

METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



MANUAL DEL MIEMBRO DE PARTNERSHIP IN CARE (PIC)

Revisado en octubre de 2023

Este manual le informará cómo utilizar el plan
MetroPlusHealth Partnership in Care.

Guárdelo donde lo pueda encontrar fácilmente cuando lo necesite.

AQUÍ ES DONDE ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE DESEA

BIENVENIDO/A	1
CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES	1
CÓMO USAR ESTE MANUAL	5
AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO	5
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD	6
PARTE 1: Lo primero que debe saber	8
CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP).....	8
ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL Y PARA EL VIH	11
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE).....	13
CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES	14
OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN <i>SIN</i> UNA REMISIÓN	16
Emergencias.....	19
Atención de urgencia	21
QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE.....	21
Parte 2: Sus beneficios y los procedimientos del plan	23
BENEFICIOS	23
SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN.....	23
ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL.....	28
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) Y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE).....	30
DESCRIPCIÓN DE LOS BH HCBS Y LOS SERVICIOS DE RECUPERACIÓN ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE) PARA ADULTOS	33
Servicios de salud conductual para niños	35
Beneficios que puede obtener de nuestro plan <i>O</i> con la tarjeta de Medicaid.....	42
Beneficios con su TARJETA DE MEDICAID únicamente.....	43
Servicios <i>SIN</i> cobertura.....	44
Si recibe una factura	44
Autorización de servicios	45
Plazos para las solicitudes de autorización previa	47
Plazos para solicitudes de revisión concurrente.....	47
Otras decisiones sobre su atención:	49
Plazos para otras decisiones sobre su atención:	49

Cómo se les paga a los proveedores	50
Usted puede ayudar con las políticas del plan	50
Información de Servicios al Miembro	50
Manténganos informado	51
DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS	51
1. Si USTED desea dejar el plan	51
2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para la Atención Administrada de Medicaid y los Planes de Necesidades Especiales.....	52
3. Podemos pedirle que abandone MetroPlusHealth Partnership in Care si con frecuencia:.....	53
4. Si usted pierde su cobertura de Medicaid: Es posible que los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro puedan ayudarlo.....	53
Apelaciones al plan.....	53
Apelaciones externas.....	58
Audiencias imparciales	60
Proceso de quejas.....	61
Cómo presentar una queja ante el plan	62
Qué sucede luego	62
Apelaciones de quejas.....	63
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO	64
Directivas anticipadas.....	65
Números de teléfono importantes.....	68
Sitios web importantes.....	70

Manual del miembro del Plan de Necesidades Especiales para personas con VIH

BIENVENIDO al plan médico Plan de Necesidades Especiales para personas con VIH de MetroPlusHealth Partnership in Care

Nos complace que se haya inscrito en el plan MetroPlusHealth Partnership in Care. MetroPlusHealth Partnership in Care es un Plan de Necesidades Especiales para el VIH (o SNP, por sus siglas en inglés) aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para que preste servicios a los miembros de Medicaid que tengan VIH/SIDA y a sus hijos, y a adultos y niños sin hogar. Somos un plan especial de atención médica que cuenta con proveedores con una amplia experiencia en el tratamiento de personas con VIH/SIDA. Las personas con VIH llevan vidas más largas y sanas, gracias a tratamientos nuevos y más eficaces. Queremos que usted y su equipo de atención médica trabajen en equipo para que usted pueda mantenerse lo más saludable posible.

Este manual será su guía para toda la gama de servicios de atención médica disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care. Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en el transcurso de las próximas dos semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o recibir ayuda para concertar citas. Si desea hablar con nosotros antes, simplemente llámenos al 800.303.9626. También puede visitar nuestro sitio web en www.metroplus.org para obtener más información sobre MetroPlusHealth Partnership in Care.

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES

El plan, nuestros proveedores y usted

Seguramente habrá oído hablar de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud a través de atención administrada que ofrece un hogar médico central para su atención. Muchos condados en el estado de Nueva York, incluso la Ciudad de Nueva York, ofrecen diferentes planes de salud de atención administrada.

- Como miembro de un SNP para personas con VIH, tendrá los beneficios disponibles habitualmente a través de Medicaid y, además, obtendrá la atención especial y el apoyo que usted necesita. Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarse de que goce de la mejor salud física y emocional posibles. Podrá recibir servicios especiales para una vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar. Si usted es VIH positivo, podemos ofrecerle otros servicios que le ayudarán a controlar su infección del VIH.
- **Sus hijos** también pueden inscribirse en el plan, ya sea que tengan el virus del VIH o no. Sus parejas que NO tengan el VIH/SIDA no podrá inscribirse en un SNP para personas con VIH.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Los niños y adultos sin hogar también pueden inscribirse en el plan.

- MetroPlusHealth Partnership in Care tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, seleccionamos un grupo de proveedores de atención médica que nos ayuda a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Podrá acceder a un listado de estos profesionales en nuestro Directorio de proveedores. Si no tiene un Directorio de proveedores, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener una copia o visite nuestro sitio web en metroplus.org.
- Cuando usted se inscribe en MetroPlusHealth Partnership in Care, uno de nuestros proveedores se ocupará de su atención. La mayoría de las veces, esa persona será su **Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)**. Solo proveedores con experiencia en el tratamiento de la enfermedad del VIH pueden ser Proveedores de Atención Primaria para los miembros con VIH. También puede elegir un profesional en el trastorno por consumo de sustancias o de salud mental como su PCP. Si necesita realizarse una prueba, consultar a otro especialista o ingresar al hospital, su Proveedor de Atención Primaria hará los arreglos pertinentes.
- Su Proveedor de Atención Primaria está disponible para usted todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o durante los fines de semana, déjele un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su Proveedor de Atención Primaria se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su Proveedor de Atención Primaria es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted puede consultar directamente a determinados médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 13 para obtener más información.
- Si usted es VIH positivo, lo enviaremos a proveedores y hospitales que tienen mucha experiencia en el tratamiento del VIH/SIDA. También podrá usar los siguientes grupos de proveedores de salud que figuran en nuestra red de proveedores:
 - Centros designados para el SIDA (DAC, por sus siglas en inglés): Hospitales que tienen experiencia en el tratamiento de personas con VIH/SIDA;
 - Centros de atención especializada en el VIH en pediatría/maternidad: Proveedores que brindan atención integral a las madres infectadas por el VIH y a sus hijos;
 - Programas de atención primaria para el VIH: Atención primaria centrándonos especialmente en que usted se mantenga saludable;
 - Tratamiento para el consumo de drogas y atención primaria: Proveedores que brindan tratamiento para el consumo de drogas en el mismo lugar en el que se proveen los servicios de atención primaria y para el VIH; y
 - Atención especializada.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- MetroPlusHealth Partnership in Care ofrece servicios nuevos a los miembros que califican para ayudarlos a mejorar su salud y a mantenerse saludables, así como también para ayudarlos con su recuperación. Estos servicios se denominan Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS, por sus siglas en inglés). Los BH HCBS pueden ayudarle a lo siguiente:
 - Encontrar una vivienda
 - Vivir en forma independiente
 - Retomar la escuela
 - Encontrar un trabajo
 - Recibir ayuda de personas que pasaron por lo mismo
 - Controlar el estrés
 - Evitar crisis

Cuatro (4) BH HCBS para adultos se han trasladado a Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés). Consulte las páginas 10 y 27 de este manual para obtener más información acerca de estos servicios y cómo obtenerlos.

- Los miembros de MetroPlusHealth Partnership in Care que califican para los servicios BH HCBS y CORE también contarán con un Administrador de Atención del programa Hogar Médico (Health Home) que trabajará con sus proveedores de salud conductual y fisioterapeutas para prestarle especial atención a todas sus necesidades de atención médica. El Administrador de Atención del Hogar Médico se asegurará de que usted reciba los servicios médicos, de salud conductual y sociales que necesite, por ejemplo, le ayudará a conseguir asistencia para la vivienda y alimentos.
- Es posible que usted esté usando su tarjeta de Medicaid para obtener un servicio de salud conductual que ahora está disponible a través de MetroPlusHealth Partnership in Care. Para continuar recibiendo este servicio, debe someterse a una evaluación. La evaluación será de ayuda para elaborar su plan de atención. Si desea averiguar si un servicio que usted recibe actualmente lo brinda MetroPlusHealth Partnership in Care, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626.
- Puede estar restringido a ciertos proveedores del plan cuando:
 - recibe atención de varios médicos para el mismo problema
 - recibe atención médica con más frecuencia de la necesaria
 - usa medicamentos recetados de una manera que puede resultar peligrosa para su salud
 - permite a otra persona que no sea usted usar su tarjeta de identificación del plan

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. MetroPlusHealth Partnership in Care reconoce la confianza que debe existir entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención. MetroPlusHealth Partnership in Care nunca revelará su historial médico o de salud conductual, ni su condición del VIH sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán MetroPlusHealth Partnership in Care, su Proveedor de Atención Primaria, su Coordinador de Atención o su Administrador de Casos del plan SNP para personas con VIH, su Administrador de Atención del Hogar Médico, y otros proveedores que le brindan atención y su representante autorizado. Su Proveedor de Atención Primaria y/o su Coordinador de Atención del plan SNP para personas con VIH o su Administrador de Atención del Hogar Médico siempre analizará tales remisiones con usted. El personal de MetroPlusHealth Partnership in Care ha sido capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Este manual le indicará cómo funcionará el nuevo plan de atención médica y cómo aprovechar al máximo MetroPlusHealth Partnership in Care. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le informa los pasos a seguir para que el plan le sea de utilidad.
- Las primeras páginas le indican lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o léalo de a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame al Departamento de Servicios al Miembro al 800.303.9626. También puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid Choice al 800.505.5678.

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Servicios al Miembro está disponible para ayudarle:
De lunes a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.
Llame al número gratuito: 800.303.9626

Si tiene dificultades auditivas (algún problema auditivo) y tiene acceso a un equipo TDD/TTY, llame a nuestro número gratuito: **711**.

Si tiene un problema de visión y desearía utilizar un manual en Braille o grabado (audio), llame a Servicios al Miembro.

Si necesita ayuda médica fuera del horario de atención, los fines de semana o feriados, llame de manera gratuita a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 Horas de MetroPlusHealth Partnership in Care al **800.442.2560**

Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita al 866.728.1885.

- Puede comunicarse con Servicios al Miembro para recibir ayuda **cuando tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar de Proveedor de Atención Primaria (*PCP, para abreviar*), realizar consultas sobre beneficios y servicios, recibir ayuda con las remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, informar que está embarazada, informar el nacimiento de un bebé o consultar por cualquier cambio que pudiera afectar sus beneficios o los de su familia.

La atención de su familia

- Si es VIH positivo y **si está o se queda embarazada**, usted y su bebé necesitarán atención médica especializada tan pronto como sea posible. Podría contagiar el VIH a su bebé durante el embarazo, el nacimiento o a través de la leche materna. Es importante que usted, sus médicos y demás proveedores de atención trabajen juntos para que tenga un bebé sano. Usted puede mejorar su propia salud y reducir la posibilidad de que el bebé se contagie el VIH tomando medicamentos especiales durante el embarazo. Asegúrese de llamarnos para recibir atención

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

prenatal temprana y cuídese mucho.

- Casi siempre, su hijo(a) pasará a formar parte de MetroPlusHealth Partnership in Care el mismo día de su nacimiento. Esto sucederá a menos que su hijo(a) se encuentre dentro de un grupo que no pueda unirse a la atención administrada. Llámenos de inmediato si se queda embarazada, y permítanos ayudarla a escoger el médico de su bebé y reunirnos con el médico antes de que nazca el bebé para hablar sobre su atención.
- **Sus hijos** también pueden inscribirse en el plan, ya sea que tengan el virus del VIH o no. Sus parejas que NO tengan el VIH/SIDA solo podrán inscribirse en un SNP para personas con VIH si no tienen hogar.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarle de la mejor manera. Es un excelente momento para que formule preguntas y se reúna con otros miembros. Si le gustaría asistir a alguna de estas sesiones, llámenos para buscar un horario y un lugar que le resulten convenientes.
- **Si usted no habla inglés**, podemos ayudarle. Queremos que sepa cómo utilizar su plan de atención médica, independientemente de su idioma. Simplemente llámenos, y encontraremos la manera de comunicarnos con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP (Proveedor de Atención Primaria) que le hable en su idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Si utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular dispone de acceso para sillas de ruedas o si cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios, tales como:
 - Máquina TTY/TDD (nuestro número de teléfono de TTY es 711).
 - Información en letra grande
 - Administración de casos
 - Ayuda para concertar citas y asistir a ellas
 - Nombres y direcciones de los proveedores especializados en su discapacidad
- **Si usted o su hijo(a) recibe atención en el hogar actualmente**, es posible que su enfermero o asistente no sepan que usted se inscribió en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención en el hogar no se termine en forma inesperada.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una **Carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth debe llegarle dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Su tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). También tiene el Número de Identificación de Cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si hay algún dato incorrecto

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

en su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene VIH o SIDA, Medicaid ni que MetroPlusHealth Partnership in Care es un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que acuda a recibir atención. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, su Carta de bienvenida sirve como prueba de que usted es miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care. También debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará su tarjeta de Medicaid para obtener servicios que MetroPlusHealth Partnership in Care no cubre.

PARTE 1: Lo primero que debe saber

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Quizá ya haya elegido a su PCP (Proveedor de Atención Primaria). **Si aún no ha elegido a un PCP para usted o su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige a un médico dentro de los 30 días, elegiremos a uno por usted. Cada familiar puede tener un PCP distinto, o usted puede escoger a un PCP para que se ocupe de toda la familia. Si usted es VIH positivo, un especialista en el VIH será su proveedor de atención primaria. También puede elegir recibir los servicios del PCP a través de una clínica de Salud Conductual. Servicios al Miembro (800.303.9626) puede verificar si usted ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir a un PCP.
- Puede acceder al Directorio de proveedores en línea en www.metroplus.org. El Directorio de proveedores enumera todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con MetroPlusHealth Partnership in Care. Incluye la dirección, el teléfono y la especialidad de los médicos. El Directorio de proveedores indicará los médicos y proveedores que aceptan nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para confirmar que acepten nuevos pacientes cuando elija a un PCP. También puede solicitar una copia del Directorio de proveedores del condado donde vive o del condado donde desea consultar a un proveedor en el sitio web de MetroPlusHealth Partnership in Care en **metroplus.org** o llamando a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Es posible que esté buscando un médico que:

- ya ha consultado anteriormente,
 - comprenda sus problemas de salud,
 - acepte nuevos pacientes,
 - pueda hablar con usted en su idioma,
 - sea de fácil acceso,
 - trabaje en una clínica a la que usted acude.
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros obstetras o ginecólogos para la atención médica de la mujer.
 - También hemos celebrado un contrato con varios Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean recibir su atención en los FQHC debido a la larga trayectoria de los centros en la zona. Es posible que usted desee recibir atención en estos centros porque son de fácil acceso. Debe saber que tiene una opción. Usted puede elegir a uno de nuestros proveedores. O puede inscribirse con un PCP en uno de los FQHC con los que trabajamos, que se enumeran a continuación. Simplemente llame a Servicios al Miembro (800.303.9626) para obtener ayuda.

En las páginas 19 a 23 del Directorio de proveedores, hay un listado de los FQHC disponibles.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de MetroPlusHealth Partnership in Care. Existen cuatro casos en los que aún puede **consultar a otro proveedor que lo atendía antes de inscribirse en MetroPlusHealth Partnership in Care**. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth Partnership in Care. Puede continuar consultando a su proveedor cuando:
 - Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se inscribe en MetroPlusHealth Partnership in Care y ya recibe atención prenatal. En ese caso, puede conservar su proveedor hasta después del parto durante la atención posparto.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Partnership in Care, tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida o una afección que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar conservar su proveedor por un período de hasta 60 días.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Partnership in Care, recibe tratamiento por una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede continuar acudiendo al mismo proveedor. Algunas personas pueden tener que elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Hable con su proveedor sobre este cambio. MetroPlusHealth colaborará con usted y su proveedor para asegurarse de que usted siga recibiendo la atención que necesita.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Partnership in Care, Medicaid común pagó por su atención en el hogar, y usted necesita seguir recibiendo atención por al menos 120 días. En ese caso, puede conservar la misma agencia, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención en el hogar durante al menos 90 días. MetroPlusHealth Partnership in Care debe informarle acerca de cualquier cambio en su atención en el hogar antes de que los cambios entren en vigor.
- **Si tiene otra enfermedad prolongada** además del VIH/SIDA, su Médico de Atención Primaria especialista en VIH y el coordinador de atención trabajarán con otro especialista para controlar su atención.
- De ser necesario, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días después de la primera cita con su PCP. Una vez transcurrido este plazo, puede cambiar de PCP una vez cada seis meses sin causa, o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra o ginecólogo, o un especialista a quien su PCP lo haya remitido.
- Si su **proveedor abandona** MetroPlusHealth Partnership in Care, le informaremos dentro de los 5 días desde el momento en que tomemos conocimiento de ello. Si lo desea, puede consultar a tal proveedor **si** cursa más de tres meses de embarazo o si recibe tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico durante la atención posparto. Si consulta a un médico en forma regular por una afección médica especial, puede continuar con su tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su médico debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth Partnership in Care durante este tiempo. Si alguna de

estas condiciones se aplica a usted, consulte con su PCP o llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN Y BENEFICIOS

La coordinación de atención y beneficios es una característica única para TODOS los miembros del SNP para personas con VIH. MetroPlusHealth Partnership in Care es responsable de proveer y coordinar sus servicios del paquete de beneficios de Medicaid. También somos responsables de coordinar los servicios que no son provistos directamente por MetroPlusHealth Partnership in Care. Incluye servicios, tales como:

- Servicios de vivienda
- Servicios de apoyo
- Administración de casos basados en la comunidad

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN DEL HOGAR MÉDICO

MetroPlusHealth Partnership in Care es responsable de brindar y coordinar su atención de salud física y los servicios de salud conductual. Utilizamos Hogares Médicos para coordinar los servicios de los miembros que califican. Usted puede optar por inscribirse en un Hogar Médico, e incentivamos a los miembros elegibles que se inscriban en un Hogar Médico para la administración de su atención.

MetroPlusHealth Partnership in Care puede ayudarlo a inscribirse en un Hogar Médico que le asignará su Administrador de Atención personal del Hogar Médico. Su Administrador de Atención del Hogar Médico puede ayudarlo a concertar las citas, ayudarlo a obtener servicios sociales y hacer un seguimiento de su progreso.

Su Hogar Médico es responsable de realizarle una evaluación para determinar los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad que puede necesitar. Con esta evaluación, usted y el Administrador de Atención del Hogar Médico trabajarán juntos para confeccionar un Plan de Atención especialmente diseñado para usted.

No necesita la evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York para recibir los Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés). Puede recibir un servicio de CORE si se lo recomienda un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). El proveedor calificado podría querer conversar sobre su diagnóstico y sus necesidades antes de hacer una recomendación para uno o más de los servicios de CORE para satisfacer sus necesidades y objetivos.

El Administrador de Atención del Hogar Médico puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención;
- Trabajar con personas de su confianza, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y recibir su atención;

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Ayudarlo a obtener servicios sociales, como SNAP (cupones para alimentos) y otros beneficios de servicios sociales;
- Confeccionar un plan de atención para ayudarlo a identificar sus necesidades y objetivos;
- Realizar una evaluación para determinar sus necesidades de servicios sociales;
- Ayudarlo con las citas con su PCP y otros proveedores;
- Ayudarlo a manejar los problemas médicos actuales, como diabetes, asma y presión arterial alta;
- Ayudarlo a encontrar servicios para ayudarlo a bajar de peso, comer sano, hacer ejercicio y dejar de fumar;
- Brindarle apoyo durante el tratamiento;
- Identificar los recursos que necesita que se encuentran en la comunidad;
- Ayudarlo a encontrar o solicitar una vivienda estable;
- Ayudarlo a volver a casa seguro después de una estancia hospitalaria; y
- Asegurarse de que usted reciba atención de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su Administrador de Atención del Hogar Médico se pondrá en contacto con usted de inmediato para determinar la atención que necesita y para ayudarlo con las citas. Su Administrador de Atención del Hogar Médico o una persona del proveedor del Hogar Médico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede contactar a Servicios al Miembro al 800.303.9626. Si necesita hablar con una persona después del horario de atención, los domingos o feriados, llame al 855.371.9228. Si tiene una crisis, llame al 866.728.1885.

ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL Y PARA EL VIH

- Su atención médica incluirá los chequeos de rutina para todas sus necesidades de atención médica. Si usted es VIH positivo, su médico puede recetarle medicamentos que ayudan a controlar el VIH y otros tratamientos para que se mantenga saludable. Proveemos ayuda para que elija la mejor combinación de tratamiento con medicamentos y asesoramiento cuando necesita cambiar determinados medicamentos. Hacemos remisiones a hospitales o especialistas. Queremos que los nuevos miembros consulten a su Proveedor de Atención Primaria para una visita médica inmediatamente después de inscribirse en MetroPlusHealth Partnership in Care. Esto le dará la posibilidad de hablar con su Proveedor de Atención Primaria acerca de sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier otra pregunta que pudiera tener.

Ya sea de día o de noche, tan solo debe hacer una llamada para comunicarse con su PCP. Asegúrese de llamar a su PCP cuando tenga una pregunta o inquietud acerca de su salud. Si llama después del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Llame a MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626 si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener los servicios o si por algún motivo no puede comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria. Si necesita ayuda médica fuera del horario de atención, los fines de semana o feriados, llame de manera gratuita a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 Horas de MetroPlus Partnership in Care al **800.442.2560 Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita al 866.728.1885.**
- La atención debe ser **médicamente necesaria**, es decir, los servicios que recibe deben ser necesarios:
 - para prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría provocar más sufrimiento, o
 - para tratar alguna afección que ponga en riesgo su vida; o
 - para tratar algún problema que podría producir una enfermedad; o
 - para tratar alguna afección que podría limitar sus actividades habituales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede concurrir a la cita, llame al PCP para informarle.
- Tan pronto haya elegido a un PCP, llámelo para coordinar la primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda decirle sobre su historial médico. Haga un listado de sus antecedentes médicos, los problemas que tenga en ese momento, los medicamentos que toma y las preguntas que desee realizarle a su PCP. En la mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de las primeras cuatro semanas desde que se inscribió en el plan. Si tiene la necesidad de un tratamiento durante las próximas semanas, programe su primera cita en la primera semana desde su inscripción en MetroPlusHealth Partnership in Care. Si tiene un Administrador de Atención del Hogar Médico, puede ayudarlo a prepararse para su primera cita.
- **Si necesita recibir atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Su PCP le dará una cita previa para abordar este problema. (No obstante, deberá mantener su primera cita para analizar su historial médico y realizar preguntas).
- Utilice la siguiente lista como guía para conocer el tiempo máximo que deberá esperar después de concertar una cita. Su Administrador de Atención también puede ayudarlo a concertar o conseguir citas:
 - atención de urgencias: dentro de las 24 horas
 - visitas por enfermedad sin carácter de urgencia: dentro de los 3 días
 - atención de rutina, preventiva: dentro de las 4 semanas
 - primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1.º trimestre (2 semanas durante el 2.º trimestre, 1 semana durante el 3.º trimestre)
 - primera visita del recién nacido: dentro de las 48 horas tras el alta del hospital
 - primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
 - visita del niño sano: 4 semanas

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- visita de seguimiento después de una emergencia de salud mental/por consumo de sustancias o una visita como paciente hospitalizado: 5 días
 - visita a un especialista de salud mental o del consumo de sustancias sin carácter de urgencia: dentro de 1 semana
 - exámenes físicos inicial y de rutina para adultos: dentro de las 4 semanas
- Al momento de la inscripción, el personal de MetroPlusHealth Partnership in Care trabajará con usted para averiguar qué servicios puede necesitar o desea, incluso administración de casos. El personal de MetroPlusHealth Partnership in Care le ayudará a encontrar un proveedor de administración de casos para usted y le ayudará a realizar el primer contacto. Una vez que cuente con un administrador de casos, trabajaremos con ellos para coordinar sus necesidades de atención y de servicio. Si ya tiene un administrador de casos, trabajaremos con ellos para coordinar sus necesidades de atención y de servicio.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE)

La atención de salud conductual incluye servicios de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias. Usted tiene acceso a servicios que pueden ayudarlo con la salud emocional. Además, puede recibir ayuda con los problemas relativos al consumo de alcohol o de otras sustancias.

Si necesita apoyo para vivir en su casa o la comunidad, MetroPlusHealth Partnership in Care ofrece servicios adicionales, que se conocen como Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS) y Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE). Como es más fácil obtener servicios de CORE que servicios de BH HCBS, el estado de Nueva York ha trasladado estos servicios de BH HCBS.

Estos servicios pueden ayudarlo a evitar que tenga que ir al hospital y a vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos en la vida en relación con el empleo, la escuela o en otras áreas de su vida en las cuales le gustaría trabajar. Para ser elegible para los servicios de BH HCBS, deberá someterse a una evaluación. Si desea obtener más información, llámenos al 800.303.9626 o pregunte a su Administrador de Atención acerca de estos servicios.

Los cuatro (4) servicios de BH HCBS para adultos que se trasladaron a servicios de CORE lo ayudarán a mejorar el acceso a los servicios y a utilizar la experiencia de los médicos y profesionales de rehabilitación para respaldar el proceso de elegibilidad y admisión. Los servicios de CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). Los servicios de CORE pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos personales y de salud cuando tiene necesidades de salud mental o adicciones.

Los cuatro servicios nuevos de CORE son:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)

Este servicio ayuda con habilidades de la vida, como:

- hacer contactos sociales,
- encontrar o mantener un empleo,
- comenzar o regresar a la escuela, y
- usar recursos de la comunidad.

Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)

Este servicio le ayuda a controlar sus síntomas mediante asesoramiento y tratamiento clínico.

Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar

Este servicio lo conecta con especialistas en situación similar, que han pasado por el proceso de recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender a:

- vivir con problemas de salud y ser independiente,
- ayudarlo a tomar decisiones sobre su propia recuperación, y
- encontrar recursos y apoyos naturales.

Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés)

Este servicio les proporciona a sus familiares y amigos la información y las habilidades que necesitan para ayudarlo y apoyarlo.

Si desea obtener más información, llámenos al 800.303.9626 o pregunte a su Administrador de Atención acerca de estos servicios. Consulte la página 31 de este manual para obtener más información acerca de estos servicios y cómo obtenerlos.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES

- Cuando necesite atención que su PCP no pueda brindarle, el profesional lo REMITIRÁ a un especialista que sí podrá asistirlo. Cuando su PCP lo remita a otro médico, pagaremos por su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de MetroPlusHealth Partnership in Care. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones.
- Si usted considera que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si debe consultar a otro especialista.
- En el caso de algunos tratamientos y servicios, su PCP debe pedirle a MetroPlusHealth Partnership in Care que los apruebe *antes* de obtenerlos. Su PCP le dirá cuáles son.
- Si tiene algún inconveniente para obtener una remisión que usted considera que necesita, póngase en contacto con Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.
- Si no hay ningún especialista en nuestra red de proveedores que pueda ofrecerle la atención que usted necesita, le conseguiremos la atención que necesita de un especialista que no

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

pertenezca a nuestro plan. Esto se conoce como **remisión fuera de la red**. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de MetroPlusHealth Partnership in Care *antes* de que usted obtenga una remisión fuera de la red. Cuando su PCP o proveedor del plan lo remite a un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted no es responsable de ningún costo, excepto los copagos como se describe en este manual.

- En ocasiones, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red debido a que existe un proveedor en MetroPlusHealth Partnership in Care que puede ofrecerle tratamiento. Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarlo, usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 50 para obtener información sobre el proceso.
- A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico cuando usted solicita atención que no difiere mucho de la que podría obtener de un proveedor de MetroPlusHealth Partnership in Care. Usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red para el tratamiento que usted desea es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 50 para obtener información sobre el proceso.
- Si necesita ver a un especialista por atención continua, su PCP puede remitirlo para una cantidad determinada de visitas o por un período de tiempo (una **remisión permanente**). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención.
- *Si tiene una enfermedad a largo plazo o incapacitante que empeora con el transcurso del tiempo*, su PCP podrá coordinar lo siguiente:
 - que el especialista actúe como su PCP;
 - una remisión a un centro de atención especializada en el tratamiento de su enfermedad.

OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UNA REMISIÓN

Atención de salud para la mujer

No necesita la remisión de su PCP para consultar a uno de nuestros proveedores SI:

- está embarazada, o
- necesita servicios de un obstetra o ginecólogo, o
- necesita servicios de planificación familiar, o
- desea consultar a una partera, o
- necesita someterse a un examen de mamas o pélvico.

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento acerca del control de la natalidad, recetas para el control de la natalidad, preservativos masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante sus visitas por alguno de estos motivos, también puede realizarse pruebas para las infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.
- *No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.* De hecho, puede elegir dónde desea recibir estos servicios. Puede utilizar su **tarjeta de identificación de MetroPlusHealth Partnership in Care** para consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. Para recibir ayuda para buscar un proveedor, consulte el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios al Miembro.
- También puede utilizar su **tarjeta de Medicaid** si desea consultar a un médico o una clínica fuera de nuestro plan. Solicite a su PCP o llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener un listado de los lugares donde puede ir para obtener estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy (Crecer Saludable) del estado de Nueva York al 800.522.5006 para solicitar los nombres de proveedores de planificación familiar en su zona.

Examen de detección del VIH e ITS

Todo el mundo debe conocer su condición de VIH. Los exámenes de detección del VIH y de infecciones de transmisión sexual son parte de su atención médica habitual.

- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que acude a una visita en el consultorio o una clínica.
- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que recibe servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Simplemente programe una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede proveerle el servicio o coordinarlo.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- O bien, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlusHealth Partnership in Care, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de MetroPlusHealth Partnership in Care. Si desea ayuda para encontrar un proveedor del plan o de Medicaid de servicios de planificación familiar, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.
- Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Si desea someterse a una prueba del VIH gratuita o a una prueba donde su nombre no figure, llame al 800.541.AIDS (inglés) o al 800.233.SIDA (español).

Algunas pruebas son "pruebas rápidas", y solo debe esperar un poco para recibir los resultados. El proveedor que le realiza la prueba le explicará los resultados y coordinará la atención de seguimiento cuando sea necesaria. También aprenderá a proteger a su compañero. Si el resultado de la prueba es negativo, podemos ayudarlo a que se mantenga de esa forma.

Prueba del VIH

- Puede someterse a una prueba del VIH como parte de su atención médica habitual. Su proveedor puede realizarle una prueba del VIH o darle una receta para una prueba cada vez que acude a una visita en el consultorio o una clínica que no es una emergencia.
- Puede acercarse al centro de pruebas del VIH de su comunidad. Para más información, llame a la Línea Directa del VIH del Estado de Nueva York al 800.872.2777 o al 800.541.AIDS (2437). Para español 800.233.SIDA (7432) y TDD 800.369.AIDS (2437).
- Puede realizarse una prueba del VIH cada vez que recibe servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Simplemente programe una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH y recibir asesoramiento, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede proveerle el servicio o coordinarlo.
- O bien, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlusHealth Partnership in Care, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de MetroPlusHealth Partnership in Care. Si desea ayuda para encontrar un proveedor del plan o de Medicaid de servicios de planificación familiar, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Si necesita tratamiento del VIH después del servicio de prueba, su PCP se encargará de la atención de seguimiento. Si el resultado de la prueba es negativo, podemos ayudarlo a que se mantenga de esa forma.

Notificación a su pareja

Si usted es VIH positivo, el Programa PartNer Assistance (PNAP, por sus siglas en inglés) puede

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

ayudarle a encontrar la mejor manera de decirle a sus parejas que necesitan someterse a una prueba del VIH. Su asesor del PNAP le ayudará a decidir cuál es la mejor manera y la más segura de decirles a sus parejas. Si decirle a su pareja afectará gravemente la salud o seguridad de usted, o de alguien cercano a usted, hable con el asesor del PNAP sobre sus opciones. Para obtener más información sobre el PNAP, pregunte a su Administrador de Casos o llame al 800.541.AIDS (2437), o en la Ciudad de Nueva York al 212.693.1419. Si su pareja se altera o enoja, llame a la Línea Directa de Violencia Doméstica del Estado de Nueva York al 800.842.6906.

Servicios de prevención del VIH

Hay muchos servicios de prevención del VIH a su disposición. Hablaremos con usted acerca de las actividades que podrían poner a usted o a los demás en riesgo de transmitir VIH o de contagiarse una enfermedad de transmisión sexual. Podemos ayudarlo a aprender a protegerse. Tanto el personal de MetroPlusHealth Partnership in Care como las remisiones a grupos de la comunidad lo ayudarán con actividades para que usted y sus seres queridos se mantengan saludables. Además, podemos ayudarlo a conseguir preservativos masculinos y femeninos, y jeringas limpias. Si usted es VIH positivo, podemos ayudarlo a que les informe a sus parejas de su condición de VIH (consulte más arriba el programa PartNer Assistance). Podemos ayudarlo a hablar con su familia y amigos, y ayudarlos a entender el VIH y SIDA, y cómo obtener tratamiento. Si necesita ayuda para hablar acerca de su condición del VIH con futuras parejas, el personal de MetroPlusHealth Partnership in Care lo ayudará. Incluso podemos ayudarlo a hablar con sus hijos acerca del VIH.

Atención oftalmológica

El servicio cubierto incluye los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico, e incluye un examen ocular para anteojos recetados una vez cada dos años, o con más frecuencia si es médicamente necesario. Los afiliados que tengan un diagnóstico de diabetes pueden consultar directamente para recibir un examen de pupilas dilatadas (de la retina) una vez en cualquier período de doce (12) meses. Simplemente elija a uno de nuestros proveedores participantes.

Normalmente se brindan anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, una vez cada dos años. Los anteojos pueden recetarse cuando la corrección o el cambio en la vista es de, al menos, .50 dioptrías. Si elige usar su propio marco en vez de elegir un marco aprobado por Medicaid, no cubriremos el pago de su marco. Se pueden encargar lentes nuevas más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia rápidamente debido a una condición de catarata o miopía progresiva. Si sus anteojos se rompen, se pueden reparar. Los anteojos que se pierdan o se rompan y no se puedan reparar se reemplazarán con la misma receta médica y estilo de marcos. Si necesita consultar a un especialista de la vista para recibir atención por una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá.

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener los servicios de salud mental y por consumo de sustancias que pueda necesitar.

Si en cualquier momento usted considera que necesita ayuda de salud mental o por consumo de

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual que acepte Medicaid para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como aquellos que brinda una clínica o de desintoxicación. **No necesita una remisión de su PCP.**

Dejar de fumar

Puede recibir medicamentos, suministros y asesoramiento si desea ayuda para dejar de fumar. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y considera que necesita ayuda con la depresión, puede realizarse un examen de detección para determinar los servicios que puede necesitar. No necesita una remisión de su PCP. Puede someterse a un examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Las emergencias siempre están cubiertas. En el estado de Nueva York, una emergencia significa una afección médica o trastorno de conducta:

- que se produce repentinamente y
- presenta dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tema que alguien sufra una lesión grave en alguna parte o función del cuerpo o una desfiguración grave si no recibe atención de inmediato.

Los servicios de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios de atención médica necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluida la estabilización psiquiátrica y la desintoxicación médica de drogas o alcohol.

Algunos ejemplos de emergencias son:

- un ataque cardíaco o fuerte dolor en el pecho
- hemorragia que no se detiene o quemadura grave
- fracturas de huesos
- dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- cuando siente que puede lastimarse o lastimar a los demás
- si está embarazada y presenta signos como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos
- sobredosis de drogas
- disfunción grave de algún órgano del cuerpo
- deterioro de las funciones corporales

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Algunos ejemplos de situaciones que **no son emergencias** son: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes o hematomas leves, o esguinces.

Situaciones que no son emergencias también pueden ser problemas familiares, una separación, o el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Es posible que parezcan una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias.

Si tiene una emergencia, haga lo siguiente:

- *Si considera que tiene una emergencia, llame al 911* o diríjase a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de MetroPlusHealth Partnership in Care ni de su PCP para recibir atención de emergencia, y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.
- *Si no está seguro, llame a su PCP* o a MetroPlusHealth Partnership in Care.

Dígale lo que sucede a la persona que lo atienda. Su PCP o representante de MetroPlusHealth Partnership in Care:

- le dirá lo que debe hacer en su hogar, o
 - le dirá que se presente en el consultorio del PCP,
 - le informará acerca de los servicios en la comunidad que puede recibir, como reuniones de 12 pasos o un hogar, o
 - le dirá que acuda a la sala de emergencias más cercana.
- **Puede comunicarse con Servicios al Miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando atraviesa una crisis o necesita ayuda con una situación de salud mental o por consumo de drogas.**
 - *Si se encuentra fuera del área* cuando tiene una emergencia:
 - Diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.
 - Llame a MetroPlusHealth Partnership in Care lo antes posible (dentro de las 48 horas si es posible).

Recuerde

No necesita una aprobación previa para los servicios de emergencia

Use la sala de emergencias únicamente cuando es **VERDADERAMENTE UNA EMERGENCIA.**

NO debe utilizarse la Sala de Emergencias para problemas como gripe, dolor de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, comuníquese con su PCP o nuestro plan al 800.303.9626.

Número de teléfono de Servicios para Crisis de Salud Conductual 855.371.9228

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero aún así necesite atención inmediata.

- Esto podría ser un niño(a) con un dolor de oído que se despierte en medio de la noche y que no deja de llorar.
- Podría ser una gripe o cuando necesita puntos.
- Podría ser un esguince o una astilla que no puede quitar.

Puede programar una cita para una visita de atención de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Ya sea que se encuentre en su casa o no, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no logra comunicarse con su PCP, llámenos al 800.303.9626. Explique lo que sucede a la persona que lo atienda. Le dirá lo que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener atención de urgencia y de emergencia solamente en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Estadounidense. Si necesita atención médica mientras se encuentra en cualquier otro país (incluso Canadá y México), deberá pagarla.

QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE

Además de los chequeos habituales y las vacunas que usted y su familia necesitan, aquí le enumeramos algunos otros servicios que brindamos y maneras de mantener una buena salud:

- Educación sobre el tratamiento del VIH
- Apoyo de compañeros

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Mantener su horario de medicamentos
- Grupos de apoyo para el VIH/SIDA
- Reducción del daño/Intercambio de agujas
- Terapias alternativas
- Atención prenatal y cuidado del bebé
- Atención y nutrición prenatales
- Lactancia y cuidado del bebé
- Salud odontológica/bucal
- Prevención del VIH
- Control del asma
- Programas de ejercicios
- Terapias alternativas
- Cuidado de la piel
- Prevención del VIH
- Prevención de resultados positivos
- Servicios específicos del VIH, tales como Planificación de permanencia
- Clases para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo por duelo o pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para la diabetes y capacitación para el autocontrol
- Asesoramiento para el asma y capacitación para el autocontrol
- Pruebas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección de las ITS
- Servicios de violencia doméstica
- Clases para usted y para su familia

Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o visite nuestro sitio web en metroplus.org para obtener más información y para acceder a un listado de las próximas clases.

Parte 2: Sus beneficios y los procedimientos del plan

El resto de este manual es para brindarle información cuando la necesite. Enumera los servicios cubiertos y los que no están cubiertos. Si tiene una queja, el manual le informa cómo proceder. El manual contiene más información que puede serle útil. Conserve este manual a mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

Los Planes para Necesidades Especiales proveen diferentes servicios que usted recibirá, además de aquellos que obtiene con Medicaid común u otros planes de atención administrada de Medicaid. Le brindaremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que usted necesitará.

Sin embargo, hay unos pocos servicios que usted puede recibir sin recurrir a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar; pruebas del VIH; servicios de intervención móvil en crisis; y servicios específicos a los que puede consultar directamente, inclusive aquellos que puede obtener dentro de MetroPlusHealth Partnership in Care y algunos que puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio.

SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Usted debe obtener estos servicios de los proveedores de nuestro plan. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y brindados o remitidos por su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 800.303.9626 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios que se mencionan a continuación.

Atención médica habitual y del VIH

- visitas al consultorio de su PCP
- acceso a programas de atención primaria del VIH
- remisiones a especialistas
- acceso a terapias combinadas
- exámenes oculares y de audición
- ayuda para mantener su horario de medicamentos
- coordinación de la atención y los beneficios

Atención preventiva

- educación sobre el VIH y disminución del riesgo
- remisión a Organizaciones Basadas en la Comunidad (CBO, por sus siglas en inglés) para recibir atención de apoyo
- atención del bebé sano
- atención del niño sano
- chequeos regulares

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- vacunas para niños desde el nacimiento y en toda la niñez
- acceso a Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) para miembros desde su nacimiento hasta los 21 años.
- acceso a agujas y jeringas gratuitas
- asesoramiento para dejar de fumar

Atención de maternidad

- acceso a Centros del VIH especializados en la atención de madres y niños (si usted es VIH positivo)
- atención durante el embarazo
- servicios de médicos, parteras y hospitales
- acceso a un tratamiento antirretroviral para la madre y el bebé
- atención del recién nacido
- examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Atención médica a domicilio (debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care)

- una visita médica en el hogar posparto y visitas adicionales cuando sean médicamente necesarias para las mujeres de alto riesgo
- al menos 2 visitas para bebés de alto riesgo (recién nacidos)
- otras visitas de atención médica a domicilio cuando sean necesarias y las solicite su PCP o especialista

Cuidado personal, asistente en el hogar o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés)

- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care
- Cuidado personal y asistente en el hogar: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, así como también con la preparación de las comidas y las tareas domésticas.
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, la preparación de las comidas y las tareas domésticas, además de la asistencia de salud en el hogar y las tareas de enfermería. Usted elige y dirige al asistente que brinda estos servicios.
- Si desea más información, póngase en contacto con MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626.

Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés)

- Es un aparato que usted lleva si tiene una emergencia y necesita ayuda.
- Para reunir los requisitos para recibir este servicio, debe recibir servicios de cuidado personal/asistente en el hogar.
- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care.

Cuidado médico de día para adultos

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Debe ser recomendada por su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Brinda educación sobre salud, nutrición, servicios de enfermería y sociales, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, terapia de rehabilitación, servicios farmacéuticos, además de remisiones para la atención odontológica y de otras especialidades.

Atención médica diurna para adultos con SIDA

- Debe ser recomendada por su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Proporciona atención de enfermería y médica general, servicios de apoyo para el consumo de sustancias, servicios de apoyo para salud mental, servicios nutricionales individuales y grupales, además de actividades de promoción de socialización estructurada, recreativas y de bienestar/salud.

Terapia para la tuberculosis

- Usted recibe ayuda para tomar los medicamentos para la tuberculosis y atención de seguimiento.

Cuidados paliativos

- La atención de cuidados paliativos ayuda a los pacientes y a sus familias a abordar sus necesidades especiales que se presentan durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte.
- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Brinda servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y tienen una expectativa de vida de un año o menos.
- Los servicios se pueden proporcionar en su hogar o en un hospital u hogar de reposo.
- Para los niños menores de veintiún (21) años, los servicios médicamente necesarios para tratar la enfermedad también están cubiertos.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Atención odontológica

El plan médico MetroPlusHealth Partnership in Care considera que brindarle una buena atención odontológica es importante para la atención de su salud en general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con DentaQuest, un experto en la prestación de servicios odontológicos de alta calidad; u ofrecemos atención odontológica a través de contratos con dentistas individuales, expertos 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!*

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Cómo obtener servicios odontológicos:

Debe elegir a un dentista de atención primaria. MetroPlusHealth Partnership in Care utiliza DentaQuest para brindar servicios odontológicos. DentaQuest cuenta con dentistas participantes que se especializan en odontología general, odontología pediátrica, cirugía bucal y enfermedad de las encías. Llame a DentaQuest al 844.284.8819 para elegir un dentista de atención primaria. Puede obtener un listado de los dentistas participantes en línea en metroplus.org, o previa solicitud llamando a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care al 800-303-9626. Si no elige a un dentista, elegiremos uno por usted. Siempre podrá cambiar de dentista. Pregunte a su dentista actual si participa en DentaQuest.

- Cuando necesite encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a DentaQuest al 844.284.8819 o llame a MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626. Los Representantes de Servicios al Miembro están allí para ayudarlo. Muchos de ellos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services.
- 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 a su dentista, 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 Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para encontrar una clínica administrada por un centro odontológico académico.

Cuidado de ortodoncia

MetroPlusHealth Partnership in Care cubrirá aparatos ortodóncicos para niños de hasta 21 años que tengan un problema grave con sus dientes; no puedan masticar alimentos debido a dientes severamente torcidos, paladar hendido o labio leporino.

Atención oftalmológica

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista.
- Cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o el reemplazo de anteojos que se pierden o destruyen, incluidas las reparaciones, cuando sean médicamente necesarios. Los ojos artificiales están cubiertos cuando los solicite un proveedor del plan
- Exámenes oftalmológicos, generalmente cada dos años, salvo que sean médicamente necesarios con más frecuencia
- Anteojos, con un nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o con más frecuencia cuando sean médicamente necesarios
- Examen por visión reducida y ayudas para la visión reducida solicitadas por su médico
- Remisiones a especialistas por enfermedades o defectos oculares

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Atención hospitalaria

Acceso a hospitales designados para el SIDA

- atención para pacientes hospitalizados
- atención para pacientes ambulatorios
- pruebas de laboratorio, radiografías, otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son los procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de atención para asegurarse de que permanece en un estado estable. Según su necesidad, es posible que reciba tratamiento en una Sala de Emergencias, en una sala de hospital para pacientes hospitalizados o en otro centro. Esto se llama **servicios posteriores a la estabilización**.
- Si desea más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 19.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros especialistas, entre ellos:

- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionales y del habla
- audiólogos
- parteras
- especialistas en rehabilitación cardíaca
- otra atención especializada no relacionada con el VIH
- cardiología
- dermatología
- endocrinología (diabetes)
- gastroenterología
- neurología
- oftalmología
- control del dolor

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Atención en centros de atención médica residenciales (hogar de reposo)

- incluye estancias a corto plazo o de rehabilitación y atención a largo plazo;
- un médico debe solicitarla y debe contar con la autorización de MetroPlusHealth Partnership in Care;

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- los servicios cubiertos del hogar de reposo incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia para las actividades de la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.

Si necesita ser ingresado en un hogar de reposo a largo plazo, New York State of Health debe determinar si usted reúne ciertos requisitos en cuanto a los ingresos de Medicaid. MetroPlusHealth Partnership in Care y el hogar de reposo pueden ayudarlo con la solicitud.

Debe obtener la atención de un hogar de reposo que forme parte de la red de proveedores de MetroPlusHealth Partnership in Care. Si elige un hogar de reposo que no pertenece a la red de MetroPlusHealth Partnership in Care, tendrá que transferirse a otro plan. Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 para obtener ayuda con las preguntas acerca de los proveedores de hogares de reposo y las redes del plan.

Llame al 800.303.9626 para que le ayuden a encontrar un hogar de reposo en nuestra red.

ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

La atención de salud conductual incluye tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación. Todos los miembros tienen acceso a servicios para obtener ayuda con la salud emocional o con los problemas por consumo de sustancias o alcohol. Estos servicios incluyen:

Atención de salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados
- Inyecciones para trastornos relacionados con salud conductual
- Servicios de rehabilitación si reside en un hogar comunitario o si está bajo tratamiento con base en la familia
- Asesoramiento individual y grupal a través de clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés)

Atención ambulatoria de salud mental para adultos

- Tratamiento diurno continuo (CDT, por sus siglas en inglés)
- Hospitalización parcial (PH, por sus siglas en inglés)

Atención ambulatoria de salud mental de rehabilitación para adultos

- Tratamiento asertivo en la comunidad (ACT, por sus siglas en inglés)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés)

Servicios en caso de crisis de salud mental para adultos

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) incluyendo camas para observación extendida
- Servicios de intervención por crisis
 - Servicios móviles y telefónicos en caso de crisis
- Programas residenciales en caso de crisis
 - Apoyo residencial en caso de crisis: Es un programa para personas de 18 años en adelante con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.
 - Residencia en caso de crisis intensiva: Es un programa de tratamiento para personas de 18 años o más que tienen angustia emocional grave.

Servicios para el trastorno por consumo de sustancias

- Servicios en caso de crisis
 - Control de la abstinencia administrada médicamente
 - Control de la abstinencia supervisada por personal médico (pacientes hospitalizados/ambulatorios)
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes hospitalizados (en el hospital o la comunidad)
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en un entorno residencial
 - Reintegración en un entorno residencial
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Control ambulatorio de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con fármacos
- Programas de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)

Tratamiento por ludopatía provisto por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (OASAS)

MetroPlusHealth cubre el tratamiento por ludopatía provisto por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (OASAS)

Puede recibir tratamiento para la ludopatía:

- de manera presencial; o
- por telesalud.

Si necesita tratamiento para ludopatía, puede recibirlo de un programa ambulatorio de la OASAS

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

o, si es necesario, de un programa para pacientes hospitalizados o residencial de la OASAS.

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al número que aparece abajo.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de análisis de comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)

MetroPlusHealth cubre la terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) provista por:

- Analista de comportamiento autorizado (LBA, por sus siglas en inglés); o
- Asistente de analista de comportamiento certificado (CBAA, por sus siglas en inglés) bajo la supervisión de un LBA.

¿Quién puede recibir un ABA?

Niños/jóvenes menores de 21 años con un diagnóstico de trastorno del espectro autista y/o Síndrome de Rett. Si usted considera que es elegible para recibir servicios de ABA, converse con su proveedor sobre este servicio. MetroPlusHealth trabajará con usted y su proveedor para garantizar que reciba el servicio que necesita.

Los servicios de ABA incluyen:

- evaluación y tratamiento por parte de un médico, un analista de comportamiento autorizado o un asistente de analista de comportamiento certificado;
- tratamientos individuales brindados en la casa o en otro entorno;
- tratamiento del comportamiento de adaptación grupal y
- capacitación y apoyo a la familia, así como a proveedores de cuidado.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) Y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE)

Estos servicios pueden ayudarlo con sus objetivos en la vida en cuanto al empleo, la escuela u otras áreas de su vida en las que desea trabajar. Para averiguar si califica, un Administrador de Atención del Hogar Médico debe completar una breve entrevista con usted que demostrará si puede beneficiarse de estos servicios. Si la entrevista demuestra que puede beneficiarse, el Administrador de Atención realizará una evaluación completa con usted para averiguar cuáles son sus necesidades de salud en general, incluso las necesidades físicas, conductuales y los servicios de rehabilitación.

Los BH HCBS incluyen:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- **Servicios de habilitación:** lo ayudan a aprender habilidades nuevas para vivir de manera independiente en la comunidad.
- **Servicios de apoyo educativo:** lo ayudan a encontrar maneras para regresar a la escuela con el objetivo de recibir la educación y la capacitación que lo ayudarán a conseguir un empleo.
- **Servicios prevocacionales:** lo ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para un empleo.
- **Servicios de empleo transitorio:** le dan apoyo durante un período de tiempo corto mientras usted prueba diferentes empleos. Incluye capacitación en el trabajo para adquirir un mayor dominio de las habilidades laborales para ayudarlo a conservar un empleo al salario mínimo o por encima de él.
- **Servicios de empleo con apoyo intensivo:** lo ayudan a encontrar un empleo al salario mínimo o por encima de él, y a conservarlo.
- **Servicios de empleo con apoyo continuo:** lo ayudan a conseguir un empleo y a tener éxito en él.
- **Transporte no médico:** transporte a actividades no vinculadas con la atención médica que están relacionadas con un objetivo de su plan de atención.

Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS) para adultos Y Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE)

Los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS, por sus siglas en inglés) para adultos y los Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE) pueden ayudar a los miembros de MetroPlusHealth a alcanzar sus objetivos de vida y a estar más involucrados en la comunidad. Estos servicios pueden ayudar con lo siguiente:

- Independencia: Habilidades sociales y de la vida diaria
- Educación y empleo
- Apoyos familiares y de compañeros
- Gestión de crisis - Los servicios de relevo en caso de crisis ayudan a gestionar las crisis de salud mental y por el consumo de sustancias en un entorno seguro.

Elegibilidad y niveles de BH HCBS

Los Administradores de Atención del Hogar Médico (HHCM, por sus siglas en inglés) utilizan la

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York para determinar si los miembros elegibles de HARP del Plan SNP para Personas con VIH pueden recibir servicios de BH HCBS para adultos y, de ser así, para qué nivel de servicio califican.

- Antes de la evaluación, el HHCM debe verificar la inscripción actual en el SNP para Personas con VIH.
- Los servicios que se ofrecen en el Nivel 1 son los siguientes:
 - Educación
 - Empleo
- Los servicios del Nivel 2 incluyen todos los servicios del Nivel 1 y:
 - Apoyos residenciales / de habilitación
- **Nota:** El estado de Nueva York está cambiando el proceso de evaluación de BH HCBS y renombrando los servicios de BH HCBS a servicios CORE (siglas en inglés de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad). El objetivo es eliminar las barreras de acceso y ampliar la red de remisiones para promover un mayor uso de los servicios. Los cuatro (4) servicios renombrados como CORE se detallan en la página 31.
- La elegibilidad para HARP se basa en determinados factores, tales como uso previo de servicios de salud conductual en Medicaid.
- Las personas pueden solicitar a los proveedores que las atienden que consulten su estado de elegibilidad o pueden llamar a New York Medicaid Choice al 855.789.4277; usuarios de TTY: 888.329.1541.

DESCRIPCIÓN DE LOS BH HCBS Y LOS SERVICIOS DE RECUPERACIÓN ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE) PARA ADULTOS

Hay diferentes servicios humanos y de salud provistos por los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad y los Servicios de Recuperación Orientados a la Comunidad (CORE) que están disponibles para ayudarle a alcanzar sus objetivos de vida y a estar más activo en su comunidad. Si es elegible, puede recibir los siguientes servicios:

Los servicios BH HCBS incluyen:

- **Servicios de habilitación:** para miembros que necesitan desarrollar habilidades básicas funcionales, sociales y de la vida. Servicios:
 - Ayudar a los miembros a adquirir habilidades, entre ellas, la comunicación efectiva y la construcción de relaciones en la comunidad, así como el uso de los recursos comunitarios.
 - Puede ser útil después de la falta de vivienda, la hospitalización o el encarcelamiento prolongados.
- **Servicios de apoyo educativo:** lo ayudan a encontrar maneras para regresar a la escuela con el objetivo de recibir la educación y la capacitación que lo ayudarán a conseguir un empleo. Los servicios incluyen:
 - Asistencia para presentar solicitudes de ayuda financiera y en escuelas;
 - Inscripción en escuelas;
 - Navegar el sistema escolar;
 - Negociar adaptaciones razonables;
 - Identificar recursos de tutoría.
- **Servicios prevocacionales:** lo ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para un empleo. Los servicios incluyen:
 - Preparar a los miembros que tienen poca o ninguna experiencia laboral o que no han trabajado en mucho tiempo para un empleo competitivo.
 - Las oportunidades deben ser en un entorno de trabajo integrado donde se emplee a personas de la comunidad en general.
- **Servicios de empleo transitorio:** le dan apoyo durante un período de tiempo corto mientras usted prueba diferentes empleos. Incluye capacitación en el trabajo para adquirir un mayor dominio de las habilidades laborales para ayudarlo a conservar un empleo al salario mínimo o por encima de él.
 - Preparar a los miembros que tienen poca o ninguna experiencia laboral o que no han trabajado en mucho tiempo para un empleo competitivo en la comunidad en general.
 - Las vacantes de empleo de transición las organiza el proveedor de HCBS mediante un acuerdo formal con las empresas que contratan a personas de la comunidad en general.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- **Servicios de empleo con apoyo intensivo:** lo ayudan a encontrar un empleo al salario mínimo o por encima de él, y a conservarlo.
- **Servicios de empleo con apoyo continuo:** lo ayudan a conseguir un empleo y a tener éxito en él.
- **Transporte no médico:** transporte a actividades no vinculadas con la atención médica que están relacionadas con un objetivo de su plan de atención.

Los cuatro (4) servicios de BH HCBS para adultos que se trasladaron a servicios de CORE lo ayudarán a mejorar el acceso a los servicios y a utilizar la experiencia de los médicos y profesionales de rehabilitación para respaldar el proceso de elegibilidad y admisión. Los servicios de CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). Los nuevos servicios de CORE incluyen:

- **Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)**
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)**
- **Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar**
- **Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés)**

Nota: Los servicios de relevo en caso de crisis intensiva y a corto plazo (anteriormente parte de BH HCBS) se han convertido en beneficios de intervención en caso de crisis. Ahora se llaman **servicios residenciales en caso de crisis** y están disponibles para todos los miembros adultos de atención administrada de Medicaid. Estos servicios pueden incluir:

- Apoyo de compañeros;
- Coordinación con otros proveedores;
- Orientación de salud y bienestar;
- Planificación para la prevención de crisis;
- Educación sobre las herramientas de autoayuda;
- Resolución de conflictos;
- Compromiso de la familia y otros apoyos naturales;
- Remisiones o enlaces a proveedores de la comunidad.

Los servicios adicionales residenciales en caso de crisis pueden incluir:

- Evaluación psiquiátrica;
- Evaluación integral que incluye examen de detección de problemas de salud física;
- Evaluación de riesgo;
- Administración de medicamentos;
- Asesoramiento individual y grupal;
- Apoyo familiar;
- Apoyo de compañeros;
- Remisiones o enlaces a proveedores de la comunidad.

Servicios de intervención por crisis para adultos y niños

MetroPlusHealth pagará servicios de residencia en caso de crisis. Son servicios nocturnos. Estos servicios tratan niños y adultos que tienen una crisis emocional. Estos servicios incluyen:

Apoyo residencial en caso de crisis

Es un programa para personas de 18 años en adelante con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.

Residencia en caso de crisis intensiva

Es un programa de tratamiento para personas de 18 años o más que tienen angustia emocional grave.

Residencia para niños en caso de crisis

Es un programa de tratamiento y apoyo para personas menores de 21 años. Estos servicios ayudan a las personas a enfrentar una crisis emocional, y a regresar a su hogar y a su comunidad.

Servicios móviles y telefónicos en caso de crisis

Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) incluyendo camas para observación extendida.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY 711).

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda relacionada con el trastorno por consumo de sustancias, los Servicios de Reducción de Daños pueden ofrecerle un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar. MetroPlusHealth Partnership in Care cubre los servicios que pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumo de sustancias.
- Asesoramiento de apoyo individual que ayuda a lograr sus objetivos.
- Asesoramiento de apoyo grupal en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre asuntos que afectan su salud y bienestar.
- Asesoramiento para ayudarlo a tomar su medicamento recetado y continuar el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarlo a comprender mejor el consumo de sustancias e identificar las técnicas y habilidades de afrontamiento que funcionarán para usted.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de salud conductual para niños

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

MetroPlusHealth cubrirá más servicios de salud conductual para niños y jóvenes. Puede obtener estos servicios usando su tarjeta del plan de salud.

Algunos de estos servicios pueden ya estar cubiertos por MetroPlusHealth para ciertos niños y jóvenes menores de 21 años que sean elegibles.

Los miembros menores de 21 años podrán obtener estos servicios:

- Servicios en caso de crisis
 - Control de la abstinencia administrada médicamente
 - Control de la abstinencia supervisada por personal médico (pacientes hospitalizados/ambulatorios)
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes hospitalizados (en el hospital o la comunidad)
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en un entorno residencial
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Control ambulatorio de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con fármacos
- Programas de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)

MetroPlusHealth cubrirá estos servicios para todos los niños y jóvenes menores de 21 años que sean elegibles, incluyendo a quienes:

- Reciben Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés);
- Están en situación de Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) a nivel federal
- Hayan sido certificados como discapacitados por una revisión de discapacidad médica del Estado de Nueva York.

Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias (CFTSS, por sus siglas en inglés)

Los CFTSS están autorizados a que se brinden en virtud de los beneficios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (conocidos comúnmente como EPSDT). EPSDT es una gama de beneficios de Medicaid para niños menores de 21 años, centrados principalmente en la atención médica preventiva de los niños (por ejemplo, visitas de control de bebés sanos, vacunas y exámenes de detección en determinadas edades).

- Si es menor de 21 años y tiene la condición de discapacidad del seguro del Seguro Social federal o si el estado de Nueva York ha determinado que usted está relacionado con un

seguro del Seguro Social, utilice su tarjeta de Medicaid del estado para estos servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias.

Utilice su tarjeta de beneficios de MetroPlusHealth para recibir los servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias. Estos servicios incluyen:

- **Otro profesional acreditado (OPL, por sus siglas en inglés).** Este beneficio le permite obtener terapia individual, grupal o familiar donde se sienta más cómodo. El niño/joven no requiere un diagnóstico de salud conductual para acceder a OLP.

Los OLP son profesionales de salud conductual sin licencia médica (NP-LBHP, por sus siglas en inglés) que incluyen:

- Psicoanalistas con licencia
 - Trabajadores sociales clínicos con licencia
 - Terapeutas familiares y matrimoniales con licencia
 - Asesores de salud mental con licencia
 - Magísteres en trabajo social con licencia cuando esté bajo la supervisión de trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW), psicólogos con licencia o psiquiatras
- **Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés).** Este beneficio le ayuda a reaprender las habilidades para ayudarlo en su comunidad. Este servicio se denominó “Desarrollo de habilidades”.
 - **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés).** Este beneficio lo ayuda a permanecer en su hogar y comunicarse mejor con familiares, amigos y otras personas. Este servicio se denominó “Servicios intensivos en el hogar”, “Gestión y capacitación para evitar situaciones de crisis” o “Soporte y servicios intensivos en el hogar”. Los proveedores calificados con una maestría en trabajo social, asesoría, psicología o un campo de servicios humanos relacionado, más un año de experiencia aplicable, pueden brindar todos los aspectos de CPST, incluido el asesoramiento.

Servicios y apoyos de compañeros para la familia (FPSS). Una variedad de actividades y apoyos formales e informales brindados a las familias que cuidan o crían a un niño que está experimentando desafíos sociales, emocionales, médicos, conductuales, del desarrollo o por el consumo de sustancias en su hogar, escuela, asignación o comunidad. Estos servicios se centran en fortalecer la unidad familiar, desarrollar habilidades dentro de la familia para el beneficio del niño, promover el empoderamiento dentro de la familia y fortalecer los apoyos generales en el entorno del niño.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Apoyo de compañeros para jóvenes (YPS, por sus siglas en inglés). Este beneficio es provisto por un defensor de compañeros para jóvenes con credenciales o un defensor de compañeros para recuperación certificado con un enfoque juvenil que tiene experiencias similares.

Obtenga apoyo y asistencia con:

- El desarrollo de habilidades para gestionar los desafíos de salud y ser independiente.
- Sentirse empoderado para tomar decisiones.
- Hacer conexiones con recursos y apoyos naturales.
- La transición al sistema de salud para adultos cuando sea el momento adecuado.

Intervención por crisis. Ayuda profesional en el hogar o en la comunidad cuando un niño o joven está angustiado y no puede ser ayudado por familiares, amigos y otros apoyos. Incluye apoyo y ayuda con el uso de planes para situaciones de crisis para apaciguar la crisis y prevenir o reducir futuras crisis.

Si está recibiendo estos servicios ahora, entonces su atención no cambiará. Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para niños — Exención Infantil 1915(c)

El Estado de Nueva York cubre los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Niños (HCBS) bajo la Exención Infantil. MetroPlusHealth cubrirá los HCBS para niños para los miembros que participan en la Exención Infantil y brindará administración de la atención para estos servicios.

Los HCBS para niños ofrecen servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de cada niño/joven. Los HCBS se proporciona donde los niños/jóvenes y las familias se sienten más cómodos y los apoya a medida que trabajan para alcanzar sus metas y logros.

¿Quién puede obtener los HCBS para niños?

Los HCBS para niños son para niños y jóvenes que:

- Necesitan cuidados y apoyo adicionales para permanecer en el hogar/la comunidad
- Tienen necesidades complejas de salud, del desarrollo o de la salud conductual
- Desea evitar ir al hospital o a un centro de cuidados de largo plazo
- Son elegibles para HCBS y participan en la Exención Infantil

Los miembros menores de 21 años podrán obtener estos servicios de su plan de salud:

- **Habilitación comunitaria:** servicios y apoyos presenciales relacionados con la adquisición, el mantenimiento y la mejora de las habilidades necesarias para realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés) o tareas relacionadas con la salud en entornos comunitarios.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- **Habilitación diurna:** servicios provistos para ayudar a los miembros a adquirir, retener o mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación, incluida la comunicación y los viajes, que se realizan regularmente en un entorno no residencial, separado de la residencia privada de la persona u otro acuerdo residencial.
- **Servicios de apoyo y defensa del cuidador/la familia:** intervenciones individuales o grupales presenciales diseñadas para mejorar la capacidad del niño/joven, independientemente de su discapacidad (de desarrollo, física y/o conductual), para desempeñarse como parte de una unidad con el cuidador/la familia y para mejorar la capacidad del cuidador/la familia para cuidar al niño/joven en el hogar y/o la comunidad. El uso de este servicio puede ser provisto para prevenir problemas en entornos comunitarios cuando el niño/joven experimenta dificultades.
- **Relevo:** Los servicios pueden ser brindados en un hogar o residencia por proveedores calificados, fuera del hogar/residencia por personal en sitios comunitarios (por ejemplo, centros comunitarios, campamentos, parques) o en instalaciones permitidas. El servicio se centra en la asistencia a corto plazo brindada a niños/jóvenes, independientemente de su discapacidad (de desarrollo, física y/o conductual), debido a la ausencia o necesidad de alivio del niño/joven o del cuidador familiar del niño/joven.

El **relevo de crisis** se puede utilizar cuando ocurren crisis conductuales o situacionales desafiantes que el niño/joven y/o la familia/cuidador no pueden manejar sin asistencia y apoyo intensivos. Los servicios de relevo en caso de crisis pueden ser brindados en un hogar o residencia por profesionales calificados, fuera del hogar/residencia por personal en sitios comunitarios o en instalaciones permitidas.

- **Servicios prevocacionales:** para miembros de 14 años o más, diseñados para preparar a un joven para participar en trabajos remunerados, trabajo voluntario o exploración profesional, orientados a facilitar el éxito en cualquier entorno laboral para jóvenes cuyas discapacidades no les permiten acceder a otros servicios prevocacionales.
- **Empleo con apoyo** (para miembros de 14 años en adelante): servicios diseñados individualmente para preparar a los jóvenes con discapacidades para participar en un trabajo remunerado en un entorno integrado en la fuerza laboral general, en un trabajo que cumpla con sus objetivos personales y profesionales.
- **Servicios de relevo** (relevo planificado y relevo en caso de crisis): asistencia y alivio a corto plazo proporcionados a niños/jóvenes, independientemente de su discapacidad (de desarrollo, física y/o conductual), debido a la ausencia o necesidad de alivio del niño o de su cuidador familiar.
- **Cuidados paliativos:** atención médica especializada enfocada en brindar alivio de los síntomas y el estrés de una afección crónica o una enfermedad potencialmente mortal.
 - Terapia expresiva
 - Terapia de masajes
 - Servicios de consejería por duelo

- Manejo del dolor y los síntomas
- **Modificaciones ambientales:** proporciona adaptaciones físicas internas y externas al hogar u otras residencias elegibles del niño inscrito según el plan de atención (POC, por sus siglas en inglés) del niño.
- **Modificaciones del vehículo:** proporciona adaptaciones físicas al vehículo principal del niño inscrito según el plan de atención (POC, por sus siglas en inglés) del niño.
- **Tecnología adaptativa y de asistencia:** proporciona ayudas y dispositivos tecnológicos identificados dentro del Plan de Atención (POC) del niño.
- **Transporte no médico:** Los servicios de transporte no médico están disponibles para que los miembros accedan a HCBS autorizados y a destinos relacionados con un objetivo incluido en el Plan de Atención del niño/joven. Los ejemplos en los que se puede solicitar este servicio incluyen el transporte a HCBS para el cual se determinó que un niño/joven era elegible para recibir, una entrevista de trabajo, una feria universitaria, un seminario de bienestar, una clase preparatoria para GED, etc.

Los niños/jóvenes que participan en la Exención Infantil deben recibir administración de cuidados. La administración de atención proporciona una persona que puede ayudarle a buscar y obtener los servicios indicados para usted.

- Si recibe Administración de cuidados de una Agencia de Administración de Cuidados en el Hogar (Health Home Care Management Agency, CMA), puede quedarse con su CMA. MetroPlusHealth trabajará con su CMA para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Si recibe administración de atención del Servicio de Evaluación para Niños y Jóvenes (Children and Youth Evaluation Service, C-YES), MetroPlusHealth trabajará con C-YES y le brindará la administración de su atención.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de centros de salud de Agencias de Cuidado de Crianza Voluntario (VFCA) del Artículo 29-I

MetroPlusHealth cubre servicios de centros de salud de una VFCA del Artículo 29-I para niños y jóvenes menores de 21 años.

Los centros de salud de una VFCA 29-I trabajan con las familias para promover el bienestar y resultados positivos para los niños que están bajo su cuidado. Los centros de salud de una VFCA 29-I usan prácticas adaptadas a traumas para satisfacer las necesidades únicas de cada menor. Los centros de salud de una VFCA 29-I solamente pueden atender a niños y jóvenes remitidos por el distrito local de servicios sociales.

Los servicios de los centros de salud de una VFCA 29-I incluyen:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Servicios básicos limitados relacionados con la salud

1. Formación de habilidades
2. Apoyos de enfermería y administración de medicamentos
3. Planificación de tratamientos de Medicaid y planificación del alta
4. Consultas clínicas y supervisión
5. Enlaces y gestión de atención administrada

y

Otros servicios limitados relacionados con la salud

1. Estudios de detección, diagnósticos y servicios de tratamiento relacionados con la salud física
2. Estudios de detección, diagnósticos y servicios de tratamiento relacionados con la salud conductual y del desarrollo
3. Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS)
4. Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para menores de edad

MetroPlusHealth cubre los servicios básicos limitados relacionados con la salud para los niños y jóvenes colocados en un centro de salud de una VFCA 29-I.

MetroPlusHealth cubre otros servicios limitados relacionados con la salud provistos por un centro de salud de una VFCA 29-I a niños y jóvenes elegibles.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de infertilidad

Si no puede quedar embarazada, MetroPlusHealth cubre servicios que pueden ayudarle. Cubrimos algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio se limita a la cobertura de tres (3) ciclos de tratamiento durante su vida.

MetroPlusHealth también cubre servicios relacionados con la prescripción y vigilancia del uso de dichos medicamentos. El beneficio para infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografías del útero y las trompas de Falopio
- Ultrasonido pélvico
- Análisis de sangre

Elegibilidad

Usted puede ser elegible para servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales normales sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de seis meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), audífonos, protésicos, productos ortóticos
- Servicios solicitados por un tribunal
- Administración de casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Servicios de un podólogo

Beneficios que puede obtener de nuestro plan O con la tarjeta de Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde desea recibir la atención. Puede obtener los servicios usando la tarjeta de miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care. También puede consultar a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. ***No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.*** Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si tiene preguntas.

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

planificación familiar.

O puede consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. En cualquiera de los dos casos, no necesita una remisión de su PCP.

Puede obtener anticonceptivos, dispositivos para el control de la natalidad (DIU y diafragmas) que están disponibles con una receta médica, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para pruebas y tratamientos del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS), y para el asesoramiento relacionado con los resultados de la prueba. Los exámenes de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Examen de detección del VIH e ITS

Puede recibir este servicio en cualquier momento de su PCP y los médicos de MetroPlusHealth Partnership in Care. Cuando usted recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede ver a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de su visita de planificación familiar.

Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Para acceder a una prueba del VIH gratuita en la comunidad, llame a la Línea Directa del VIH del Estado de Nueva York al 800.872.2777 o al 800.541.AIDS (2437). Para español, llame al 800.233.SIDA (7432), y para TDD, 800.369.AIDS (2437).

Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TB)

Usted puede elegir visitar a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para su diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una remisión para consultar a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios con su TARJETA DE MEDICAID únicamente

Hay ciertos servicios que MetroPlusHealth Partnership in Care no provee. Usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Farmacia

Puede obtener recetas, medicamentos de venta libre, fórmulas enterales y algunos suministros médicos en cualquier farmacia que acepte Medicaid. Es posible que algunas personas tengan que pagar un copago para obtener ciertos medicamentos o artículos de farmacia.

Algunos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga la autorización previa de Medicaid antes de que la farmacia pueda dispensar su medicamento. Obtener la autorización previa es un proceso sencillo para su médico y no le impide obtener los medicamentos que necesita.

Transporte

Medicaid común cubre el transporte de emergencia y que no sea de emergencia.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services (MAS) al 844.666.6270. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS al menos 3 días antes de su cita médica y proveer su número de identificación de Medicaid (por ejemplo, AB12345C), la fecha y hora de la cita, el domicilio adónde va y el médico al que visitará. El transporte que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, *ambulette* y transporte público.

Para obtener más información sobre cómo acceder a sus servicios de transporte, llame al 844.666.6270 o visite su sitio web en medanswering.com.

Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

Discapacidades en el desarrollo

- Tratamientos a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés)
- Servicios recibidos en virtud de Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad
- Servicios de exenciones del modelo de atención médica (atención en el hogar)

Servicios SIN cobertura

Estos servicios no están disponibles a través de MetroPlusHealth Partnership in Care ni Medicaid. Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que deba pagar una factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales o de bienestar
- Servicios de un proveedor que no forma parte de MetroPlusHealth Partnership in Care, a menos: que usted esté autorizado a consultar a ese proveedor, tal como se describe en otra parte de este manual; que MetroPlusHealth Partnership in Care o su PCP lo remitan a ese proveedor; que sean servicios de emergencia.

Es posible que deba pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. O, si usted acuerda ser un paciente que “paga en forma privada” o que “paga usted mismo” antes de recibir el servicio, tendrá que pagar por el servicio.

Esto incluye:

- servicios sin cobertura (como se mencionan más arriba),
- servicios no autorizados,
- servicios provistos por proveedores que no forman parte de MetroPlusHealth Partnership in Care.

Si recibe una factura

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que debería pagar, no lo ignore. Llame a MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626 de inmediato. MetroPlusHealth Partnership in Care puede ayudarlo a entender por qué recibió una factura. Si no es responsable del pago, MetroPlusHealth Partnership in Care se pondrá en contacto con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si cree que se le solicita que pague algo que Medicaid o MetroPlusHealth Partnership in Care deberían cubrir. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Autorización de servicios

Autorización previa:

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Se debe obtener la aprobación de los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

Su PCP puede aprobar las remisiones a **proveedores participantes** para:

- Atención especializada
- Servicios de laboratorio

Usted o su PCP deben obtener la aprobación de MetroPlusHealth Partnership in Care si:

- Es remitido a un proveedor que no forma parte de la red de MetroPlusHealth Partnership in Care, a menos que requiera atención en una sala de emergencias
- Obtiene una remisión permanente a un especialista
- Es ingresado en un hospital, excepto en caso de emergencia o para dar a luz a un bebé
- Se somete a una cirugía como paciente ambulatorio en cualquier hospital, excepto en un hospital de HHC
- Se somete a una intervención potencialmente cosmética en cualquier centro
- Recibe tratamientos por una disfunción eréctil
- Recibe atención quiropráctica
- Recibe pruebas prenatales o genéticas
- Participa en estudios clínicos
- Recibe terapia de infusión en el hogar
- Recibe un trasplante
- Recibe transporte aéreo de emergencia
- Recibe transporte en casos que no son de emergencia
- Recibe anestesia para cirugía bucal
- Requiere lentes de contacto

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Requiere servicios de transgénero
- Requiere servicios de adherencia al tratamiento
- Se le asigna un enfermero privado en el hospital
- Es ingresado en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación para pacientes agudos, **entre ellos, todos los servicios de médicos provistos durante un ingreso en un centro de enfermería especializada.**
- Es ingresado en un hospital para la terapia de observación directa para la tuberculosis
- Recibe servicios de atención en el hogar
- Recibe servicios de cuidados paliativos
- Recibe servicios de cuidado personal o servicios del Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor
- Solicita PERS (Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales)
- Recibe atención médica diurna para adultos o atención médica diurna para adultos con SIDA
- Recibe atención en un hogar de reposo a largo plazo
- Obtiene un equipo médico duradero (DME), incluso aparatos ortóticos, prótesis, fórmula enteral y suministros (la fórmula se obtiene a través del administrador del beneficio de farmacia)
- Recibe más de 40 visitas de fisioterapia, 20 visitas de terapia ocupacional o terapia del habla Y se encuentra en una de las categorías que aparecen abajo:
 - Niños hasta 20 años
 - Cualquier persona con una discapacidad en el desarrollo

Nota: No se requiere autorización previa para servicios como paciente hospitalizado por SUD que sean médicamente necesarios, incluida la desintoxicación, la rehabilitación o el tratamiento residencial autorizado por OASAS.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, tiene que llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o puede enviar una solicitud 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.

También deberá obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero necesita continuar o recibir más atención. Esto se denomina revisión concurrente.

Qué sucede después de que recibimos la solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Nosotros nos encargamos de corroborar que el servicio que usted está solicitando cuenta con la cobertura de su plan de salud. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada. Profesionales de atención médica calificados tomarán estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico que puede ser un médico u otro profesional de atención médica que generalmente provee la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión de las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibimos su solicitud, la revisaremos a través del proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión rápida si se cree que una demora puede provocar daños graves a su salud. Le informaremos si se deniega su solicitud para la revisión rápida, y su caso se revisará mediante el proceso de revisión estándar.

Haremos un seguimiento rápido de su revisión si:

- Una demora podría poner su salud, vida o capacidad de funcionar en un riesgo grave;
- Su proveedor informa que la revisión debe ser más rápida;
- Usted solicita una mayor cantidad de un servicio que actualmente recibe;

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su afección médica nos lo requiera, pero nunca excederemos los plazos que se mencionan abajo.

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o denegamos su solicitud. También le indicaremos las razones de nuestra decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones *Apelaciones al plan* y *Audiencia imparcial* más adelante en este manual).

Plazos para las solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión y se la informaremos en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de un día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión dentro de un día hábil a partir de que tengamos

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

toda la información necesaria. Le responderemos, como máximo, 72 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro de un día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si usted está en el hospital o recientemente ha sido dado de alta y solicita atención médica a domicilio, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si usted recibe tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado y solicita más servicios al menos 24 horas antes de ser dado de alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si usted está solicitando servicios de salud mental o para trastorno por consumo de sustancias, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si solicita un medicamento recetado para paciente ambulatorio, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que usted primero intenta otro medicamento antes de que aprobemos el medicamento que usted está solicitando. Si usted está solicitando una aprobación de exención a un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión dentro de las 24 para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión rápida o estándar acerca de la solicitud de servicio:

- 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 cuente con más información para presentar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito a:

MetroPlusHealth Partnership in Care Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Prior Authorization

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 solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Le notificaremos, a más tardar, en la fecha en que vence nuestro plazo para la revisión. Pero si por algún motivo no nos comunicamos con usted para esa fecha, es como si hubiéramos denegado su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud de exención a un protocolo de terapia escalonada, entonces su solicitud se aprobará.

Si usted considera que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentar una apelación al plan con nosotros. Consulte la sección *Apelación al plan* más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención:

A veces, realizaremos una revisión concurrente de la atención que recibe para verificar si aún la necesita. También revisaremos tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si realizamos estas acciones.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que hemos aprobado con anterioridad y que usted recibe actualmente, debemos informarle al menos 10 días antes de que modifiquemos el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre servicios y apoyos a largo plazo, tales como atención médica a domicilio, cuidado personal, CDPAS, atención médica diurna para adultos y atención en un hogar de reposo.
- Si verificamos atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniega el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar la atención que recibió que estaba cubierta por el plan o Medicaid, incluso si luego le denegamos el pago al proveedor.**

Cómo se les paga a los proveedores

Usted tiene el derecho de preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de los servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes maneras.

- Si su PCP trabaja en una clínica o en un centro de salud, probablemente reciba un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ve no lo modifica.
- Nuestros PCP que trabajan en sus propios consultorios pueden establecer una tarifa mensual por cada paciente del cual ellos son los PCP. La tarifa será la misma, independientemente de si el paciente necesita una visita o muchas -o incluso ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- A veces, algunos proveedores establecen una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero parte del dinero (quizá el 10 %) puede ser retenido para un fondo de **incentivo**. A fin de año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han alcanzado los estándares que estableció el plan para recibir un pago extra.
- A los proveedores también se les puede pagar una **tarifa por servicio**. Esto significa que reciben una tarifa acordada por el plan por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas para prestar mejores servicios a nuestros miembros. Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o consejos asesores para miembros. Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener información sobre cómo puede ayudar.

Información de Servicios al Miembro

A continuación presentamos la información que puede obtener llamando a Servicios al Miembro al 800.303.9626:

- Una lista de los nombres, domicilios y cargos del directorio, de funcionarios, partes controlantes, propietarios y miembros de MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Una copia de los estados contables/financieros más actualizados, y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato actualizado con suscriptores de pago directo individual.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas de consumidores sobre MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Cómo mantenemos la privacidad de su historial médico y de su información de miembro.
- Por escrito, le informaremos cómo controla nuestro plan la calidad de la atención que se le provee a los miembros.
- Le informaremos en qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que están cubiertas por nuestro plan.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo pueden solicitar formar parte de nuestro plan los proveedores de atención médica.
- Si usted nos lo solicita, le informaremos (1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de remisión; y, en ese caso, (2) los tipos de acuerdos que usamos; y (3) si se provee una protección para limitar pérdidas a los médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está constituida nuestra empresa y cómo funciona.

Manténganos informado

Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 cuando se produzcan los siguientes cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambia su elegibilidad de Medicaid
- Se queda embarazada
- Da a luz
- Hay un cambio en el seguro para usted y para sus hijos
- Cuando se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria

Si usted ya no recibe Medicaid, consulte con su Departamento de Servicios Sociales local. *Quizá* pueda inscribir a sus hijos en Child Health Plus o inscribirse usted en un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA.

DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea dejar el plan

Puede tener un período de prueba de 90 días con nosotros. Puede dejar MetroPlusHealth Partnership in Care e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese plazo. Sin embargo, si usted no deja el plan en los primeros 90 días, debe permanecer en MetroPlusHealth Partnership durante nueve meses más, *a menos* que desee inscribirse en otro plan SNP para personas con VIH o que tenga un buen motivo (causa justificada).

Algunos ejemplos de causa justificada incluyen:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York y los miembros se ven perjudicados por ello.
- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y LDSS todos acuerdan que la desafiliación es para su beneficio.
- Usted está o se convierte en exento o excluido de la atención administrada.
- No ofrecemos servicios de atención administrada de Medicaid que puede obtener de otro plan de salud en su área.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Usted necesita un servicio que está relacionado con un beneficio que hemos optado por no cubrir y obtener el servicio por separado implicaría poner en riesgo su salud.
- No hemos podido proveerle servicios a usted, tal como estamos obligados en virtud de nuestro contrato con el Estado.
- Usted es un niño con beneficios por Seguridad de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) que ha tenido graves problemas emocionales y desea recibir un tratamiento para ello a través de tarifa por servicio de Medicaid.

Para desafiliarse o cambiar de plan:

- Llame al personal de atención administrada de su Departamento de Servicios Sociales local.
- Si usted vive en los condados de Bronx, Kings, Nueva York, Richmond o Queens, llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan o a desafiliarse.

Puede cancelar su inscripción o transferirse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en un plan de atención administrada, tendrá que elegir otro plan de salud.

En cualquier caso, puede demorar entre dos y seis semanas su procesamiento, de acuerdo a cuándo se reciba su solicitud. Recibirá un aviso informándole que el cambio entrará en vigor en una fecha determinada. MetroPlusHealth Partnership in Care le proveerá la atención que usted necesita hasta entonces.

Puede solicitar una acción rápida si considera que los plazos de un proceso estándar provocarán más daños a su salud. También puede solicitar una acción rápida si ha presentado una queja porque no está de acuerdo con la inscripción. Solo llame a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice al 800.505.5678.

2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para la Atención Administrada de Medicaid y los Planes de Necesidades Especiales

Es posible que usted o su hijo(a) deba abandonar MetroPlusHealth Partnership in Care si usted o su hijo(a):

- se muda fuera del condado o del área de servicio o la Ciudad de Nueva York
- se cambia a otro plan de atención administrada,
- se inscribe en un plan HMO o en otro plan de seguro a través del trabajo,
- va a prisión,
- pierde la elegibilidad de otra forma, o
- si el Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan) no puede verificar su condición de VIH o si es VIH negativo y ya no califica como persona sin hogar.

Es posible que su hijo(a) deba abandonar MetroPlusHealth Partnership in Care si su hijo(a):

- se une a un Programa de Niños con Discapacidades Físicas,

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- es asignado en cuidado tutelar por parte de una agencia que tiene un contrato para proporcionar ese servicio para el Departamento de Servicios Sociales local, incluyendo a todos los niños bajo cuidado tutelar en la Ciudad de Nueva York, o
- es asignado en cuidado tutelar por parte del Departamento de Servicios Sociales local dentro de un área en la que el plan actual de su hijo(a) no presta servicios, o
- usted ya no está inscrito en un plan de necesidades especiales y su hijo no es VIH positivo.

Si tiene que abandonar MetroPlusHealth Partnership in Care o ya no es elegible para Medicaid, todos sus servicios se pueden cancelar inesperadamente, incluso la atención que usted recibe en el hogar. Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 inmediatamente si sucede esto.

3. Podemos pedirle que abandone MetroPlusHealth Partnership in Care si con frecuencia:

- Se rehúsa a trabajar con su PCP sobre su atención,
- No se presenta a las citas,
- Va a la sala de emergencias por atención que no es de emergencia,
- No respeta las normas de MetroPlusHealth Partnership in Care,
- No completa los formularios con sinceridad o no da información verdadera (comete fraude),
- Actúa de manera que nos dificulta dar lo mejor de nosotros para usted y los demás miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas

También puede perder la membresía en MetroPlusHealth Partnership in Care si abusa o provoca daños a miembros, proveedores o el personal del plan.

4. Si usted pierde su cobertura de Medicaid: Es posible que los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro puedan ayudarlo.

Si usted es VIH positivo y pierde la cobertura de Medicaid, es posible que sea elegible para los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (conocidos como ADAP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los programas proveen cobertura limitada para la atención y el tratamiento del VIH. Si tiene un seguro médico privado, también puede recibir ayuda para pagar las primas del seguro. Llame al 800.542.AIDS (2437) para más información.

Independientemente del motivo por el cual se cancele su afiliación, nosotros prepararemos un plan de alta para ayudarlo a que reciba los servicios que necesita.

Apelaciones al plan

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

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

más arriba 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 **Determinación adversa inicial**.

Si no está de acuerdo con nuestras decisiones acerca de su atención de Medicaid, existen ciertos pasos a seguir.

Su proveedor puede pedirnos una redeterminación:

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era de carácter experimental o de investigación y no hablamos con su médico acerca de ello, este nos puede pedir 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 al plan:

Si usted considera que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede solicitarnos que analicemos su caso nuevamente. Este se conoce como **apelación al plan**.

- Cuenta con 60 días calendario a partir de la fecha del aviso Determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.
- Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para solicitar una apelación al plan, o para seguir los pasos del proceso de apelaciones. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.
- Usted mismo puede solicitar una apelación al plan, o alguien más puede hacerlo en su nombre, como un familiar, amigo, médico o abogado. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que deje por sentado que esa persona lo represente.
- No lo trataremos diferente ni tomaremos represalias contra usted por solicitar una apelación al plan.

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

Si decidimos reducir, suspender o detener los servicios que está recibiendo ahora, puede continuar recibiendo los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. Debe solicitar su apelación al plan:

- **Dentro de los diez días posteriores a enterarse de que su atención médica cambiará; o**
- **Hasta la fecha en que está programado el cambio en los servicios, lo que sea posterior.**

Si la apelación al plan resulta en otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de cualquier continuación de beneficio que haya recibido.

Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, tarde o temprano tendrá que proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, tales como historiales médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el servicio.
- Cualquier información específica que indiquemos que necesitamos en el aviso de Determinación adversa inicial.
- Para ayudarse a preparar para la apelación al plan, usted puede solicitar ver los lineamientos, los historiales médicos y demás documentos que utilizamos para tomar la Determinación adversa inicial. Si su apelación al plan tiene un seguimiento rápido, es posible que cuente con un tiempo acotado para proporcionarnos la información que usted desea que nosotros revisemos. Usted puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratis llamando al 800.303.9626.

Proporcionémos su información y materiales por teléfono, fax o correo postal:

Teléfono..... 800.303.9626
Fax..... 212.908.8824
Correo..... Appeals Coordinator
50 Water Street
New York, NY 10004

Si solicita una apelación al plan telefónicamente, a menos que cuente con un seguimiento rápido, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito.

Si solicita un servicio o proveedor que no pertenece a la red:

- Si le informamos que el servicio que usted solicitó no es muy diferente al servicio que está disponible de un proveedor participante, puede solicitarnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación al plan:
 1. una declaración por escrito de su médico acerca de que el servicio fuera de la red es muy diferente al servicio que el plan provee de un proveedor participante. Su médico debe estar certificado por el consejo o ser un especialista elegible por el consejo que trata a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
 2. dos documentos médicos o científicos que respalden que el servicio que usted solicita es más beneficioso para usted y que no le provocará más daños que el servicio que el plan puede brindar a través de un proveedor participante.
- Si considera que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindar un servicio, usted puede solicitar que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea remitido a un proveedor fuera de la red. Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

1. una declaración por escrito que establezca que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
2. que recomiende a un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

Su médico debe estar certificado por el consejo o ser un especialista elegible por el consejo que trata a personas que necesitan el servicio que usted solicita.

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección *Apelación externa* más adelante en este manual.

Qué sucede después de recibir su apelación al plan:

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su apelación al plan.
- Le enviaremos una copia gratis de sus historiales médicos y cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación al plan tiene un seguimiento rápido, es posible que se cuente con un tiempo acotado para revisar esta información.
- También puede proporcionar información para la toma de dicha decisión en persona o por escrito. Llame a MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626 si no está seguro qué información darnos.
- Las apelaciones al plan 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.
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión de la apelación al plan de denegar una solicitud de autorización o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina Determinación adversa definitiva.
- Si usted considera que nuestra Determinación adversa definitiva es incorrecta:
 - puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección *Audiencia imparcial* más adelante en este manual.
 - para algunas decisiones, usted quizá pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección *Apelación externa* de este manual.
 - puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Plazos para las apelaciones al plan:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- **Apelaciones al plan estándar:** Si contamos con toda la información necesaria, le daremos a conocer nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario posteriores a la apelación al plan.
- **Apelaciones al plan rápidas:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de las apelaciones rápidas al plan se tomarán en un plazo de dos días hábiles desde la apelación al plan, pero no más de 72 horas desde la solicitud de la apelación al plan.
 - Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.
 - Si se denegó su solicitud de recibir más tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación por escrito.

Se revisará su apelación al plan de acuerdo con el proceso rápido:

- Si usted o su médico piden que la apelación al plan se revise utilizando proceso acelerado. Su médico tendrá que explicar por qué el retraso puede provocarle daños a su salud. Le informaremos si se le deniega su solicitud para la revisión rápida, y su apelación al plan se revisará de acuerdo con el proceso estándar; **o**
- Se denegó su solicitud de continuar recibiendo una atención que recibe actualmente o si necesita extender un servicio que se le ha brindado; **o**
- Se denegó su solicitud de recibir atención médica a domicilio después de estar en el hospital; **o**
- Se denegó su solicitud de recibir más tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital.

Si necesitamos más información ya sea para tomar una decisión rápida o estándar acerca de la apelación al plan:

- 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 o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. El motivo de esto podría ser que aún cuente con más información para presentar al plan y ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito.

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación al plan. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o si nos demoramos en tomar una decisión, incluyendo las prórrogas, usted puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección *Audiencia imparcial* más adelante en este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo y alegamos que el servicio que usted está solicitando: 1) no era médicamente necesario, 2) era experimental o de investigación, 3) no era diferente de la atención que puede obtener de la red del plan, o 4) estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, se revertirá la denegación original. Esto quiere decir que se aprobará su solicitud de autorización de servicio.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelaciones si alegamos que el servicio que usted está solicitando:

1. no era médicamente necesario;
2. era experimental o de investigación;
3. no era diferente de la atención que usted recibe de la red del plan, o
4. estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Para estos tipos de decisiones, usted puede solicitar 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 ni para 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, ser un tratamiento experimental, un estudio clínico o un tratamiento de una enfermedad rara. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación al plan y obtener la Determinación adversa definitiva del plan; **o**
- Si no recibió el servicio y usted solicita una apelación al plan rápida, también puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico deberá indicar que la apelación externa acelerada es necesaria; **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa; **o**
- Usted puede probar que el plan no cumplió con las normas correctamente cuando procesó la apelación al plan.

Tiene **cuatro meses** 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 cuatro meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

Financieros. Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico. La solicitud de la apelación externa indica qué información será necesaria.

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 800.400.8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en **dfs.ny.gov**.
- Póngase en contacto con el plan de salud al 800.303.9626.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. 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; o
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan le deniega la atención hospitalaria.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos.

Si usted solicitó tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, continuaremos pagando su estancia si:

- usted solicita una apelación al plan rápida dentro de las 24 horas, Y
- usted solicita una apelación externa rápida al mismo momento.

Continuaremos pagando su estancia hasta que se tome la decisión sobre sus apelaciones.

Tomaremos una decisión sobre su apelación al plan rápida en un plazo de 24 horas. La apelación externa rápida se decidirá en un plazo de 72 horas.

El revisor de la apelación externa 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.

Si solicita una apelación al plan y recibe una Determinación adversa definitiva que rechaza, reduce, suspende o detiene su servicio, entonces usted puede solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia imparcial o solicitar una apelación externa, o ambas. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.

Audiencias imparciales

Debe solicitar una audiencia imparcial del Estado de Nueva York si:

- No está conforme con la decisión que tomó el Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del estado sobre su permanencia o no en MetroPlusHealth Partnership in Care.
- No está conforme con la decisión que tomamos sobre restringir sus servicios. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Cuenta con 60 días calendario a partir de la fecha del *Aviso de intento de restricción* para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días posteriores al *Aviso de intento de restricción*, o antes de la fecha de entrada en vigor de la restricción, lo que sea posterior, puede seguir recibiendo los servicios hasta la decisión de la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- Si no está conforme con la decisión de que su médico no ordene servicios que usted quería. Si considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante MetroPlusHealth Partnership in Care. Si MetroPlusHealth Partnership in Care está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación ante el plan. Si recibe una Determinación adversa definitiva, contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.
- Si no está conforme con la decisión que tomamos sobre su atención. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Si no está conforme que decidimos:
 - reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
 - denegar la atención que usted quería;
 - denegamos el pago de la atención que recibió; o
 - no le permitimos cuestionar un monto de copago, otro monto que usted debe o un pago que hizo para su atención médica.
- Primero debe solicitar una apelación al plan y obtener una Determinación adversa definitiva. Contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.
Si usted solicitó una apelación al plan y recibió una Determinación adversa definitiva que reduce, suspende o detiene la atención que está recibiendo ahora, en ese caso, puede seguir recibiendo los servicios que su médico solicitó mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días desde la fecha de la Determinación adversa definitiva o antes de la fecha en que esta medida entre en vigor, lo que sea posterior. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Usted solicitó una apelación al plan, y el tiempo que teníamos para decidir sobre su apelación al plan expiró, incluyendo cualquier extensión. Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o se demora en tomar la decisión, usted puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Para solicitar una audiencia imparcial, puede hacerlo de una de las siguientes maneras:

- Por teléfono: llame al número gratuito 800.342.3334
- Por fax: 518.473.6735
- Por Internet: otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo: New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó MetroPlusHealth Partnership in Care, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencias**. Es la información que utilizamos para tomar la decisión sobre su atención. El plan le dará esta información al funcionario de la audiencia para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, le llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si aún no ha recibido el paquete de evidencias una semana antes de la audiencia, puede llamar al 800.303.9626 para pedirlo.

Recuerde que puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento llamando al 800.206.8125.

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 llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para presentar una queja, o para seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.

No le dificultaremos el proceso ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

También tiene el derecho de contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja llamando al 800.206.8125 o escribiendo a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPKO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

En su lugar, puede comunicarse con el número de teléfono de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York para quejas llamando al 800.597.8481.

También puede comunicarse directamente con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 800.342.3736 si su queja se debe a un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante el plan

Usted mismo puede presentar una queja, o alguien más puede hacerlo en su nombre, como un familiar, amigo, médico o abogado. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que deje por sentado que esa persona lo represente.

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 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.

Puede enviarnos una carta con su queja a:

MetroPlusHealth Partnership in Care Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

O llamar al número de Servicios al Miembro y solicitar un formulario de queja. Debe enviarla por correo a:

MetroPlusHealth Partnership in Care Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

Qué sucede luego

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:

- quién trabaja en su queja,
- cómo comunicarse con dicha persona, y

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- si necesitamos más información.

También puede proporcionar información para revisar su queja en persona o por escrito. Llame a MetroPlusHealth Partnership in Care al 800.303.9626 si no está seguro qué información darnos.

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 un plazo de 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 el plazo de siete días desde 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 tres 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 al menos 60 días hábiles después de nuestra comunicación para presentar una apelación de la queja.
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito. Si presenta una apelación de la queja por teléfono, luego deberá hacerlo por escrito a:

MetroPlusHealth Partnership in Care Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

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

- quién trabaja en su apelación de la queja,
- cómo comunicarse con dicha persona, y
- 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 una demora podría poner en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en dos días hábiles a partir de la fecha en que contemos 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 800.206.8125.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin importar su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de MetroPlusHealth Partnership in Care.
- Que su PCP le informe lo que está mal, lo que se puede hacer y cuál será el resultado probable, en un idioma que usted comprenda.
- Obtener una segunda opinión acerca de su atención.
- Dar su aprobación de cualquier tratamiento o plan para su atención una vez que se le explique bien el plan.
- Rechazar la atención y que se le informen los riesgos posibles en ese caso.
- Rehusarse a inscribirse en un Hogar Médico y que se le informe cómo recibir las necesidades de atención física y de la salud conductual sin que se le haya asignado un Administrador de Atención del Hogar Médico.
- Obtener una copia de su historial médico y hablar con su PCP acerca del mismo y, de ser necesario, solicitar que se modifique o corrija su historial médico.
- Tener la certeza de que su historial médico es privado y no se compartirá con nadie, excepto según lo estipule la ley, el contrato o con su aprobación.

Servicios al Miembro: 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885

- Utilizar el sistema de quejas de MetroPlusHealth Partnership in Care para resolver reclamos o presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o New York State of Health en cualquier momento en que usted crea que no ha recibido un trato justo.
- Utilizar el sistema de audiencia imparcial del estado.
- Designar a una persona (pariente, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre si usted no puede hacerlo por sí mismo acerca de su atención y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin que haya restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro de MetroPlusHealth Partnership in Care, usted acuerda lo siguiente:

- Trabajar con su equipo de atención para proteger y mejorar su salud.
- Entender el funcionamiento del sistema de atención médica.
- Escuchar el consejo del PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar al consultorio del PCP si no mejora, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que le gustaría que lo traten.
- Informarnos si tiene inconvenientes con el personal de atención médica. Llamar a Servicios al Miembro.
- Presentarse a las citas. Si debe cancelar una cita, llámenos lo antes posible.
- Usar la sala de emergencias únicamente cuando es verdaderamente una emergencia.
- Comunicarse con su PCP cuando necesita atención médica, incluso si es después del horario laboral.

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un día en el que usted no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificar con antelación, puede coordinar ahora para que se respeten sus deseos. En primer lugar, informe a la familia, a los amigos y a su médico qué tipos de tratamiento desea o no desea. En segundo lugar, puede designar a un adulto de su confianza para que tome decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que ellos sepan qué desea usted. En tercer lugar, es mejor si pone sus deseos por escrito. Los documentos que aparecen abajo pueden ayudar. No tiene que hacerlo con un abogado, pero es posible que desee hablar con uno al respecto. Puede cambiar de parecer y cambiar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a que entienda y obtenga estos documentos. No cambian sus deseos de beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es informarles a los demás qué es lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

Poder legal para decisiones de atención médica: Con este documento, usted designa a otro adulto de su confianza (por lo general a un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si usted está incapacitado para hacerlo. Si firma este documento, debe hablar con la persona que designa para que esté informada sobre lo que usted desea.

CPR y DNR: Usted tiene el derecho de decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o sus pulmones si se detiene su respiración o su sistema circulatorio. Si no desea un tratamiento especial, incluso la resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), debe establecer sus deseos por escrito. Su PCP establecerá la orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) en su historial médico. También puede llevar consigo un formulario de DNR o un brazalete que informará a cualquier proveedor médico de emergencias sobre sus deseos.

(Nota: Esta página se deja en blanco intencionalmente para permitir adaptaciones locales).

Números de teléfono importantes

Su PCP.....	
MetroPlusHealth Partnership in Care	
Servicios al Miembro.....	800.303.9626
Otras Unidades (por ejemplo, Línea Directa de Enfermería, Revisión de la Utilización, etc.)	
Su sala de emergencias más cercana.....	
DentaQuest (atención odontológica).....	844.284.8819
Departamento de Salud del Estado de Nueva York (quejas).....	800.206.8125
Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (Quejas).....	800.597.8481
Línea de quejas de OASAS.....	518.473.3460
Contacto del programa Defensoría:	
CHAMP.....	888.614.5400
correo electrónico: Ombuds@oasas.ny.gov	
Departamento de Servicios Sociales:	
Su condado.....	
Su localidad.....	
Información sobre la atención administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care) del Estado de Nueva York	
New York Medicaid Choice.....	800.505.5678
Medical Answering Services (transporte que no sea de emergencia)	844.666.6270
Línea Directa para el VIH/SIDA del Estado de Nueva York.....	800.541.AIDS (2437)
Español.....	800.233.SIDA (7432)
TDD.....	800.369.AIDS (2437)
Línea Directa para el VIH/SIDA de la Ciudad de Nueva York (inglés y español).....	800.TALK.HIV (8255.448)
Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro	800.542.AIDS (2437)
TDD.....	Sistema de retransmisión 518.459.0121
Child Health Plus	855.693.6765
(Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños)	
Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)	844.614.8800 (TTY: 711)
https://www.icannys.org correo electrónico: ican@cssny.org	
Programa PartNer Assistance.....	800.541.AIDS (2437)
En la Ciudad de Nueva York (CNAP).....	212.693.1419
Administración del Seguro Social.....	800.772.1213
Servicios al Miembro: 800.303.9626	TTY: 711
Crisis de Salud Conductual: 866.728.1885	

Servicios de Información sobre Estudios Clínicos del SIDA (ACTIS)	800.874.2572
Línea Directa de Violencia Doméstica del Estado de Nueva York.....	800.942.6906
Español.....	800.942.6908
Personas con Discapacidades Auditivas.....	800.810.7444
Línea de Información sobre la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).....	800.514.0301
TDD.....	800.514.0383
Farmacia local	--- ---
Otros proveedores de salud:	--- ---

Sitios web importantes

MetroPlusHealth Partnership in Care Health Plan
metroplus.org

Departamento de Salud del Estado de Nueva York
health.ny.gov

OMH del Estado de Nueva York
omh.ny.gov

OASAS del Estado de Nueva York
oasas.ny.gov

Información sobre el VIH/SIDA del DOH del Estado de Nueva York
treathiv1.com/info

Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro del Estado de Nueva York
health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm

Directorio de recursos para pruebas del VIH
health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/resource

Departamento de Salud e Higiene Mental (DOHMH) de la Ciudad de Nueva York (NYC)
health.ny.gov

Información sobre VIH/SIDA del DOHMH de la NYC
nyhiv.com/office_of_aids_policy_dohmh_hiv_aids_bureau.html



En vigor a partir del 19 de julio de 2022

MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Sitio web: www.metroplus.org

Teléfono general: 1-800-303-9626

TTY: 711

Correo electrónico: PrivacyOfficer@metroplus.org

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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

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 la 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

Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad	<p>Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">o Evitar enfermedadeso Informar reacciones adversas a los medicamentoso Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia domésticao Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.
Realizar investigaciones	<p>Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria.</p>
Cumplir con la ley	<p>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.</p>
Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	<p>Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none">o Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadoreso Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la leyo Con agencias de supervisión de salud autorizadas por leyo Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
Responder a juicios y acciones legales	<p>Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación.</p>
Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información	<p>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.</p>

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



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

MetroPlus Health Plan complies with Federal civil rights laws. **MetroPlus Health Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MetroPlus Health Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **MetroPlus Health Plan** at 1-800-303-9626. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **MetroPlus Health Plan** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **MetroPlus Health Plan** by:

Mail: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Phone: 1-800-303-9626 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 1-212-908-8705
In person: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Email: Grievancecoordinator@metroplus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

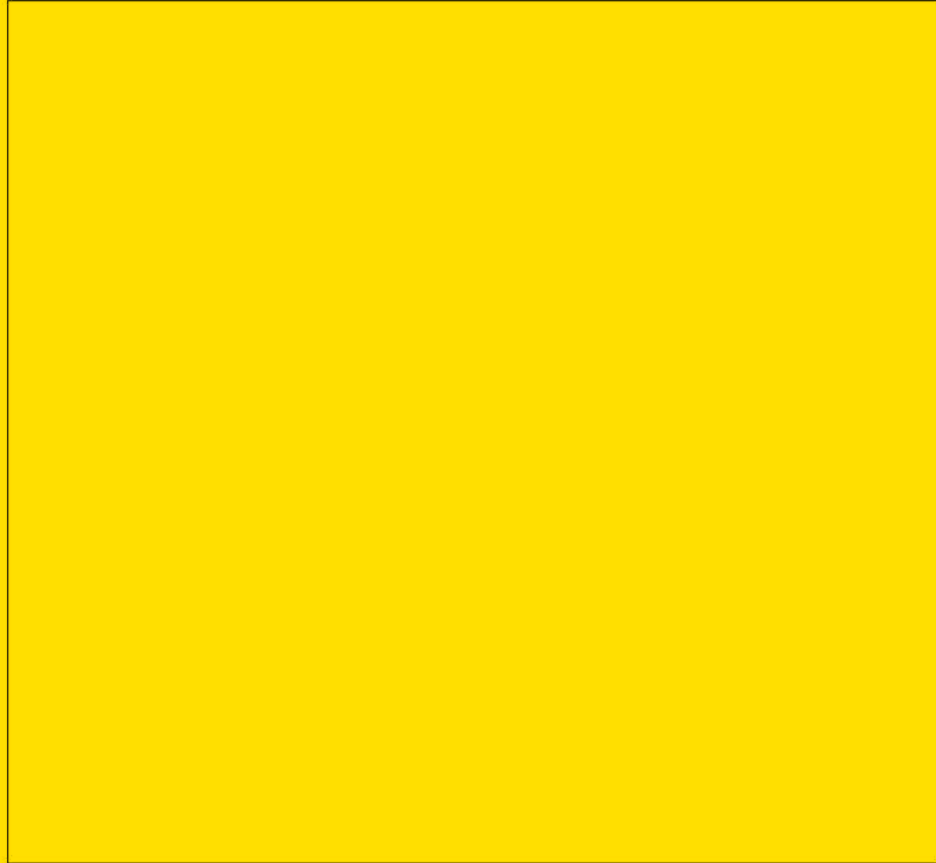
Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Language Assistance


<p>ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	English
<p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	Spanish
<p>注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711)。</p>	Chinese
<p>ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم هاتف الصم والبكم (TTY: 711) 1-800-303-9626</p>	Arabic
<p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	Korean
<p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: TTY: 711).</p>	Russian
<p>ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	Italian
<p>ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	French
<p>ATANSYON: Si w pale Kreyòl Avisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	French Creole
<p>אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר איר שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל קאסט (TTY: 711) 1-800-303-9626.</p>	Yiddish
<p>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)</p>	Polish
<p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	Tagalog
<p>লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা কথা বলতে পারেন, ১০০ হতে দূরত্বের ভাষা সহায়তা পদার্থের উপলব্ধি আছে। ফোন করুন 1-800-303-9626 (TTY: 711)</p>	Benga
<p>KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	Albanian
<p>ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).</p>	Greek
<p>خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کل کوں 1-800-303-9626 (TTY: 711)</p>	Urdu




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