

Atención Administrada de Medicaid
del Estado de Nueva York

**MANUAL DEL MIEMBRO
DE METROPLUSHEALTH**

Revisado en noviembre de 2024

AQUÍ ES DONDE ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE DESEA

| | |
|--|----|
| Bienvenido al Programa de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth.... | 1 |
| CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN ADMINISTRADA..... | 1 |
| CÓMO USAR ESTE MANUAL..... | 2 |
| AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO..... | 3 |
| TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD..... | 4 |
| PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER..... | 5 |
| CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)..... | 5 |
| CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL..... | 7 |
| CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA – REMISIONES..... | 9 |
| OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UNA REMISIÓN | 11 |
| EMERGENCIAS..... | 14 |
| ATENCIÓN DE URGENCIA..... | 16 |
| QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE..... | 16 |
| PARTE II: SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN..... | 18 |
| BENEFICIOS..... | 18 |
| SERVICIOS QUE CUBRE METROPLUSHEALTH..... | 18 |
| BENEFICIOS QUE PUEDE OBTENER DE METROPLUSHEALTH O CON LA TARJETA DE MEDICAID..... | 38 |
| BENEFICIOS CON SU TARJETA DE MEDICAID ÚNICAMENTE..... | 39 |
| SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS:..... | 41 |
| Si recibe una factura..... | 41 |
| AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS..... | 42 |
| Autorización previa..... | 42 |
| CÓMO SE LES PAGA A LOS PROVEEDORES..... | 48 |
| USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN..... | 48 |
| MANTÉNGANOS INFORMADO..... | 49 |
| DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS..... | 49 |
| APELACIONES AL PLAN..... | 52 |
| Apelaciones externas..... | 57 |
| Audiencias imparciales..... | 59 |
| PROCESO DE QUEJAS..... | 61 |
| Cómo presentar una queja..... | 62 |
| Qué sucede luego..... | 62 |
| Apelaciones de quejas..... | 63 |
| SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO..... | 64 |
| DIRECTIVAS ANTICIPADAS..... | 66 |
| NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES..... | 68 |
| SITIOS WEB IMPORTANTES..... | 69 |

Bienvenido al Programa de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth

Nos complace que se haya inscrito en MetroPlusHealth. 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. Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en el transcurso de las próximas dos o tres semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o recibir ayuda para concertar citas. Sin embargo, si desea hablar con nosotros antes de que lo llamemos, simplemente llámenos al 800.303.9626.

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

El plan, nuestros proveedores y usted

La atención administrada le ofrece un hogar central para su atención.

- Tenemos un grupo de proveedores de atención médica que nos ayuda a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores figura en nuestro **directorio de proveedores**. Para obtener un directorio de proveedores, llame al 800.303.9626 (TTY: 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web en metroplus.org.
- MetroPlusHealth tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. Si usted recibe servicios de salud conductual presentando su tarjeta de Medicaid, es posible que ahora tales servicios estén disponibles a través de MetroPlusHealth.
- Cuando se inscriba en MetroPlusHealth, tendrá que seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red de proveedores. Si necesita realizarse una prueba, consultar a un especialista o ingresar al hospital, su PCP hará los arreglos pertinentes.
- Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted puede consultar directamente a determinados médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 11 para obtener más información.

Su PCP 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, deje un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Puede estar restringido a ciertos proveedores del plan si usted ha sido identificado como un destinatario restringido. A continuación hay ejemplos de cómo pueden restringirlo:

- 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 reconoce la confianza que debe existir entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención. MetroPlusHealth nunca revelará su historial médico o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán MetroPlusHealth, su Proveedor de Atención Primaria, su representante autorizado y otros proveedores que le brindan atención. Las remisiones a tales proveedores siempre serán previamente analizadas con usted por su Proveedor de Atención Primaria o su Administrador de Atención de un Hogar Médico, si es que lo tiene. El personal de MetroPlusHealth ha sido capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

Este manual le ayudará cuando se inscriba en el plan de atención administrada. Le permitirá conocer cómo funcionará el nuevo sistema de atención médica y cómo aprovechar al máximo MetroPlusHealth. 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**. Use este manual como referencia o léalo de a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o llame al Departamento de Servicios al Miembro. También puede llamar al personal de Atención Administrada de su Departamento de Servicios Sociales local (LDSS, por sus siglas en inglés).

Si usted vive en el **Bronx, Kings, Nueva York, Richmond o Queens**, también puede llamar a la línea de ayuda de New York Medicaid Choice al 800.505.5678.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Servicios al Miembro está disponible para ayudarle:
De lunes a viernes, 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 gratuitamente a la Línea Directa de Atención Médica las 24 Horas de MetroPlusHealth 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 o el nacimiento de un bebé, o consultar por cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si usted está o queda embarazada, su hijo(a) pasará a ser parte de MetroPlusHealth el mismo día de su nacimiento. Esto sucederá a menos que su hijo(a) recién nacido se encuentre dentro de un grupo que no pueda unirse a la atención administrada. Usted debería comunicarse con nosotros o con su LDSS de inmediato y dejarnos ayudarle a escoger un médico para su **bebé recién nacido** antes de que nazca.
- 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 puede ayudarlo. También le ayudaremos a encontrar un PCP (Proveedor de Atención Primaria) que le hable en su idioma.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

- **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:
 - Equipo TTY (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.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una Carta de Bienvenida. Su tarjeta de identificación como miembro de MetroPlusHealth debe llegarle dentro de los 14 días a partir de la fecha de inscripción. La 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 en su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tenga Medicaid o que MetroPlusHealth sea 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 un miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esta tarjeta para obtener servicios que MetroPlusHealth no cubre.

PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Quizá ya haya elegido a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que sea su médico regular. Esta persona podría ser un médico, un enfermero especializado u otro proveedor de atención médica. **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 desde la fecha en la que recibe su paquete de bienvenida, 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. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de práctica familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. 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 uno.
- Puede acceder al Directorio de proveedores en línea en metroplus.org. El Directorio de proveedores enumera todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con MetroPlusHealth. Incluye la dirección, el número de teléfono y la especialidad de los médicos. El Directorio de proveedores indicará los médicos y proveedores que aceptan pacientes nuevos. Debe llamar a sus consultorios para confirmar que acepten pacientes nuevos 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 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, o
 - sea de fácil acceso.
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros obstetras o ginecólogos para la atención médica de la mujer. Las mujeres no necesitan la remisión de un PCP para ver a un obstetra o ginecólogo del plan. Las mujeres pueden realizarse

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

chequeos de rutina (dos veces al año), atención de seguimiento si corresponde, y atención de rutina durante el embarazo.

- También hemos celebrado un contrato con 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. Puede elegir cualquier proveedor de nuestro directorio o puede inscribirse con un médico de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos, que se enumeran a continuación. Simplemente llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener ayuda.

En el Directorio de proveedores, hay un listado de los FQHC disponibles.

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de MetroPlusHealth. **Existen cuatro casos en los que aún puede consultar a otro proveedor que lo atendía antes de inscribirse en MetroPlusHealth.** En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth. Puede continuar consultando a su médico cuando:
 - Está embarazada cuando se inscribe en MetroPlusHealth y ya recibe atención prenatal. En ese caso, puede conservar su proveedor hasta después del parto durante la atención posparto. La atención posparto continúa hasta 12 semanas después del parto.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth, 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, 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.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth, 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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

de que usted siga recibiendo la atención que necesita.

- Si padece una enfermedad de larga duración, como VIH/SIDA, u otros problemas de salud de largo plazo, puede **elegir a un especialista para que actúe como su PCP**. Usted o su proveedor puede llamar a Servicios al Miembro con esta solicitud, la cual será revisada y aprobada según el caso.
- Los miembros también pueden optar por que su PCP esté en una clínica de salud conductual.
- 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**, le informaremos dentro de los 15 días desde el momento en que tomemos conocimiento de ello. Si lo desea, puede consultar a tal proveedor si 1) está embarazada cuando se inscribe en MetroPlusHealth y ya recibe atención prenatal, o 2) recibe un tratamiento continuo por una afección. En el primer caso, puede seguir con su proveedor hasta después del parto durante la atención posparto. En el segundo caso, puede continuar con su curso de tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth 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.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL

- La atención médica habitual significa exámenes, chequeos periódicos, vacunas u otros tratamientos para que usted esté bien; consejos cuando los necesite y remisiones al hospital o a especialistas cuando los necesite. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para que usted esté bien o para ver que reciba la atención que usted necesita.
- 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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

con usted lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

- Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que usted recibe deben ser necesarios:
 1. para prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría provocar más sufrimiento;
 2. para tratar alguna afección que ponga en riesgo su vida;
 3. para tratar algún problema que podría producir una enfermedad; o
 4. para tratar alguna afección que podría limitar sus actividades habituales.

- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted 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 los primeros tres meses desde que se inscribió en el plan.

- **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. No obstante, deberá mantener su primera cita para analizar su historial médico y realizar preguntas.

- Utilice la siguiente lista como **guía de cita para conocer nuestros límites sobre cuánto tiempo deberá esperar después de su solicitud de una cita**:
 - exámenes físicos inicial y de rutina para adultos: dentro de las 12 semanas
 - 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
 - visita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) por salud mental/consumo de sustancias o una visita como paciente hospitalizado: 5 días
 - visita de salud mental sin carácter de urgencia o por consumo de sustancias: 1 semana.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- Utilice la siguiente lista como **guía para sus citas, para conocer nuestros límites de tiempo que deberá esperar después de solicitar una cita perinatal:**
 - primer trimestre: la visita debe realizarse dentro de las 3 semanas posteriores a la solicitud de atención
 - segundo trimestre: la visita debe realizarse dentro de las 2 semanas posteriores a la solicitud de atención
 - tercer trimestre: la visita debe realizarse dentro de 1 semana de la solicitud de atención
 - primera visita del recién nacido: dentro de las 2 semanas tras el alta del hospital
 - planificación familiar inicial: la visita debe realizarse dentro de las 2 semanas posteriores a la solicitud de atención
 - para remisiones a especialistas y cuestiones urgentes durante el embarazo:
 - las remisiones urgentes a especialistas deben realizarse tan pronto como esté clínicamente indicado, sin exceder las 72 horas
 - las remisiones a especialistas no urgentes deben realizarse tan pronto como esté clínicamente indicado, sin exceder de 2 a 4 semanas desde que se realizó la solicitud
 - para cuestiones que no son de emergencia, pero sí urgentes, las personas embarazadas deben ser atendidas dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de atención

CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA – 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. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones.
- Si usted considera que un 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 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 800.303.9626.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
 Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

- 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 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 *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.
- Para obtener la remisión, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda la información, tomaremos una decisión dentro de los 1 a 3 días hábiles respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Sin embargo, nunca demoraremos más de 14 días desde la fecha de su solicitud para tomar dicha decisión. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el término de 1 a 3 días hábiles. Si desea información acerca del estado de su solicitud, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626.
 - En ocasiones, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red debido a que existe un proveedor en MetroPlusHealth 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 52 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. 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 52 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- *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; o
 - una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.

Usted también puede comunicarse con Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UNA REMISIÓN

Atención de la salud para la mujer

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

- se queda embarazada,
- necesita servicios de un obstetra o ginecólogo,
- necesita servicios de planificación familiar,
- desea consultar a una partera,
- 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 y un 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* 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- También puede *utilizar su tarjeta de Medicaid* si desea consultar a un médico o 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 adonde puede ir para obtener estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy (Crecer Saludable) del estado de Nueva York (800.522.5006) para solicitar los nombres de proveedores de planificación familiar en su zona.

Prueba de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Todo el mundo debe conocer su condición de VIH. Las pruebas de detección del VIH e ITS 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 realizársela o coordinarla.
- O bien, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlusHealth, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera del MetroPlusHealth. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar del plan o de Medicaid, 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.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

Atención oftalmológica

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico, e incluyen un examen ocular y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, usted puede obtener estos servicios una vez cada dos años, o con más frecuencia cuando 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 12 meses. Debe elegir a uno de nuestros proveedores participantes.

Por lo general, se brindan anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, una vez cada dos años. Pueden encargarse lentes nuevas más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si sus anteojos se rompen, se pueden reparar. Los anteojos que se pierdan o los que se rompan y no se puedan reparar, se reemplazarán con la misma receta médica y estilo de armazones. 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 sustancias, puede consultar a cualquiera de los proveedores de salud conductual de nuestra red para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como servicios clínicos y de desintoxicación. No necesita una remisión de su PCP.

Información para 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 o recientemente tuvo un bebé 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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

EMERGENCIAS

Las emergencias siempre están cubiertas. 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 promedio tema que ella o alguien más sufrirá un daño grave si no recibe atención médica inmediata.

Algunos ejemplos de emergencias son:

- un ataque cardíaco o fuerte dolor en el pecho
- hemorragia que no se detiene
- una 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

Algunos ejemplos de situaciones que **no son emergencias** son:

- resfríos
- dolor de garganta
- malestar estomacal
- cortes y moretones menores
- 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 su plan ni de su PCP para recibir la atención de emergencia, y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- **Si no está seguro, llame a su PCP o a MetroPlusHealth.**
Dígale lo que sucede a la persona que lo atienda. Su PCP o representante de Servicios al Miembro:
 - le dirá lo que debe hacer en su hogar,
 - le dirá que se presente en el consultorio del PCP, o
 - le dirá que acuda a la sala de emergencias más cercana.
- Si se encuentra **fuera del área** cuando tiene una emergencia:
 - Acuda a la sala de emergencias más cercana. Si es dado de alta de la sala de emergencias con medicamentos recetados, deben surtirse en una farmacia inscrita en NYRx Medicaid.

Recuerde:

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.
Use la sala de emergencias **únicamente** cuando sea una **emergencia**.

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

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

ATENCIÓN DE URGENCIA

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero aun 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 algunas maneras de mantener una buena salud:

- 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 infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección de las ITS
- Servicios de violencia doméstica
- Otras clases para usted y para su familia

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

PARTE II: 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

La Atención Administrada de Medicaid brinda una cantidad de servicios que usted recibe además de aquellos que obtiene con Medicaid común. MetroPlusHealth le brindará o coordinará la mayoría de los servicios que usted necesitará. Hay unos pocos servicios que usted puede recibir sin recurrir a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar; pruebas/asesoría sobre VIH y servicios específicos a los que puede consultar directamente, inclusive aquellos que puede obtener dentro de MetroPlusHealth y algunos que puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio. 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.

SERVICIOS QUE CUBRE METROPLUSHEALTH

Usted debe obtener estos servicios de los proveedores de MetroPlusHealth.

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

- visitas al consultorio de su PCP
- remisiones a especialistas
- exámenes oculares y de audición

Atención preventiva

- atención del bebé sano
- atención del niño sano
- chequeos periódicos
- vacunas para niños desde el nacimiento y en toda la niñez
- acceso a servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años
- asesoramiento para dejar de fumar

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- acceso a agujas y jeringas gratuitas
- educación sobre el VIH y disminución del riesgo

Atención de maternidad

- atención durante el embarazo
- servicios de médicos, parteras y hospitales
- 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
 - una visita médica domiciliaria posparto necesaria por razones médicas; visitas adicionales según sea necesario por razones médicas para 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/ Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)

- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth
 - 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 elije y dirige al asistente que brinda estos servicios.
 - Si desea más información, póngase en contacto con MetroPlusHealth al 800.303.9626.

Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS)

- 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 o servicios CDPAS.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
 Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

Servicios de atención médica diurna para adultos

- Debe ser recomendada por su Proveedor de Atención Primaria (PCP).
- 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.

Servicios de atención médica diurna para adultos con SIDA

- Debe ser recomendada por su Proveedor de Atención Primaria (PCP).
- Proporciona atención médica y de enfermería general, servicios de apoyo por consumo de sustancias, servicios de apoyo de salud mental, servicios nutricionales, además de actividades de socialización, recreativas y de promoción del bienestar y la salud.

Terapia para la tuberculosis (TB)

- 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
- 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.

Los niños menores de veintiún (21) años que reciben servicios en un centro de cuidados paliativos también pueden recibir servicios curativos y paliativos médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta acerca de este beneficio, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Atención odontológica

MetroPlusHealth 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 consultas odontológicas periódicas y de rutina, tales como:

- controles odontológicos preventivos
- limpieza
- radiografías
- rellenos
- otros servicios para comprobar cualquier cambio o anomalía que podría requerir tratamiento o atención de seguimiento para usted.

En determinadas circunstancias, MetroPlusHealth puede cubrir servicios adicionales, como:

- dentaduras postizas
- implantes
- coronas
- conductos radiculares

¡No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista!

Cómo obtener servicios odontológicos

Debe elegir a un dentista de atención primaria. MetroPlusHealth 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 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.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a DentaQuest al 844.284.8819 o llame a MetroPlusHealth 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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.

Cuidado de ortodoncia

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

Atención oftalmológica

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista y cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/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 (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
- 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 12 meses

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención ambulatoria
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas necesarias

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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 la 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 Parte I.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros especialistas, entre ellos:

- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionales y del habla
- audiólogos
- parteras
- especialistas en rehabilitación cardíaca

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

Incluye estadías a corto plazo, o de rehabilitación, y atención a largo plazo;

- un médico debe solicitarla y debe contar con la autorización de MetroPlusHealth;
- 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.

Rehabilitación:

MetroPlusHealth cubre estadías a corto plazo, o de rehabilitación (también conocidas como "rehabilitación"), en un centro de enfermería especializada.

Asignación a largo plazo:

MetroPlusHealth cubre la asignación a largo plazo en un hogar de reposo para miembros de 21 años o más.

La asignación a largo plazo significa que vivirá en un hogar de reposo.

Cuando sea elegible para una asignación a largo plazo, puede seleccionar uno de los hogares de reposo que se encuentran en la red de MetroPlusHealth que satisfaga sus necesidades. Llame al 800.303.9626 para que le ayuden a encontrar un hogar de reposo en nuestra red.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Si desea vivir en un hogar de reposo que no forma parte de la red de MetroPlusHealth, debe transferirse a otro plan que tenga el hogar de reposo elegido en su red. 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.

Los veteranos elegibles, los cónyuges de veteranos elegibles y los padres Gold Star de veteranos elegibles pueden optar por quedarse en un hogar de reposo para veteranos.

Si es un veterano elegible, cónyuge de un veterano elegible o padre Gold Star elegible de un veterano elegible y desea vivir en un hogar para veteranos, le ayudaremos a coordinar su admisión en un hogar para veteranos en nuestra red operativa. Si MetroPlusHealth no tiene un hogar de reposo para veteranos en nuestra red operativa, puede transferirse a otro plan de atención administrada de Medicaid que tenga un hogar para veteranos en su red.

Cómo determinar su elegibilidad para Medicaid para servicios del hogar de reposo a largo plazo

Debe presentar una solicitud al Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS) para que Medicaid y/o MetroPlusHealth paguen los servicios de atención a largo plazo en un hogar de reposo. El LDSS revisará sus ingresos y activos para determinar su elegibilidad para recibir servicios de atención a largo plazo en un hogar de reposo. El LDSS le informará sobre los costos que podría tener que pagar para su atención a largo plazo en un hogar de reposo.

Recursos adicionales

Si tiene inquietudes sobre la atención a largo plazo en un hogar de reposo, la elección de un hogar de reposo o cómo afectará sus finanzas, hay recursos adicionales para ayudarlo.

- La Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN) provee asistencia gratuita y confidencial. Llame al 844.614.8800 o visite icannys.org.
- Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York
 - El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP, por sus siglas en inglés) ofrece asesoramiento y apoyo gratuitos sobre cuestiones relacionadas con seguros de salud. Llame al 800.701.0501.
 - NY CONNECTS es un vínculo a servicios y apoyos a largo plazo. Llame al 800.342.9871 o visite nyconnects.ny.gov.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- La Carta de Derechos de los Hogares de Reposo (NHBOR, por sus siglas en inglés) describe sus derechos y responsabilidades como residente de un hogar de reposo. Para obtener más información sobre NHBOR, visite health.ny.gov/facilities/nursing/rights/.

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 nuestros miembros tienen acceso a servicios de salud conductual, que incluyen:

Atención de salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la 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 de crisis de salud mental para adultos

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés), inclusive 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 trastornos por consumo de sustancias para adultos de 21 años en adelante

- Servicios en caso de crisis/desintoxicación
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia administrados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente hospitalizado supervisados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente ambulatorio supervisados médicamente
- Servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización
 - Rehabilitación
 - Reintegración
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Clínica ambulatoria
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios secundarios para el control de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con fármacos
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - 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 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 800.303.9626.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda relacionada con un 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 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

MetroPlusHealth cubre 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 pueden obtener estos servicios para trastornos por consumo de sustancias (proporcionados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones):

- Servicios en caso de crisis
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia administrados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente hospitalizado supervisados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente ambulatorio supervisados médicamente
- Servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización
 - Rehabilitación
 - Reintegración
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Clínica ambulatoria
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios secundarios para el control de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con fármacos
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - 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; o
- hayan sido certificados como discapacitados por una revisión de discapacidad médica del Estado de Nueva York.

Atención de salud mental para pacientes menores de 21

Todos los niños elegibles menores de 21 años:

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés), inclusive camas para observación extendida
- Hospitalización parcial (PH, por sus siglas en inglés)
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Asesoramiento individual y grupal a través de clínicas de la OMH
- Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS, por sus siglas en inglés), incluyendo:
 - Otro profesional acreditado (OPL, por sus siglas en inglés)
 - Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés).
 - Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)
 - Servicios de apoyo de compañeros para familias (FPSS, por sus siglas en inglés)
 - Intervención por crisis (CI, por sus siglas en inglés)
 - Apoyo de compañeros para jóvenes (YPS, por sus siglas en inglés)
- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 de salud mental para niños elegibles menores de 21 años (de 18 a 20 años):

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

Atención de trastornos por consumo de sustancias para personas menores de 21 años

- Servicios en caso de crisis/desintoxicación
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia administrados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente hospitalizado supervisados médicamente
 - Servicios de estabilización y control de la abstinencia como paciente ambulatorio supervisados médicamente
- Servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización
 - Rehabilitación
 - Reintegración
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Clínica ambulatoria
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios secundarios para el control de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con medicamentos
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Programas de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para menores de edad

El Estado de Nueva York cubre los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Niños (HCBS, por sus siglas en inglés) bajo la exención infantil. MetroPlusHealth cubre los HCBS para niños para los miembros que participan en la exención para niños y brinda 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 proporcionan 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
- Habilitación diurna
- Servicios de apoyo y defensa del cuidador/la familia
- Servicios prevocacionales - *debe tener 14 años o mayor*
- Empleo con apoyo - *debe tener 14 años o mayor*
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo para crisis)
- Cuidado paliativo
 - Terapia expresiva
 - Terapia de masajes
 - Servicios de consejería por duelo
 - Manejo del dolor y los síntomas
 - Transporte para fines no médicos

Los miembros menores de 21 años tendrán acceso a los siguientes servicios a través de los hogares médicos designados usando su tarjeta de Medicaid:

- Modificaciones ambientales
- Modificaciones a vehículos

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- Tecnología adaptativa y de asistencia

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

- Si recibe administración de atención de una Agencia de Administración de Atención (Care Management Agency, CMA) de un Hogar Médico 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 el servicio de administración de la atención.

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 sensibles al trauma 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 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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

3. Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS)
4. Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para menores de edad

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

Administración de la atención del Hogar Médico

MetroPlusHealth quiere satisfacer todas sus necesidades de salud. Si usted padece varios problemas de salud, usted puede beneficiarse de la Administración de la Atención de un Hogar Médico para ayudar a coordinar todos sus servicios de salud.

Un Administrador de Atención de un Hogar Médico puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención de salud;
- Trabajar con personas de su confianza, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y recibir su atención;
- Ayudarlo con las citas con su PCP y otros proveedores; y
- Ayudarlo a manejar los problemas médicos actuales, como diabetes, asma y presión arterial alta.

Para conocer más sobre Hogares Médicos, comuníquese con Servicios al Miembro llamando al 800.303.9626.

Servicios de infertilidad

Si no puede quedar embarazada, MetroPlusHealth cubre servicios que pueden ayudarlo.

MetroPlusHealth cubrirá algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio estará limitado a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento durante su vida.

MetroPlusHealth cubrirá la coordinación de la atención relacionada con medicamentos para la infertilidad limitados cubiertos por el programa de farmacia de Medicaid. El beneficio para infertilidad incluye:

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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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 regulares sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

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

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)

Si se encuentra en riesgo de padecer diabetes tipo 2, MetroPlusHealth cubre servicios que pueden ayudarle.

MetroPlusHealth cubrirá servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP, por sus siglas en inglés). Este beneficio cubrirá 22 sesiones de capacitación en grupo del NDPP a lo largo de 12 meses.

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo que está diseñado para ayudar a personas en situación de riesgo a evitar la diabetes tipo 2. El programa consta de sesiones de capacitación en grupo que se enfocan en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación sana y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una pérdida de peso modesta y un aumento de la actividad física. Las sesiones del NDPP son impartidas por un asesor capacitado en temas de estilo de vida.

Elegibilidad

Usted podría ser elegible para servicios de prevención de la diabetes si tiene la recomendación de un médico u otro profesional autorizado y:

- Tiene al menos 18 años,
- No está embarazada,
- Tiene sobrepeso, y
- No ha recibido previamente un diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2.

Y satisface uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado dentro del rango prediabético en una prueba de sangre durante el último año, **o**
- Anteriormente ha recibido un diagnóstico de diabetes gestacional, **o**
- Obtiene 5 puntos o más en la prueba de riesgo de prediabetes del CDC y la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés).

Hable con su médico para averiguar si cumple los requisitos para participar en el NDPP.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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

Transporte

Medicaid regular será el encargado de cubrir el transporte médico de emergencia y/o que no sea de emergencia. 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. Si necesita que un asistente lo acompañe a su cita con el médico o si su hijo es miembro de MetroPlusHealth, el transporte también está cubierto para el asistente, el padre o el tutor.

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

Nota: Para los no ciudadanos indocumentados de 65 años o más, el transporte que no sea de emergencia no está cubierto.

Servicios de análisis de comportamiento aplicado (ABA)

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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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).

Atención y servicios relacionados con la disforia de género

MetroPlusHealth cubre la siguiente atención y servicios relacionados con la disforia de género:

- Cirugías, servicios y procedimientos de reasignación de género (cambio de sexo),
- Supresores de la pubertad (medicamentos utilizados para retrasar los efectos de la pubertad), y
- Terapia hormonal cruzada (medicamentos hormonales utilizados para ayudar con el cambio de sexo).

¿Qué es la disforia de género?

La disforia de género es la sensación de incomodidad o angustia que puede surgir cuando existe un conflicto entre el sexo que le asignaron al nacer y el género con el que se identifica.

Cirugía de reasignación de género

Antes de la cirugía para el tratamiento de la disforia de género, usted debe:

- recibir una determinación de necesidad médica de un profesional médico calificado,
- tener 18 años o más. Los miembros menores de 18 años serán evaluados caso por caso para determinar su necesidad médica y deben recibir aprobación previa de MetroPlusHealth, según corresponda.
- haber vivido en un rol de género coherente con su identidad de género durante 12 meses. Durante este tiempo, debe haber recibido asesoramiento sobre salud conductual, según lo considere necesario el profesional médico calificado que lo atiende, y
- tener dos cartas de profesionales de la salud calificados y con licencia del estado de Nueva York que recomienden la cirugía en función de su propia evaluación.

Supresores de la pubertad y hormonas cruzadas

MetroPlusHealth proporcionará terapia hormonal médicamente necesaria para el tratamiento de la disforia de género.

El tratamiento con supresores de la pubertad debe ser:

- en función de una determinación de un profesional médico calificado.

El tratamiento con hormonas cruzadas debe cumplir los siguientes criterios específicos

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

de la edad:

- los miembros de 16 años o más deben recibir una determinación de necesidad médica realizada por un profesional calificado.
- los miembros de 16 y 17 años también deben recibir una determinación de un profesional médico calificado de que son elegibles y están listos para recibir el tratamiento.
- los miembros menores de 16 años deben cumplir con los criterios anteriores y recibir aprobación previa de MetroPlusHealth, según corresponda.

Hable con su proveedor de atención médica para ver si califica para recibir atención y servicios relacionados con la disforia de género. Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

En lugar de servicios (ILS)

En lugar de servicios (ILS, por sus siglas en inglés) son servicios o entornos que no están cubiertos por Medicaid, pero son sustitutos médicamente apropiados de servicios o entornos cubiertos.

Comidas Médicamente Adaptadas (MTM)

MetroPlusHealth ofrece el Programa de Comidas Médicamente Adaptadas (MTM, por sus siglas en inglés) que le entrega comidas saludables directamente en su hogar. Es un servicio alternativo en lugar de las horas de servicio del Asistente para el Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés). Se utiliza para la preparación de comidas, la compra de alimentos o estadías como paciente hospitalizado y/o visitas al departamento de emergencias.

A través de este programa, usted y miembros que califican pueden recibir lo siguiente:

- Ayuda de un dietista y nutricionista registrado. Esta persona es un experto en alimentos y nutrición, y le dará pautas y apoyo para elegir alimentos saludables.
- **Se entregan hasta dos comidas al día** en su hogar durante seis meses por vez. Usted podrá seguir recibiendo comidas el tiempo que sea elegible para este programa. Estas comidas están adaptadas a sus necesidades específicas de salud y pueden ayudarle a acceder a alimentos saludables y nutritivos.

Se ofrece este programa a los miembros de Medicaid de 18 años en adelante. Los miembros deben tener un lugar seguro donde almacenar y calentar las comidas, y:

- Recibir servicios de cuidado personal. Los miembros deben elegir reemplazar algunas de las horas asignadas a comprar alimentos y preparar las comidas

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

mientras reciba las comidas médicamente adaptadas. Las horas que se reduzcan dependerán de la cantidad de comidas que reciba, **o bien**

- Padecer cáncer, diabetes, insuficiencia cardíaca o VIH/SIDA y determinada cantidad de hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses relacionadas con estas condiciones.

Inscribirse en este programa depende de usted. Si decide no unirse, no afectará su elegibilidad ni sus beneficios de Medicaid. Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Hospitalización psiquiátrica en una institución para enfermedades mentales (IMD)

Una estadía intensiva a corto plazo en una institución para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés) privada con licencia de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) es un entorno alternativo en lugar de los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados del Plan Estatal disponible en unidades para pacientes hospitalizados con licencia de la OMH de los hospitales del Artículo 28.

MetroPlusHealth ofrece la cobertura de este beneficio a miembros adultos de Medicaid que tienen entre 21 y 64 años y necesitan atención médicamente necesaria en una unidad psiquiátrica como paciente hospitalizado agudo.

- El beneficio de ILS en una IMD se limita a un máximo de 15 días calendario en uno de los seis centros IMD con licencia de la Oficina de Salud Mental, si dicho centro está disponible en nuestra área de servicio del plan.
- Su paquete de beneficios de Medicaid cubre la admisión como paciente psiquiátrico hospitalizado a estos seis centros con licencia de la OMH durante un máximo de 30 días por mes calendario, o hasta 60 días por año, que pueden autorizarse según sea médicamente necesario **después** de alcanzar el límite del beneficio de ILS en una IMD.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), audífonos, protésicos, ortóticos
- Servicios ordenados por un tribunal
- Administración de casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- Centros de Salud Aprobados por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de un podólogo según sean médicamente necesarios

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

BENEFICIOS QUE PUEDE OBTENER DE METROPLUSHEALTH O CON LA TARJETA DE MEDICAID

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

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de planificación familiar. También 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.

Si necesita anticonceptivos, MetroPlusHealth cubre algunos medicamentos, dispositivos y productos.

Usted puede recibir el suministro completo (de hasta 12 meses) del medicamento, el dispositivo o el producto anticonceptivo en una sola vez. Tiene disponibles los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos de manera gratuita.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Detección del VIH y de infecciones de transmisión sexual (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 Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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 realizársela o coordinarla.
- Si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlusHealth, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de MetroPlusHealth. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar del plan o de Medicaid, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).
- 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.

Puede pedirle a su PCP una lista de los lugares en los que puede obtener estos servicios, o puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711). También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy (Crecer Saludable) del estado de Nueva York (800.522.5006) para más información sobre los lugares cercanos donde puede obtener estos servicios.

Diagnóstico y tratamiento de la 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 no provee. Usted puede obtener estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Puede recibir asistencia en la línea de ayuda de Medicaid. Pueden atenderlo en el idioma de su preferencia. Puede contactarse con esta línea al 800.541.2831 (TTY: 800.662.1220).

Sus horarios de atención son:

- De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Sábados, de 9 a. m. a 1 p. m.

Transporte

Medicaid regular será el encargado de cubrir el transporte médico de emergencia y/o que no sea de emergencia. 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 al cual se dirige y el médico que va a ver. 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 a MAS al 844.666.6270, o visite su sitio web en medanswering.com.

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

Nota: Para los no ciudadanos indocumentados de 65 años o más, el transporte que no sea de emergencia no está cubierto.

Discapacidades en el desarrollo

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

- Tratamientos a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés)

SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS:

*Estos servicios **no están disponibles** a través de MetroPlusHealth ni de 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, a menos que usted esté autorizado a consultar a ese proveedor, tal como se describe en otra parte de este manual, o que MetroPlusHealth o su PCP lo remitan a ese proveedor
- Servicios para los cuales usted necesite una remisión (aprobación) por anticipado y usted no la obtuvo
- Medicamentos cuando se utilizan para tratar la disfunción eréctil o la disfunción sexual

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

- servicios que no están cubiertos (se mencionan más arriba),
- servicios no autorizados, y
- servicios provistos por proveedores que no forman parte de MetroPlusHealth.

Si recibe una factura

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

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación al plan si cree que se le solicita que pague algo que Medicaid o MetroPlusHealth deberían cubrir. Consulte la sección Apelación al plan más adelante en este manual.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Autorización previa

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibiendo. Esto se denomina **autorización previa**. Usted, o su proveedor, 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 si:

- Es remitido a un proveedor que no forma parte de la red de MetroPlusHealth, 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
- Necesita lentes de contacto
- Requiere servicios de transgénero
- Requiere servicios de adherencia al tratamiento
- Se le asigna un enfermero privado en el hospital

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 Estado), trastornos del espectro autista relacionados con DME
- Recibe más de 20 visitas de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.

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, usted tiene que hacer lo siguiente:

Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o envíe 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. Revisión de la utilización es lo que hacemos para decidir si un tratamiento es médicamente necesario y si MetroPlusHealth lo aprobará y pagará. Médicos y enfermeros toman las decisiones. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados. El personal de UR está disponible de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Puede llamar a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas al **(800.442.2560)** si necesita asistencia con un problema médico. El personal de UR responderá su mensaje el siguiente día hábil.

Usted o su médico también pueden presentar una solicitud de autorización de servicio por escrito enviándola a:

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

MetroPlusHealth
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Prior Authorization

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

MetroPlusHealth tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Nosotros nos encargamos de corroborar que el servicio que usted está solicitando cuente 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.

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 utilizamos para tomar decisiones sobre 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 podría 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.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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 1 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 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Le responderemos, como máximo, 72 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro de 1 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 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 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 acelerada, 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 presentarnos para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito a:

MetroPlusHealth
50 Water Street
New York, NY 10004

Attention: Prior Authorization

Usted o su representante pueden presentar una queja ante MetroPlusHealth si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. 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.

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

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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 tomamos estas decisiones.

Plazos de notificación de otras acciones

- 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 que necesitamos 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 MetroPlusHealth o por 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 proveedores 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. A la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes maneras.

- La mayoría de los PCP que trabajan en una clínica o centro de salud reciben un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ve no modifica su salario.
- Nuestros PCP que trabajan en sus propios consultorios pueden establecer una tarifa mensual por cada paciente del cual ellos son los PCP. La tarifa es la misma, independientemente de la cantidad de veces que los pacientes visitan al PCP. Esto se denomina **capitación**.
- Los proveedores pueden recibir una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero parte del dinero puede ser retenido para un fondo de **incentivo**. A fin de año, los PCP que alcanzaron los estándares de incentivo que estableció MetroPlusHealth reciben pagos adicionales.
- Los proveedores también pueden recibir un **pago de tarifa por servicio**. Esto significa que reciben una tarifa acordada por cada servicio que proveen.

USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN

Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas para prestar mejores servicios a nuestros miembros. Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Infórmenos si 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 adicional 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, direcciones y cargos del Directorio, de funcionarios, partes controlantes, propietarios y miembros de MetroPlusHealth
- 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas de consumidores sobre MetroPlusHealth
- Cómo mantenemos la privacidad de su historial médico y de su información de miembro
- Por escrito, le informaremos cómo MetroPlusHealth controla 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 MetroPlusHealth.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo pueden solicitar formar parte de MetroPlusHealth los proveedores de atención médica.
- Si usted nos lo solicita, le informaremos:
 1. si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de remisión; y, en ese caso,
 2. información sobre los tipos de acuerdos de incentivos 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.

Si ya no recibe Medicaid, es posible que pueda inscribirse en otro programa. Contacte a su Departamento de Servicios Sociales local o a NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace al 855.355.5777 o en nystateofhealth.ny.gov.

DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea dejar MetroPlusHealth

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Puede tener un período de prueba de 90 días con nosotros. Puede dejar MetroPlusHealth 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 durante nueve meses, *a menos* que tenga un buen motivo (causa justificada) para dejar nuestro Plan.

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, MetroPlusHealth y el Departamento de Servicios Sociales local acuerdan que la desafiliación es para su beneficio.
- Usted está o se convierte en exento o excluido de la atención administrada.
- No hemos podido proveerle servicios a usted, tal como estamos obligados en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Para cambiar de plan:

Si se ha inscrito a través del Departamento de Servicios Sociales local (LDSS):

- Llame al personal de Atención Administrada de su LDSS.
- Si vive en el 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:

Si se ha inscrito a través de NY State of Health:

- Inicie sesión en su cuenta de NY State of Health en nystateofhealth.ny.gov, o
- Reúnase con un asesor en inscripciones para recibir asistencia con la actualización de su cuenta, o
- Llame al Servicio al Cliente de NY State of Health al 855.355.5777 (TTY: 800.662.1220).

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

Puede demorar entre dos y seis semanas su procesamiento, en función de cuándo se reciba su solicitud. Recibirá un aviso informándole que el cambio entrará en vigor en una fecha determinada. MetroPlusHealth le proveerá la atención que usted necesita hasta entonces.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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. Llame a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para la Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth

- Es posible que usted o su hijo(a) deba abandonar MetroPlusHealth si usted o su hijo(a):
 - se muda fuera del condado o del área de servicio,
 - se cambia a otro plan de atención administrada,
 - accede a un plan HMO o a otro plan de seguro a través del trabajo,
 - va a prisión, o
 - pierde la elegibilidad para Medicaid de otra forma.
- Es posible que su hijo(a) deba abandonar MetroPlusHealth o cambiar de plan si:
 - se une a un Programa de Niños con Discapacidades Físicas, o
- **Si tiene que abandonar MetroPlusHealth o se convierte en inelegible para Medicaid, todos sus servicios se pueden cancelar inesperadamente, incluso toda 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

También puede perder la membresía en MetroPlusHealth si usted, con frecuencia:

- se rehúsa a trabajar con su PCP sobre su atención,
- no respetan las normas de MetroPlusHealth,
- no completa los formularios con sinceridad o no da información verdadera (comete fraude),
- si abusa o provoca daños a miembros, proveedores o al personal del plan, o
- actúa de maneras que nos dificulta dar lo mejor de nosotros para usted y los demás miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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 más arriba en este manual. El aviso de nuestra 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 nuestro director médico. El director médico hablará con su médico en 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 de 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 10 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 |

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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 una apelación estándar al plan de manera oral, también tendrá que solicitarla por escrito. (No tendrá que hacerlo para una apelación acelerada al plan). Cuando solicite una apelación estándar al plan de manera oral, debemos decirle que también tiene que solicitarla por escrito. Podemos optar por enviarle un resumen de la apelación al plan. Usted deberá firmar y devolver el resumen.

Si recibimos su solicitud de apelación de manera oral, le enviaremos una carta con un resumen de la apelación. La carta también le dará la opción de estudiar y modificar su solicitud.

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 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.*

- 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)

Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 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. una recomendación para 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 al 800.303.9626 si no está seguro de 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.*
 - usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

Plazos para las apelaciones al plan:

- **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 fecha en que solicitó la apelación al plan.
- **Apelaciones al plan aceleradas:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de las apelaciones aceleradas al plan se tomarán en 2 días hábiles posteriores a la apelación al plan, pero no más allá de 72 horas posteriores a 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 acelerado:

- si usted o su médico piden que la apelación al plan se revise utilizando el 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 acelerada o estándar acerca de la apelación al plan:

- Le escribiremos e indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud es para una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso por escrito.
- Le indicaremos por qué le conviene que haya una demora; y

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 a MetroPlusHealth para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito.

Usted o su representante pueden presentar una queja ante MetroPlusHealth 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, excluyendo las extensiones, usted puede solicitar una audiencia imparcial. *Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.*

La denegación original se revertirá y su solicitud de autorización de servicio se aprobará 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; o
2. era un tratamiento experimental o de investigación; o
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.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelaciones si 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
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 de Nueva

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

York. 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 acelerada, también puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico deberá indicar que la apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y MetroPlusHealth pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa; o
- Usted puede probar que MetroPlusHealth no cumplió con las normas correctamente cuando procesó la apelación al plan.

Tiene **4 meses** después de recibir la Determinación adversa definitiva de MetroPlusHealth para solicitar una apelación externa. Si usted y MetroPlusHealth acordaron omitir nuestro proceso de apelaciones, debe pedir la apelación externa dentro de los 4 meses posteriores al acuerdo.

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

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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 acelerada en un plazo de 24 horas, **Y**
- usted solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su estancia hasta que se tome la decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación al plan acelerada en un plazo de 24 horas. La apelación externa acelerada 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.
- 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 usted 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

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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. Si estamos de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al 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. Luego 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:

1. Por teléfono llame a la línea sin costo: 800.342.3334
2. Por fax 518.473.6735
3. Por internet otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó MetroPlusHealth, 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 MetroPlusHealth. 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, como 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.

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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

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

Si tiene una queja contra un proveedor de BH o un centro de OMH, 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

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 viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 9 a. m. a 5 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
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

O llamar al número de Servicios al Miembro y solicitar un formulario de queja. Deben ser enviadas por correo a:

MetroPlusHealth
50 Water Street
New York, NY 10004

Qué sucede luego

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de haber recibido su Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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
- si necesitamos más información

También puede proporcionar información para revisar su queja en persona o por escrito. Llame a MetroPlusHealth al 800.303.9626 si no está seguro de 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. Le responderemos en un plazo que 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 un plazo de 48 días a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su queja. Le responderemos en un plazo que no excederá los 7 días posteriores a la recepción de su queja. Nos comunicaremos con usted con respecto a nuestra decisión, o intentaremos contactarnos con usted para comunicárselo. Luego de nuestra comunicación, recibirá una carta en 3 días hábiles.
- Se le indicará cómo apelar nuestra decisión si no está de acuerdo e incluiremos cualquier formulario que pudiera tener que completar.
- 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 puede presentar una **apelación de la queja** ante MetroPlusHealth.

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 reclamo.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de la queja 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
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

- Tras su llamado, le enviaremos un formulario, que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmar el formulario y enviárnoslo. Puede realizar cualquier cambio que considere necesario antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

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

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

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

Si contamos con toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión en 30 días hábiles. Si un retraso puede poner en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contamos con toda la información necesaria para tomar la decisión sobre la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si todavía no está conforme, usted o alguna persona en su nombre pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 800.206.8125.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

Sus derechos

Como miembro de MetroPlusHealth, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin importar su estado de salud, género, 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.
- 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.
- 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.
- Utilizar el sistema de quejas de MetroPlusHealth para resolver cualquier queja, o usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o ante el Departamento de Servicios Sociales local en cualquier momento en que usted crea que no ha sido tratado de manera justa.
- Utilizar el sistema de audiencia imparcial del estado de Nueva York.
- 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, usted acuerda lo siguiente:

- Trabajar con su PCP 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.

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

- 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.
- En tercer lugar, es mejor si pone sus deseos por escrito.

Poder legal para decisiones de atención médica

Un poder legal para decisiones de atención médica le permite designar a otro adulto de su confianza (por lo general, un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si usted está incapacitado para tomar sus propias decisiones. Debe hablar con la persona que eligió para que conozca sus deseos. Para obtener formularios de Poder legal para decisiones de atención médica, hable con su proveedor o visite health.ny.gov/forms.

No resucitar (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 resucitar (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.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de una billetera informa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muera. Además, en el reverso de su licencia de conducir puede informar a otros si y cómo desea donar sus órganos.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Su PCP: _____

Su sala de emergencias más cercana: _____

MetroPlusHealth

Servicios al Miembro: 800.303.9626

Servicios al Miembro TTY/TDD: 711

Otras unidades (por ejemplo, Línea Directa de Enfermería, Revisión de la Utilización, etc.):

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas) 800.206.8125
Oficina de Salud Mental (OMH) del Estado de Nueva York (Quejas) 800.597.8481
Oficina de Servicios y Apoyo para Adicciones del Estado de Nueva York
(OASAS) (Quejas).....518.473.3460

Defensoría: CHAMP 888.614.5400
Casilla de correo (Ombuds@oasas.ny.gov)

Departamento de Servicios Sociales del condado 718.557.1399

New York Medicaid Choice 800.505.5678

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, luego 518.459.0121

Child Health Plus..... 800.698.4543

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

- Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños (TTY: 877.898.5849)
 - Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)..... 844.614.8800
 - Provee asistencia confidencial y gratuita
 - Programa Partner Assistance 800.541.AIDS (2437)
 - En la Ciudad de Nueva York (CNAP) 212.693.1419
 - Administración del Seguro Social..... 800.772.1213
 - 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
metroplus.org
- Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH):
health.ny.gov
- Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (OMH):
omh.ny.gov
- Oficina de Servicios y Apoyo para Adicciones del Estado de Nueva York (OASAS):
oasas.ny.gov
- Información sobre el VIH/SIDA del DOH del Estado de Nueva York:
health.ny.gov/diseases/aids/

Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)
Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita: 866.728.1885

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/consumers/testing/index.htm

Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva (DOHMH):

nyc.gov/site/doh/index.page

Información sobre el VIH/SIDA de la Ciudad de Nueva York:

nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

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

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 انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626 (TTY: 711) رقم هاتف الصمم والبكم</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 Ayisyen, 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 אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).</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: বিদ আপদন বা লক্ষ্যতা বলেত পাতেন, ১০০হতলা দনঃখেচার ভাষা সহঃ১০০য়া পদেতববা উপলব্ধ আতো 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۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711)</p> | Urdu |