. Cesión significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho a los beneficios provistos por este Contrato.
2. **Acción legal.** Debe iniciar cualquier acción legal contra nosotros en virtud de este Contrato dentro de los doce (12) meses a partir de la fecha en que nos negamos a pagar por un servicio en virtud de este Contrato. Si inicia una acción legal contra nosotros reclamando lesiones personales, muerte por negligencia o daños a bienes muebles o inmuebles, debe presentar el formulario Notificación de reclamación dentro de los noventa (90) días según lo establecido en la sección 50-i de la Ley Municipal General.
3. **Modificaciones del Contrato.** Podemos modificar este Contrato si el cambio es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de Nueva York. Le notificaremos los cambios por escrito con al menos 30 días de antelación.
4. **Registros médicos.** Acordamos preservar la confidencialidad de sus registros médicos. Para administrar este Contrato, puede ser necesario que obtengamos sus registros médicos de hospitales, médicos u otros proveedores que lo hayan atendido. Cuando obtiene la cobertura en virtud de este Contrato, nos da permiso para obtener y utilizar dichos registros.
5. **Quién recibe el pago en virtud de este Contrato.** Les pagaremos directamente a los proveedores participantes para que le presten servicios. Si recibió servicios cubiertos de cualquier otro proveedor, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor.
6. **Aviso.** Cualquier aviso en virtud de este Contrato puede enviarse por correo de los Estados Unidos, franqueo prepagado, dirigido de la siguiente manera:

Si el aviso MetroPlus Health Plan
es para 50 Water Street, 7th Floor
nosotros: New York, NY 10004

Si el aviso A la última dirección que
es para nos proporcionó en el
usted: formulario de inscripción
o en el formulario oficial
de cambio de dirección.

PARTE II

INFORMACIÓN DE METROPLUSHEALTH Y SERVICIOS ESPECIALES

A. ACERCA DEL METROPLUS HEALTH PLAN

MetroPlus Health Plan es una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) que ofrece una amplia gama de beneficios de atención médica, entre ellos, cobertura de atención preventiva y para el tratamiento de enfermedades y lesiones. El plan pertenece y es operado por la New York City Health and Hospitals Corporation (HHC). Nuestros proveedores participantes incluyen muchos hospitales y centros de salud de HHC, y muchos otros proveedores de atención médica en su comunidad.

Las oficinas comerciales de MetroPlus Health Plan están en la siguiente dirección:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

B. PRIMEROS PASOS CON METROPLUSHEALTH

Carta de bienvenida, tarjeta de identificación (ID) y tarjeta de medicamentos recetados: Una vez que su inscripción haya sido procesada, le enviaremos una carta de bienvenida que establece la fecha en la que comenzará su cobertura. Recibirá su tarjeta de identificación (ID) y de medicamentos recetados de Child Health Plus de MetroPlus poco después de que su membresía entre en vigor. Su tarjeta de identificación tendrá su nombre, dirección, número de identificación, el nombre y número de teléfono de su Proveedor de Atención Primaria y la "fecha de entrada en vigor" (la fecha en que comienza su cobertura de seguro). Si la información es incorrecta o si no recibe su tarjeta por correo, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**. Si necesita servicios antes de que reciba su tarjeta de identificación, puede mostrarle a su proveedor la carta de bienvenida. Su proveedor puede llamar a Servicios al Miembro para confirmar su cobertura.

Sesiones de orientación para los miembros nuevos: Cuando se une a MetroPlus Health Plan, recibirá una carta invitándolo a una sesión de orientación para miembros nuevos. La sesión de orientación se realizará en un lugar de atención médica práctico en su comunidad. Un representante de Servicios al Miembro de MetroPlusHealth le informará más sobre sus beneficios con Child Health Plus y cómo usar el Plan. Esperamos que asista.

Examen físico inicial. Un examen "inicial" es un chequeo completo. Lo recomendamos y lo pagamos. Su PCP recopilará información de salud completa para poder sugerir un programa de visitas de seguimiento e inmunizaciones (vacunas para prevenir enfermedades). El examen inicial también es una buena manera de conocer a su PCP. **Nota importante:** Si surge un problema médico antes del examen inicial programado, llame al PCP y programe una cita antes.

En la primera visita al PCP, se le puede pedir que firme un formulario de consentimiento para obtener registros médicos de otros proveedores de atención médica. Es un proceso de rutina. Tener información completa ayuda a los proveedores a brindar la mejor atención posible.

Programación de citas. Para programar o cambiar una cita, llame a su centro de atención médica. Si necesita cancelarla o cambiarla, llame lo antes posible. Si puede, llame al menos 24 horas antes de la cita programada. De esta manera, libera el turno para otra persona. Cuando llame, esté listo para dar su nombre, el número de identificación de Child Health Plus de MetroPlusHealth y el número de registro médico.

C. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Nuestro compromiso es brindarle atención médica rápida, amable y de calidad. Usted puede ayudarnos a lograrlo de la siguiente manera:

1. Lleve siempre consigo la tarjeta de identificación y la tarjeta de beneficios de farmacia de Child Health Plus de MetroPlusHealth.
2. Asista a sus citas y llegue puntualmente. Si necesita cancelar una cita, hágalo con una antelación mínima de 24 horas o lo antes posible.
3. Informe a su PCP los cambios en su estado de salud, por ejemplo, un embarazo.
4. Obtenga las autorizaciones previas y las remisiones por escrito cuando se requieran.
5. Recuerde recertificarse cada año para que pueda continuar su membresía.
6. Informe a Servicios al Miembro si cambia su dirección o número de teléfono.

D. ATENCIÓN URGENTE Y DE EMERGENCIA

En una emergencia, llame al 911 y siga las instrucciones o acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. A continuación presentamos algunos ejemplos de emergencias:

- Fracturas
- Dificultad para respirar
- Convulsiones o ataques
- Hemorragias graves
- Peligro de pérdida de un brazo o una pierna
- Sobredosis de medicamentos
- Pérdida del conocimiento
- Parálisis
- Pérdida del habla
- Dolor intenso en el pecho
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular

Si está embarazada, los signos de una emergencia pueden incluir sangrado vaginal, dolor o calambres abdominales intensos o rotura de la bolsa amniótica o pérdida de líquido.

NOTA: Si ha ido a una sala de emergencias (ya sea que esté o no en un hospital participante), usted u otra persona debe llamar al Departamento de Servicios al Cliente antes del siguiente día hábil al **1-800-303-9626**. Le informaremos a su PCP sobre la visita a la sala de emergencias para que pueda recibir la atención de seguimiento adecuada.

No es una emergencia, ¡pero sí una urgencia! Un problema urgente es grave, pero no se requieren los servicios de la sala de emergencias. A continuación, presentamos algunos ejemplos de problemas que usualmente son urgentes, pero que no son una emergencia:

- Gripe fuerte
- Fiebre
- Dolor de oído intenso

Si hay un problema urgente o no está seguro de qué tan grave es el problema, llame al consultorio de su PCP durante el horario de atención (8:30 a. m. a 5:30 p. m.). Se le dará una cita urgente con el PCP o un profesional médico le indicará qué atención es necesaria.

¿Qué hago si el consultorio del PCP está cerrado? No se preocupe. Llame a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas al **1-800-442-2560**. Proporcione al operador su nombre, su número de identificación de Child Health Plus, el nombre de su PCP y la dirección del consultorio del PCP. Explique el problema. Haremos lo siguiente:

- Lo pondremos en contacto directo con un proveedor, o
- Le diremos que acuda a la sala de emergencias más cercana.

E. CÓMO RECIBIR ATENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

Remisiones a un especialista. Para ver a un especialista, primero debe obtener una remisión de su PCP. El PCP decide qué especialista necesita ver y completa el formulario de remisión. El formulario de remisión se envía al especialista por fax o por correo, o usted puede llevar una copia del formulario al especialista. Su PCP puede ayudarle a programar una cita con el especialista. La sección 7 del Contrato de suscripción (Parte I de este manual) le brinda información sobre cuándo un especialista puede ser su PCP y sobre remisiones permanentes a especialistas y a centros de atención especializada.

Si no hay ningún especialista en la red de MetroPlusHealth que pueda ofrecerle la atención que usted necesita, conseguiremos un especialista fuera de la red. Antes de que pueda consultar con el especialista, su médico debe solicitar una remisión a MetroPlusHealth. Si necesita consultar a un especialista de inmediato porque tiene una emergencia, su médico no tiene que llamar para una remisión.

Para obtener la remisión, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda la información, tomaremos una decisión en un plazo de 3 días hábiles respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Sin embargo, nunca demoraremos más de 14 días desde la fecha de su solicitud para tomar dicha decisión. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el término de 3 días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión de MetroPlusHealth, puede presentar una apelación (consulte la página 28 de este manual para obtener información sobre cómo hacerlo). También puede llamar a Servicios al Cliente de MetroPlusHealth al **1-800-303-9626**.

Cuando su PCP o MetroPlusHealth lo remiten a un proveedor fuera de la red, usted no es responsable de ningún costo, con excepción de los copagos como se describe en este manual.

Autoremisión para servicios de ginecología y obstetricia. No necesita una remisión del PCP para programar una cita con un proveedor de obstetricia/ginecología de MetroPlusHealth. Este proveedor puede ser un obstetra, un ginecólogo, un enfermero especializado o una partera autorizada.

Asesoramiento y pruebas del VIH. La prueba y el asesoramiento del VIH son confidenciales. Si desea hacerse la prueba, visite a un proveedor de

MetroPlusHealth. O bien, puede ir a un programa de testeo anónimo de la Ciudad de Nueva York o del Estado de Nueva York, donde solo usted sabrá los resultados de la prueba. En cualquiera de los dos casos, no necesita una remisión.

Si **está embarazada**, usted o su bebé pueden ser elegibles para Medicaid. Le diremos cómo averiguarlo si este es su caso. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**.

Servicios relacionados con una mastectomía. Si tiene una mastectomía, puede recibir servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y el tratamiento de las complicaciones como resultado de la mastectomía (incluido el linfedema). Para obtener información adicional, llame a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**.

F. REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Revisión de la Utilización es el proceso para decidir si la atención es médicamente necesaria y si MetroPlusHealth la aprobará y pagará. El personal de UR está disponible de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes.

Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626** o usted puede enviar su solicitud a Revisión de la Utilización por fax al **212-908-8521**. Un representante de Servicios al Miembro responderá cualquier pregunta que pudiera tener sobre el proceso y transferirá su llamada al Departamento de Revisión de la Utilización (UR, por sus siglas en inglés), en caso de ser necesario.

Puede llamar a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas al **1-800-442-2560** si necesita asistencia inmediata con un problema médico. El personal de UR responderá su mensaje el siguiente día hábil.

Autorización previa: Los siguientes servicios deben ser aprobados por adelantado (autorización previa) por su PCP o MetroPlusHealth, tal como se indica.

Los PCP pueden autorizar remisiones para lo siguiente:

- Atención especializada.
- Equipo médico duradero.
- Radiología (incluso imágenes de resonancia magnética, tomografías computarizadas, etc.).
- Servicios de laboratorio.

- Atención domiciliaria.
- Control de audición / audiología.

Los PCP deben obtener una autorización previa de MetroPlusHealth para lo siguiente:

- Una remisión permanente a un especialista.
- Una admisión hospitalaria electiva.
- Un procedimiento ambulatorio electivo.
- Una remisión a un proveedor que no forma parte de la red de MetroPlusHealth.

Cuando se solicita una autorización previa, se tomará una decisión de UR y se le comunicará a usted (o a su representante designado) y a su proveedor de atención médica dentro de los tres días hábiles posteriores a que MetroPlusHealth reciba la información necesaria para tomar la decisión.

UR concurrente: Cuando se solicita una autorización para continuar o ampliar un tratamiento autorizado que recibe actualmente, se tomará una decisión y se le comunicará a su proveedor de atención médica por teléfono y por escrito en un plazo de un día hábil posterior a que MetroPlusHealth reciba la información necesaria para tomar la decisión.

Autorización posterior al servicio: Cuando la revisión de la utilización se refiera al pago de servicios que ya recibió, se tomará una decisión y se le comunicará al proveedor por escrito dentro de los treinta días posteriores a la recepción de toda la información necesaria.

Si MetroPlusHealth no toma una determinación inicial de UR dentro del plazo requerido, se considerará una determinación adversa sujeta a apelación.

Aviso de determinación adversa: Si MetroPlusHealth decide que los servicios por los cuales solicita la autorización o el pago no son o no eran médicamente necesarios, estableceremos los fundamentos de la decisión y explicaremos cómo usted o su proveedor pueden apelar si no están conforme con la decisión.

Reconsideración y apelaciones: Si decidimos no autorizar servicios que su proveedor de atención médica recomienda y no hemos hablado con ese proveedor, el proveedor podrá solicitarnos que reconsideremos la decisión. La reconsideración se realizará en el plazo de un día hábil posterior a la solicitud. Las determinaciones adversas pueden apelarse. Consulte la sección 11 en la Parte I de este manual (Contrato de suscripción) para obtener información sobre las apelaciones de UR de

MetroPlusHealth y las apelaciones externas del Estado de Nueva York.

MetroPlusHealth puede revertir un servicio de tratamiento preautorizado o un procedimiento retrospectivamente en los siguientes casos: (1) cuando la información médica relevante que se nos presenta es sustancialmente diferente de la información que se presentó durante la revisión previa a la autorización; y (2) la información médica relevante que se nos presentó en la revisión retrospectiva existía en el momento de la autorización previa, pero no se presentó o no se puso a nuestra disposición; y (3) no sabíamos de la existencia de la información en el momento de la revisión previa a la autorización; y (4) si hubiéramos tenido conocimiento de esta información, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no se hubiera autorizado. La determinación se debe hacer usando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se utilizaron en la revisión de la autorización previa.

G. CÓMO OBTENER AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Los representantes de Servicios al Miembro de MetroPlusHealth están a su disposición para ayudarlo. Si tiene un problema, una queja o simplemente necesita información, siga estos pasos:

1. Llame a Servicios al Miembro de lunes a sábado de 8 a. m. a 8 p. m. al número gratuito **1-800-303-9626**. Un representante de Servicios al Miembro le ayudará a resolver el problema o le brindará la información que necesita.
2. También puede llamar fuera del horario de atención de Servicios al Miembro si tiene un problema que considera que no puede esperar. Una máquina responderá su llamada y le dirá qué información debe proporcionar. Un representante de Servicios al Miembro le llamará en persona el siguiente día hábil.
3. Si tiene un problema que no se resuelve llamando a Servicios al Miembro, puede presentar una queja formal ante nosotros o una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (Consulte la sección 11 para obtener más información sobre cómo hacerlo).

Si bien nuestros representantes de Servicios al Miembro siempre intentarán ayudarlo a resolver sus problemas e inquietudes, siempre debe comunicarse primero con su PCP sobre cualquier problema médico.

H. AYUDA PARA MIEMBROS QUE NO HABLAN INGLÉS Y AQUELLOS QUE TIENEN PROBLEMAS AUDITIVOS O DE LA VISTA

Además del inglés, este manual está disponible en español. También está disponible en Braille y en cinta de audio.

Nuestro directorio de proveedores establece los idiomas que hablan los proveedores, además del inglés. Tenemos disponibles servicios de interpretación en muchos de los centros de nuestros proveedores. Tenemos representantes de Servicios al Miembro que pueden ayudarlo en español, criollo haitiano, ruso y chino. Si es necesario, coordinaremos servicios de interpretación a través del ATT Language Bank.

Los miembros con problemas de audición que tengan acceso a una máquina TDD pueden llamar al **1-800-881- 2812** si tienen preguntas.

I. PREVENCIÓN DE FRAUDE

Puede ayudarnos a evitar el fraude en la atención médica. Proteja su tarjeta de identificación de MetroPlus Health Plan como protegería una tarjeta de crédito. Cuídese de dar su número de identificación a extraños. Alguien podría usar su tarjeta y cometer un fraude. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llame a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth inmediatamente. Además, si recibe una factura por servicios que debería pagar MetroPlusHealth, llame a Servicios al Miembro.

J. OFICINA DE CONDUCTA MÉDICA PROFESIONAL

Puede llamar a la Oficina de Conducta Médica Profesional del Estado de Nueva York si tiene preguntas sobre la licencia de su proveedor. Llame sin cargo al **1-800-663-6114** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

K. APORTE DE LOS MIEMBROS A LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Agradecemos sus ideas sobre cómo mejorar MetroPlus Health Plan. Para darnos sugerencias, llame al **1-800-303-9626** o escríbanos a:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Attention: Member Services Department

L. MÉTODOS DE PAGO A PROVEEDORES

MetroPlusHealth paga los servicios de dos maneras. Para la atención primaria, pagamos un monto fijo cada mes por cada miembro de MetroPlusHealth. El monto no se ve afectado por la cantidad de veces que visita a su PCP o la cantidad de servicios de atención primaria que recibe. Para todos los demás servicios, el proveedor nos factura por los servicios realmente prestados y pagamos según las tarifas establecidas en nuestros contratos. No utilizamos retenciones, participación en las ganancias ni otros métodos de pago que puedan alentar a los médicos a brindar menos servicios.

M. OTRA INFORMACIÓN DISPONIBLE CUANDO LA SOLICITE

Tiene a su disposición la siguiente información. Para solicitarla, llame a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**.

- Nombres y direcciones de los funcionarios y directores de MetroPlusHealth.
- Una copia de nuestro estado financiero anual más reciente.
- Información sobre quejas de consumidores ante el Departamento de Seguros.
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de MetroPlusHealth.
- Una lista de los medicamentos que pagaremos.
- Una descripción de lo que hacemos para garantizar la calidad de la atención.
- Una descripción de cómo decidimos aprobar los medicamentos, dispositivos o tratamientos experimentales o de investigación.
- Información sobre las afiliaciones a hospitales de MetroPlusHealth de nuestros proveedores de atención médica.
- Estándares de atención por escrito de MetroPlusHealth para una enfermedad o problema médico en particular (previa solicitud por escrito).
- Procedimientos de solicitud y calificaciones mínimas para que los proveedores de atención médica se conviertan en proveedores de MetroPlusHealth.
- Información adicional sobre las directivas anticipadas.

N. DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS MIEMBROS DE METROPLUSHEALTH

La Declaración de derechos del miembro de MetroPlus Health Plan otorga a los miembros que se atienden en cualquier centro de salud participante los siguientes derechos:

1. El derecho a ser tratado con consideración, dignidad y respeto, independientemente de su condición física y emocional.
2. El derecho a obtener información completa sobre el diagnóstico, el tratamiento y el resultado en un idioma que usted entienda fácilmente.
3. El derecho a ser informado del nombre, cargo y función de cualquier persona involucrada en su atención e información sobre sus calificaciones profesionales.
4. El derecho a recibir la información necesaria para dar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento (excepto en situaciones de emergencia en las que no se puede obtener el consentimiento informado).
5. El derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley, y a ser informado de cualquier problema médico que pueda tener debido a la falta de tratamiento.
6. El derecho a recibir la atención médica de emergencia necesaria cuando llegue a la sala de emergencias.
7. El derecho a recibir atención y tratamiento confidenciales y a que todos sus registros médicos permanezcan privados, excepto según lo dispuesto por la ley.
8. El derecho a que un médico, o su representante, le informe sobre cualquier necesidad especial de atención médica que pueda tener después de ser dado de alta o trasladado.
9. El derecho a rehusarse a participar en una investigación o cualquier tratamiento experimental como parte de su atención o tratamiento, a menos que tenga pleno conocimiento y esté de acuerdo.
10. El derecho a recibir tratamiento sin discriminación por edad, raza, color, religión, género, orientación sexual o nacionalidad.
11. El derecho a expresar o presentar un reclamo por escrito sin temor a represalias.
12. El derecho a que se lleven a cabo las decisiones que usted solicita en una directiva anticipada.

Números de teléfono importantes

Para obtener ayuda de **Servicios al Miembro de MetroPlusHealth**, llame al **1-800-303-9626 (TDD: 1-800- 881-2812)**

Si tiene una pregunta o queja o necesita ayuda de otro tipo, llame a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth (llamada gratuita) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a sábado.

Atención médica durante el horario de atención (de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes)

Para hacer o cambiar una cita, o si tiene preguntas sobre su salud o tratamiento médico, llame a su proveedor de atención médica. Escriba aquí los números de teléfono de sus proveedores:

Nombre	Número de teléfono
PCP:	
OBSTETRA/GINECÓLOGO:	
Otro:	
Otro:	

Fuera del horario de atención habitual, llame a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas: 1- 800-442-2560

Si necesita atención médica fuera del horario de atención o los fines de semana, llame a nuestra Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas (llamada gratuita). El personal de la línea directa lo pondrá en contacto con su PCP o, si no puede comunicarse con su PCP, con otro proveedor de MetroPlusHealth que trabaje con su PCP y pueda ayudarle.

Servicios de emergencia

En una emergencia, *llame al 911 y siga las instrucciones o acérquese a la sala de emergencias más cercana.* **Afección de emergencia y Servicios de emergencia** se definen en la página 2.

Revisión de la Utilización de MetroPlusHealth

Para la revisión de una decisión respecto de que el tratamiento no es médicamente necesario, llame a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**. Un representante de Servicios al Miembro responderá cualquier pregunta que pudiera tener sobre el proceso y transferirá su llamada al Departamento de Revisión de la Utilización (UR, por sus siglas en inglés), en caso de ser necesario.

Línea Directa para Quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: 1-800-206-8125



Estimado(a) miembro de MetroPlusHealth:

Como muchas personas hoy en día, es posible que se pregunte qué sucede con su información personal que recibe su plan médico. El siguiente *Aviso de prácticas de privacidad* le informa sobre sus derechos de privacidad, la información personal que recopila MetroPlus Health Plan, qué hacemos con esa información y los pasos que tomamos para mantenerla confidencial y segura.

El compromiso de nuestra empresa con la privacidad del cliente no es nuevo. Los miembros de MetroPlusHealth nos han confiado su información personal desde que estamos en el negocio. Valoramos esa confianza y tomamos en serio nuestra responsabilidad de proteger su privacidad.

Lea detenidamente el aviso. No se requiere una respuesta. Sin embargo, si tiene preguntas, con gusto se las responderemos. Llame al Departamento de Servicios al Miembro al **1-800-303-9626** (TTY 1-800-881-2812).

Atentamente.

MetroPlus Health Plan

Su información.

Sus derechos.

Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite.

Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.

continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.• No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectara su atención.
Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none">• Usted puede solicitar un listado (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el motivo.• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya solicitado que hagamos). Le entregaremos un listado al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro listado en un plazo de 12 meses.• Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Las solicitudes para cambiar o modificar este tipo de solicitud de comunicación confidencial deben hacerse por escrito a la dirección que figura más abajo.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa oportunamente. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	<ul style="list-style-type: none">• Si le ha otorgado a alguien un poder para tomar decisiones de atención médica 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 facultad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar una medida.
Presentar un reclamo si considera que se vulneran sus derechos	<ul style="list-style-type: none">• Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar un reclamo al comunicarse con nosotros mediante la información que figura en la página 1.• Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para hacerlo, puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamar al 1-877-696-6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

- Antiguos miembros**
- Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

Sus elecciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus elecciones en cuanto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

- En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**
- Compartamos la información con su familia, con sus amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención.
 - Compartamos la información en una situación de ayuda ante catástrofes.

Si no puede decirnos qué prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad.

- En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su permiso por escrito:**
- Objetivos de comercialización
 - Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para los siguientes propósitos.

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**
- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden.
 - Programas o productos relacionados con la salud: MetroPlusHealth puede proveerle información sobre tratamientos médicos, programas, productos y servicios.
- Por ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.

- Recordatorios: MetroPlusHealth puede usar y divulgar información personal de salud (PHI) sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole un mensaje de texto o una carta) para recordarle sobre una cita para un tratamiento o porque es el momento de que programe una cita para un chequeo de rutina o para aplicarse una vacuna, o para proveerle información sobre alternativas de tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden llegar a interesar.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura.** Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

Por ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

El Departamento de Gestión de Calidad de MetroPlusHealth puede usar su información de salud para mejorar la calidad de los programas, los datos y procesos comerciales del Plan. A modo de ejemplo, nuestro personal encargado de gestión de calidad o los enfermeros revisores contratados pueden revisar su historial médico para evaluar la calidad de la atención que usted y todos los miembros del Plan recibieron.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras —por lo general para contribuir al bien público, tal como a la salud pública e investigaciones. Debemos reunir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Administrar su plan	Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.	<i>Por ejemplo: Su empresa nos contrata para que proveamos un plan médico y nosotros le damos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</i>
Pagar por sus servicios de salud	Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar por sus servicios de salud.	<i>Por ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de la atención odontológica recibida.</i>
Brindar atención de calidad y prestar servicios de manera eficiente	<p>MetroPlusHealth participa en el intercambio de información de salud operado por Healthix. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y cumple las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA y de las leyes del estado de Nueva York. Es nuestro propósito tener la intención de informar a nuestros pacientes que, como parte de nuestra participación en Healthix, MetroPlusHealth envía/carga electrónicamente la información médica protegida de nuestros pacientes a Healthix.</p> <p>Además, ciertos miembros del personal de MetroPlusHealth están autorizados para acceder a la información de los pacientes a través de Healthix, de conformidad con las reglas aplicables de consentimiento. El consentimiento para acceder a Healthix habitualmente se concede según las circunstancias específicas de cada organización. Sin embargo, los pacientes tienen la opción de negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix. Si le interesa negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix a su información médica protegida, puede hacerlo visitando el sitio de internet de Healthix en www.healthix.org o llamando a Healthix al 877-695-4749. La información referente a los pacientes que se encuentra en Healthix proviene de lugares que le han brindado atención médica o de información de seguros de salud (reclamaciones). Estas fuentes de datos pueden incluir a hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de manera electrónica. Hay disponible una lista actualizada de estas fuentes de datos en Healthix. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada en cualquier momento si visitan www.healthix.org o llaman al 1-877-695-4749.</p>	

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad	Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none">○ Evitar enfermedades○ Informar reacciones adversas a los medicamentos○ Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica○ Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.
Realizar investigaciones	Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria.
Cumplir con la ley	Compartiremos información sobre usted si lo requieren las leyes estatales o federales, e incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea corroborar que cumplimos con la ley de privacidad federal.
Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none">○ Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadores○ Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley○ Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley○ Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
Responder a juicios y acciones legales	Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación.
Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información	MetroPlusHealth debe cumplir con leyes adicionales del estado de Nueva York que tienen un nivel mayor de protección para la información personal, especialmente la información relacionada con la condición o el tratamiento del VIH/SIDA; la salud mental; el trastorno por consumo de sustancias y la planificación familiar.

continúa en la siguiente página

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si se produce un incumplimiento que podría comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.

No usaremos ni compartiremos su información de otras formas distintas a las descritas en este documento, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a compartir o usar su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Este aviso entra en vigor a partir del 19 de julio de 2022.

Información de contacto del funcionario de privacidad

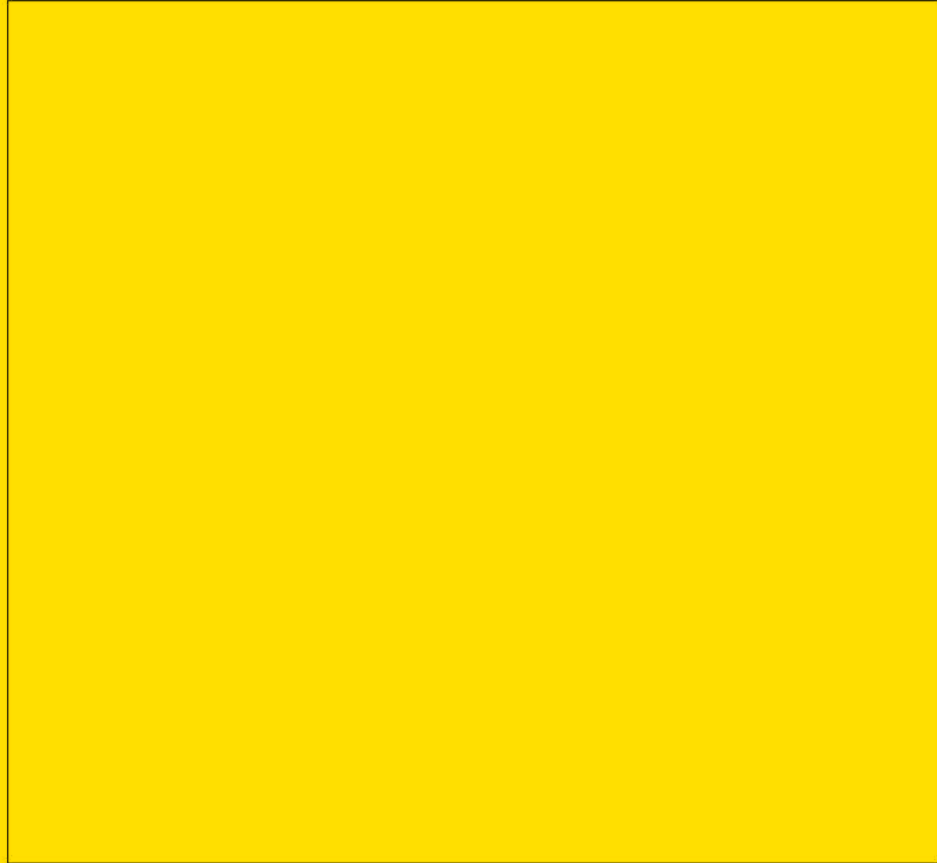
Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea presentar un reclamo o ejercer sus derechos descritos arriba, póngase en contacto con:

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004


- **Teléfono general:** 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Miembros de Medicare:** 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **TTY:** 711
- **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org




50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



MetroPlusHealth Customer Services:

 **800.303.9626 (TTY: 711)**
After Hours: 800.442.2560

 **metroplus.org**

 **Hours Of Operation:**
Monday to Friday, 8am - 8pm |
Saturday, 9am - 5pm