

Partnership In Care

Spanish/Español



October 1, 2008

Estimado Sr./Sra ANDY SAMPLE:

Bienvenido al Programa Partnership in Care de MetroPlus Health Plan, su elección para cuidado calificado.

Al recibir esta carta, ya debería haber recibido la tarjeta de identificación de MetroPlus. Si aún no lo ha hecho, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Su médico de cabecera (PCP) es el Dr. / Enf. Doctor Whom, de Ellis Hospital, número de teléfono (518) 862-3309. Por favor haga una cita para su examen físico completo (chequeo) dentro de cuatro semanas de su inscripción. Esto permitirá que su proveedor brinde la mejor atención de salud posible.

Lleve la tarjeta de identificación de MetroPlus consigo en todo momento. La tarjeta contiene información importante sobre su cobertura de salud, la fecha de vigencia, y su PCP.

La página siguiente explica qué hacer si tiene un problema médico urgente o de emergencia. Por favor, tómese unos momentos para leerlo.

Nuestro Departamento de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo de todas las formas posibles. Nuestro teléfono es 1-800-303-9626. Podemos hablar con usted en casi cualquier idioma. Por favor llámenos tan pronto como reciba esta carta y lo ayudaremos a:

- Averiguar a dónde ir para obtener una orientación completa como miembro. Esto le será útil para aprender a utilizar el Plan y obtener el máximo provecho de MetroPlus.
- Elegir a un PCP si aún no lo ha hecho.
- Pedir una cita con su PCP.

Usted puede leer más acerca de MetroPlus en su Manual para el Miembro o visite nuestro sitio web www.metroplus.org. Asimismo, si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios al Miembro de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m.. (Si tiene alguna emergencia médica fuera del horario de atención o durante los fines de semana, puede llamar las 24 horas a la línea directa de atención de salud al 1-800-442-2560.) Si usted tiene un problema auditivo, por favor llame a nuestro número TDD: 1-800-881-2812.

Gracias nuevamente por elegir a MetroPlus. Estamos deseosos de servirlo.

Sinceramente,

Servicios a Miembros

MetroPlus Health Plan
Guía de Referencia Rápida

MetroPlus Dept. de Servicios a Miembros	1-800-303-9626
MetroPlus 24 - Horas (Linea Caliente)	1-800-442-2560
MetroPlus TDD (Problemas Auditivos)	1-800-881-2812
Sitio Web	www.metroplus.org

¿Qué es una Emergencia?

Ejemplos incluyen:

Huesos rotos, problemas respiratorios, ataques, sangrados incontenibles, sobredosis de medicamentos, pérdida de conocimiento, parálisis, dolor en el pecho, ataque al corazón, apoplejía. Si está embarazada: sangrando vaginal, dolor abdominal severo, rompe fuente.

Qué hacer: llame al 911 ó ir a la sala de Emergencia más cercana de inmediato.

¿Qué es un problema urgente?

Ejemplos Incluyen:

Un problema serio de salud que no requiere atención médica de la sala de Emergencia: gripe, dolor de cabeza, irritación de garganta.

¿Qué hacer? Llame a la oficina de su Médico Primario Lunes a Viernes de 8:30a.m. a 5:30p.m. A cualquier otra hora llame al teléfono de la línea caliente arriba indicado.

(MetroPlus Plan está operado por la Corporación de Hospitales de la Ciudad de New York)

Bienvenidos: Por favor, conteste a las siguientes preguntas y envíe este formulario en el sobre adjunto. La información que nos proporcione es confidencial y será usada sólo por el plan y por su médico de cabecera para conocer sus necesidades con respecto a su salud y para enviarle información referente a la salud. Para aquellas personas que tengan hijos que hayan cumplido o que sean menores de 2 años, hemos incluido una tarjeta de inmunizaciones que podrá utilizar para controlar las inmunizaciones que reciba su hijo(a).

A fin de que podamos comunicarnos sin inconvenientes, recuerde informarnos sus cambios de dirección o número telefónico.

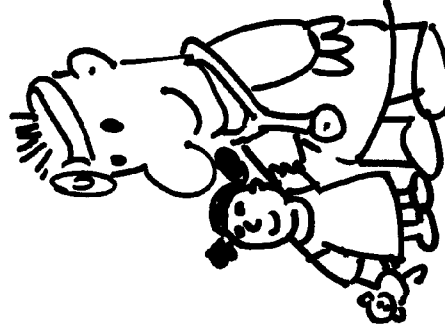
Comuníquese con nosotros llamando al 1-800-303-9626. Esperamos poder ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables.

Nombre:		Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted y segundo número de contacto:				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Información sobre el miembro de MetroPlus (conteste a las preguntas correspondientes a cada miembro)							
Nombre del miembro →	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4			
Nº de SS o Nº Medicaid o ID alternativa →							
Establecimiento o nombre del médico de cabecera (PCP)							
1. ¿Alguna persona de su familia (con cobertura de MetroPlus) tiene problemas de audición o de la vista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2. Durante los últimos 6 meses, ¿usted o su hijo(a) fueron hospitalizados o visitaron la sala de emergencias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. Usted o alguno de los miembros antes mencionados padece alguna de las siguientes enfermedades o problemas? (Conteste a las preguntas correspondientes a cada miembro)							
Asma o problemas respiratorios	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Enfermedades del hígado	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Moretones/Sangra con facilidad (Anemia drepanocítica)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Problemas de colesterol	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Sobrepeso	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
VIH/SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Enfermedades cardíacas o presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Convulsiones o ataques	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Tabaquismo (fumar o consumir tabaco)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Consumo de drogas o alcohol	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Incapacidades:							
Problemas en los ojos / pérdida de la visión (glaucoma u otra enfermedad)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Discapacidades físicas	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Discapacidades de crecimiento	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Indique cualquier otro problema o enfermedad no mencionada	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____		
4. ¿Alguna de las mujeres miembro de MetroPlus mencionada anteriormente está embarazada? Nombre: _____ Fecha de parto: _____					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Necesita o le gustaría recibir información sobre los planes de inmunización o vacunación?					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Alguno de los miembros de MetroPlus mencionados anteriormente ya ha consultado a un médico?					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7. ¿Alguno de los miembros de MetroPlus mencionados anteriormente necesitará que le completen por primera o segunda vez una receta durante el próximo mes?					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8. ¿En que idioma prefiere usted recibir la información? Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro _____							

MetroPlus Health Plan

IMMUNIZATION RECORD Comprobante de Inmunización

Child's Name: _____
 Child's Birthday: _____
 Health Insurance Number: _____
 Primary Care Provider Name: _____



160 Water Street, 3rd Floor, New York, NY 10038
 Member: For more information:
 1-800-303-9626
 For information about MetroPlus Health Plan:
 1-800-475-METRO

TB SKIN TESTS Pruebas de la Tuberculosis	Type*	Date given	Given by	Date read	Read by	MMI indur	Impression
*If required for school entry, must be mantoux unless exception granted by local health department.	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux						<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
	<input type="checkbox"/> Other						
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux						<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
	<input type="checkbox"/> Other						
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux						<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
	<input type="checkbox"/> Other						

CHEST X-RAY Film Date: ____/____/____
 (NECESSARY IF Impression: Normal Abnormal
 SKIN TEST IS Person is free of communicable tuberculosis Yes No
 POSITIVE.) Signature/Agency: _____

Lead Test Date: ____/____/____
 Allergies: _____
 Vaccine Reactions: _____

- HBV — Hepatitis B Vaccine.
- IPV — Polio Vaccine (Inactivated).
- D/TaP — Diphtheria, Tetanus, and Acellular Pertussis Vaccine.
- Hib — Haemophilus Influenza type B Vaccine.
- MMR — Measles, Mumps, and Rubella Vaccine.
- VAR — Varicella (chickenpox) Vaccine.
- PCV — Pneumococcal Conjugate Vaccine.

*Each VIS is identified by a date at the bottom. Record the VIS identification date in this column.

† Influenza, pneumococcal polysaccharide (PPV23), meningococcal, and/or Lyme disease vaccines are recommended for certain high-risk children.

Parents: Your child must meet immunization requirements to be enrolled in school. Keep this Record as proof of immunization.
Padres: Su niño debe cumplir con los requisitos de vacunas para ser admitido a la escuela.
 Mantenga este Comprobante: lo necesitará.

Providers Sign Each Vaccine Given

VACCINE	DATE given	SIGNATURE or initials	SITE given
Hepatitis B -1 _____mcg (IM)			
Hepatitis B -2 _____mcg (IM)			
Hepatitis B -3 _____mcg (IM)			
DTaP DT Td -1 (IM)			
DTaP DT Td -2 (IM)			
DTaP DT Td -3 (IM)			
DTaP DT Td -4 (IM)			
DTaP DT Td -5 (IM)			
DTaP/Hib -4 (IM)			
Td booster (IM)			
Td booster (IM)			
Hib -1 (IM)			
Hib -2 (IM)			
Hib -3 (IM)			
Hib -4 (IM)			
Hib/Hep B -1 (IM)			
Hib/Hep B -2 (IM)			
Hib/Hep B -3 (IM)			

Your Next Immunization Appointment

Providers Sign Each Vaccine Given

VACCINE	DATE given	SIGNATURE or initials	SITE given
Polio -1 (SQ IM)			
Polio -2 (SQ IM)			
Polio -3 (SQ IM)			
Polio -4 (SQ IM)			
Pneum conj (PCV) -1 (IM)			
Pneum conj (PCV) -2 (IM)			
Pneum conj (PCV) -3 (IM)			
Pneum conj (PCV) -4 (IM)			
MMR -1 (SQ)			
MMR -2 (SQ)			
Varicella -1 (SQ)			
Varicella -2 (SQ)			
Hepatitis A -1 (IM)			
Hepatitis A -2 (IM)			
Other†			
Other†			
Other†			
Other†			

Your Next Immunization Appointment

MetroPlus Health Plan Partnership In Care

MANUAL PARA EL MIEMBRO

Este manual le brinda información acerca de cómo utilizar el plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan.

Guarde este manual donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

Dónde encontrar la información que necesita

BIENVENIDO

Cómo funcionan el Plan para Necesidades Especiales	1
Cómo utilizar este manual	3
Asistencia de Servicios al Miembro	3
Su tarjeta de identificación del plan de salud	5

PARTE 1: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir su médico de cabecera (PCP)	5
Cómo obtener cuidados rutinarios y para el VIH	7
Cómo obtener la atención especializada	9
Puede obtener estos servicios a través del plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan	10
Sin remisión	10
Emergencias	13
Atención de urgencia	14
Queremos cuidar su salud	14

PARTE 2: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios	15
Servicios cubiertos por el plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan	15
Beneficios que puede obtener del plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan O con su tarjeta de Medicaid	18
Beneficios que puede obtener solamente utilizando su tarjeta de Medicaid	19
Servicios NO cubiertos	21
Autorizaciones de servicios y acciones	21
Autorizaciones previas y plazos	21
Revisión retrospectiva y plazos	24
Cómo se paga a nuestros proveedores	24
Usted puede ayudar con las políticas del plan	25
Información de Servicios al Miembro	25
Manténganos informados	26
Cancelación de inscripción y transferencias	
1. Si usted quiere retirarse del plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan	26
2. Usted puede perder su condición de elegible para la atención con el Plan para Necesidades Especiales (SNP) de Medicaid Managed Care	27
3. Podemos pedirle que se retire del plan Partnership in Care de MetroPlus Health Plan.	27
4. Si usted pierde la cobertura de Medicaid, Programa de continuación del seguro (APIC) y ADAP	28

Apelaciones de acciones	28
Apelaciones externas	30
Audiencias imparciales	32
Proceso de reclamo	33
Cómo presentar un reclamo	33
Qué pasa después	33
Apelaciones de reclamos	34
Derechos y responsabilidades de los miembros	35
Decisiones anticipadas	36
Números telefónicos importantes	39

Manual para el Miembro del Plan para Necesidades Especiales de VIH

BIENVENIDO al plan PARTNERSHIP IN CARE de METROPLUS HEALTH PLAN, un Plan para Necesidades Especiales para las personas con VIH

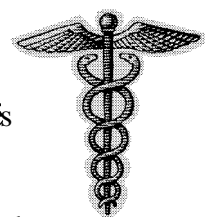
Nos sentimos felices de que usted haya elegido el plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. El plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* es un Plan para Necesidades Especiales (SNP) para las personas con VIH aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*New York State Department of Health*) para atender a los miembros de *Medicaid* con VIH o SIDA y a sus hijos. Constituimos un programa especial de atención médica que cuenta con proveedores con mucha experiencia en el tratamiento de personas con VIH o SIDA. Las personas con VIH ahora tienen una vida más larga y saludable gracias a tratamientos nuevos y efectivos. Deseamos que usted y su equipo de atención de salud trabajen juntos para que podamos ayudarlo a estar lo más saludable posible.

Este manual le servirá como guía para conocer la totalidad de los servicios de atención médica que se encuentran disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. A fin de conocerlo mejor, nos comunicaremos con usted en las próximas dos semanas. En dicha oportunidad podrá hacernos cualquier pregunta que tenga u obtener ayuda para hacer citas. Si quiere hablar con nosotros antes, sólo tiene que llamarnos al **1-800-303-9626**.

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES PARA NECESIDADES ESPECIALES

El plan, nuestros proveedores y usted

- Sin duda, usted ha visto o escuchado acerca de los cambios que ha sufrido la atención médica. Muchas personas ahora obtienen sus beneficios de salud a través de la atención administrada que brinda un centro médico (*central medical home*) para su atención. Diversos condados en el Estado de Nueva York, entre ellos la Ciudad de Nueva York, ofrecen una variedad de planes de atención administrada de salud. En algunos condados, los clientes de *Medicaid* deben afiliarse a un plan de atención médica. Dichos condados operan un programa obligatorio de atención administrada de salud. Pero los clientes con VIH o SIDA están “exentos“. Esto significa que no es necesario afiliarse a un programa de atención administrada.
- Los clientes de *Medicaid* que tienen VIH o SIDA tienen la opción de inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales para las personas con VIH (HIV SNP), un plan de atención administrada normal o un plan de pago por servicio de *Medicaid*. No importa si en su condado es obligatorio para otros beneficiarios de *Medicaid*, usted igual tiene la posibilidad de elegir.
- Como miembro de un HIV SNP, usted tendrá los mismos beneficios que tenía con



Medicaid normal, y además recibe la atención especial que necesita. Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarle la mejor salud física y emocional posible. Usted podrá recibir los servicios especiales tales como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar, para tener una vida saludable. Podemos conseguirle otros servicios que lo asistirán en el manejo de su infección con el VIH.

- **Hasta los 19 años de edad, sus hijos** también pueden afiliarse al Plan, estén o no infectados por el VIH. Si su pareja NO tiene VIH o SIDA no puede afiliarse a un HIV SNP.
- El plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* tiene un contrato con el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (*New York City Department of Health and Mental Hygiene*) para cubrir las necesidades de atención médica de las personas con *Medicaid*. A su vez, nosotros elegimos a un grupo de proveedores de servicios médicos para que nos ayuden a cubrir las necesidades de los miembros. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios, administradores de casos y otros establecimientos de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. La lista de proveedores está disponible en nuestro directorio. Si no tiene un directorio de proveedores, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para obtener una copia.
- Cuando se afilia al plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*, uno de nuestros proveedores se hace cargo de usted. La mayoría de las veces, esa persona será su **médico de cabecera (PCP)**. Sólo los proveedores con experiencia en el tratamiento de la enfermedad del VIH pueden ser médicos de cabecera de los miembros con VIH. Estos médicos cumplen con las reglas del Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*New York State Department of Health, AIDS Institute*) para ser especialistas en VIH. Si usted necesita realizarse un examen, ver a otro especialista o ir al hospital, su médico de cabecera dispondrá los arreglos necesarios. Su médico de cabecera está disponible todos los días, durante el día o la noche. Si necesita comunicarse con él fuera del horario de atención o durante los fines de semana, puede dejar un mensaje y decirnos cómo podemos contactarlo. Su médico de cabecera se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su médico de cabecera es su principal fuente de atención médica, en algunos casos usted puede consultar directamente (*self-refer*) a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página X para obtener más detalles.
- Nosotros lo remitiremos a proveedores y hospitales con amplia experiencia en el tratamiento del VIH o SIDA. Usted también podrá utilizar los servicios de los siguientes grupos de proveedores de salud que forman parte de nuestra red de proveedores:
 - Centros designados para el SIDA (*Designated AIDS Centers, DACs*); Hospitales que cuentan con experiencia en el tratamiento de personas con VIH o SIDA;
 - Centros maternoinfantiles de atención especializada para el VIH (*Maternal/ Pediatric HIV Specialized Care Centers*); Proveedores que brindan cuidado integral para las madres infectadas con VIH y sus hijos;
 - Programas de atención primaria para el VIH (*HIV Primary Care Programs*): Atención primaria con atención especialmente dirigida a cuidar su salud;
 - Tratamiento para la drogadicción y atención primaria; Proveedores de tratamiento

para la drogadicción en el mismo sitio en que se encuentran los servicios para el VIH y de atención primaria, y

- Atención de especialistas.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* reconoce la necesidad de que exista confianza entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención médica. *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* nunca entregará su historia médica o condición de VIH sin su consentimiento por escrito. Sólo el personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*, su médico de cabecera, su coordinador de atención médica o administrador de casos de HIV SNP, y otros proveedores que le brinden atención tendrán acceso a esa información. Su médico de cabecera y/o su coordinador de atención médica o administrador de casos de HIV SNP discutirá con usted por anticipado cualquier remisión a dichos proveedores. El personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* ha sido capacitado para mantener la más estricta confidencialidad de la información de los miembros.

CÓMO UTILIZAR ESTE MANUAL

- Este manual le informará acerca de cómo funciona su nuevo sistema de atención médica y cómo usted puede aprovechar al máximo los servicios *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Este manual es su guía para conocer los servicios de salud. Le informa acerca de los procedimientos que debe seguir para hacer que su plan le sea más funcional.
- **En las primeras páginas encontrará información acerca de lo que usted necesita saber de inmediato. Puede leer el resto del manual cuando lo necesite. Úselo como referencia o léalo poco a poco. Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626. También puede llamar a la Línea de ayuda *New York Medicaid CHOICE* al 1-800-505-5678 .**

ASISTENCIA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

En Servicios al Miembro, hay alguien que lo puede asistir
de lunes a Sábado
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Llame al **1-800-303-9626**

Si necesita asistencia fuera de estos horarios, llámenos al

1-800-442-2560

TDD/TTY 1-800-881-2812



- Puede llamar para obtener asistencia **cada vez que tenga una pregunta**. Quizás usted nos llame para elegir o cambiar su médico de cabecera (PCP), preguntar acerca de los beneficios y servicios disponibles, que lo ayuden con las remisiones, reemplazar una tarjeta de identidad perdida, notificar de su embarazo, del nacimiento de un nuevo bebé o preguntar acerca de cualquier cambio que pueda afectar los beneficios que usted o su familia obtienen.

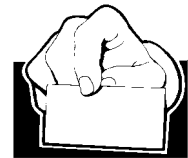
La atención de su familia

- **Si usted está o queda embarazada**, usted y su bebé van a necesitar atención médica especial lo antes posible. Usted puede transmitirle el VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. Es importante que usted, sus médicos y otros proveedores de atención trabajen juntos para que usted pueda tener un bebé saludable. Usted puede estar más saludable y reducir las posibilidades de que su bebé se infecte con el VIH si toma medicamentos especiales durante el embarazo. Si queda embarazada, deberá llamarnos de inmediato para que le ayudemos a elegir un médico para su bebé y reunirse con el médico antes de que el bebé nazca, para hablar acerca del cuidado del bebé.
- En casi todos los casos, su hijo pasará a formar parte de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* al nacer. Siempre podrá cancelar la inscripción de su hijo si así lo solicita. Asegúrese de llamarnos para obtener una atención prenatal temprana y para que nos ocupemos de usted.
- **Hasta los 19 años de edad, sus hijos** también pueden afiliarse al Plan, estén o no infectados por el VIH. Si su pareja **NO** tiene VIH o SIDA no puede afiliarse a un HIV SNP.
- **Ayuda con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan***
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** en las que explicamos cómo funciona nuestro plan de salud y cómo podemos ser de más ayuda para usted. Es una muy buena oportunidad para que haga preguntas y conozca a otros miembros. Si desea asistir a una de estas sesiones, llámenos para averiguar qué lugar y horario le resultan más convenientes.
- **Si usted no habla inglés**, podemos ayudarlo. Queremos que sepa cómo usar su plan de atención médica independientemente del idioma que hable. Llámenos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden asistirlo. También lo ayudaremos a encontrar un PCP (médico de cabecera) que hable su propio idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Si usted está en silla de ruedas, es ciego o tiene problemas auditivos o de comprensión y necesita ayuda adicional, llámenos. Le podemos informar si el consultorio de algún proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos especiales de comunicación. También contamos con los siguientes servicios:

- Teléfono de texto TDD/TTY. (Nuestro número de teléfono TTY es 1-800-881-2812)
- Información en letras grandes
- Administración de casos
- Ayuda para hacer o asistir a las citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su incapacidad

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Luego de inscribirse, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* deberá llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de su inscripción. La tarjeta contiene el nombre y teléfono de sus PCP (médicos de cabecera). También tiene su número



de identificación de cliente (CIN). Si hay algún error en esta información, comuníquese con nosotros de inmediato. Su tarjeta de identificación no revela si usted tiene el VIH o SIDA. Lleve su tarjeta de identificación siempre consigo y utilícela cada vez que solicite atención médica. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, puede utilizar la carta de bienvenida como constancia de que usted es miembro del plan. Conserve su tarjeta de beneficios de *Medicaid*. Necesitará su tarjeta *Medicaid* para obtener servicios que el plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* no cubre. Estos servicios incluyen beneficios farmacéuticos.

PARTE 1: Lo primero que debe saber

CÓMO ELEGIR A SU MÉDICO DE CABECERA (PCP)



- Tal vez usted ya haya elegido a su PCP (médico de cabecera). Puede tratarse de un médico o de un enfermero con práctica médica que se especialice en VIH. **Si aun no ha elegido un PCP para usted y su familia, deberá hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico dentro del plazo de 30 días, nosotros lo elegiremos por usted. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda su familia. Su médico de cabecera será un especialista en VIH. Servicios al Miembro lo ayudará a elegir un PCP.
- Este manual trae, además, un directorio de proveedores. El directorio es una lista de todos los proveedores, clínicas, hospitales, laboratorios y otros proveedores que prestan asistencia dentro de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Allí aparecen las direcciones, teléfonos y especialidades de los médicos. También se especifica qué médicos y proveedores toman nuevos pacientes. Cuando elija al PCP, llame al consultorio de dicho médico para averiguar si en ese momento está recibiendo pacientes nuevos.

- Tal vez prefiera un médico:
 - a quien ya haya consultado;
 - que entienda sus problemas de salud;
 - que reciba nuevos pacientes;
 - que pueda hablar su mismo idioma;
 - que sea de fácil acceso.

- Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para ver a un médico obstetra y ginecólogo del plan. Pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento en caso de que se presente algún problema y recibir cuidados de rutina durante el embarazo.

- También contratamos a varios Centros de Salud Aprobados por el Gobierno Federal (*Federally Qualified Health Centers, FQHC*). Todos los FQHC brindan atención médica primaria y especializada. Algunos clientes prefieren atenderse en los FQHC porque estos centros cuentan con una larga trayectoria en el vecindario. Quizás usted quiera probarlos, ya que son lugares de fácil acceso. Es importante que usted sepa que tiene opciones. Puede elegir uno de nuestros proveedores o bien, puede inscribirse con un PCP en uno de los FQHC con los que trabajamos. Consulte el listado de proveedores de FQHC en la página 11 de nuestro directorio de proveedores o llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para solicitar asistencia.

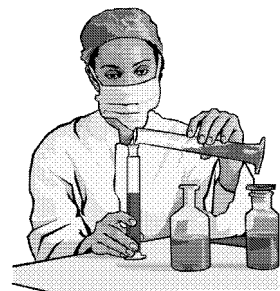
- En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Existen dos casos en los que usted puede seguir **viendo a otro médico con quien se atendía antes de afiliarse a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan***. Sin embargo, en ambos casos, su médico debe estar de acuerdo con trabajar con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Puede continuar consultando a su médico en los siguientes casos:
 - Si usted estaba embarazada de más de 3 meses cuando se afilió y ahora está recibiendo cuidado prenatal, puede seguir consultando a su médico hasta después del parto y recibir atención de seguimiento.
 - Si al afiliarse, usted tiene una enfermedad que pone en peligro la vida o una afección que empeora con el tiempo, puede solicitar conservar a su médico por un máximo de 60 días.

- **Si usted tiene otra enfermedad de larga duración** no relacionada con el VIH o SIDA, tiene la posibilidad de elegir a un especialista en su otra enfermedad para que se desempeñe como su PCP (médico de cabecera). Su PCP especialista en VIH y su coordinador de atención médica trabajarán junto al otro especialista para administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 y le brindaremos asistencia.

- De ser necesario, puede **cambiar su PCP** durante los primeros 30 días posteriores a la primera cita con él. Luego de esta oportunidad, puede cambiar de PCP una vez cada seis meses sin necesidad de dar explicaciones, o puede hacerlo con mayor frecuencia si tiene una razón justificada. También puede cambiar el obstetra y ginecólogo o especialista a quien su PCP lo haya remitido.
- **Si su proveedor deja de prestar servicios en *Partnership in Care* de MetroPlus Health Plan**, le informaremos dentro de los 15 días posteriores a recibir esta información. Si lo desea, tiene la posibilidad de ver a ese proveedor **si** está embarazada de más de tres meses o si está recibiendo un tratamiento por alguna enfermedad. Si está embarazada, puede seguir viendo a su médico durante un período de hasta 60 días posteriores al parto. Si está viendo a un médico por algún problema médico en particular, usted puede seguir con su tratamiento hasta por 90 días posteriores a la fecha en que su proveedor dejó de prestar servicios en MetroPlus. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* durante este tiempo. Si alguna de estas condiciones se aplica a usted, consulte a su PCP o llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

CUIDADOS RUTINARIOS Y PARA EL VIH

- Su atención de salud comprenderá chequeos regulares para todas sus necesidades de atención médica, como así también aquellos relacionados con su infección con VIH. Puede que su médico prescriba medicamentos que ayuden a controlar el VIH y otros tratamientos para cuidar su salud. Le brindamos asistencia para elegir la mejor combinación de tratamientos con medicamentos y lo aconsejamos cuando necesite cambiar algún medicamento determinado. Proporcionamos remisiones a hospitales y especialistas. Queremos que los nuevos miembros hagan una primera visita a su PCP poco después de inscribirse en *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Esto le dará la posibilidad de hablar con su PCP acerca de temas relacionados con su salud, los medicamentos que toma y de hacer cualquier pregunta que tenga.
- *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* trabajará con proveedores farmacéuticos para garantizar que usted pueda obtener cualquier medicamento, tanto de venta libre como con prescripción que pueda necesitar. Usted puede obtener medicamentos y suministros con su tarjeta de identificación de *Medicaid*.
- Puede llamar a su PCP tanto de día como de noche. Llámelo cuando tenga alguna pregunta o inquietud relacionada con su salud. Si llama los fines de semana o fuera del horario de atención, deje un mensaje especificando dónde y cómo se lo puede contactar. Su PCP lo llamará lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.



- Si tiene preguntas acerca de cómo obtener servicios o si no puede contactar a su PCP, llame a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana al 1-800-303-9626 de lunes a Sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y en otros horarios al 1-800-442-2560.
- Su atención deber ser **médicamente necesaria**. Los servicios que usted recibe deben ser necesarios:
 - para prevenir o diagnosticar y corregir aquello que pudiera causarle más sufrimiento;
 - para tratar un peligro a su vida;
 - para tratar un problema que pudiera causarle una enfermedad;
 - para tratar algo que pudiera limitar sus actividades normales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe concertar una cita con su PCP. En caso de que no pueda acudir, llame a su PCP para avisarle. Tan pronto escoja un PCP, llame para hacer una primera cita. Y de ser posible, prepárese para ella. Su PCP necesita saber todo lo que usted pueda informarle acerca de su historia médica. Haga una lista de sus antecedentes médicos, todo problema que tenga actualmente y todas las preguntas que desee hacerle al PCP. En la mayoría de los casos, deberá hacer su primera visita dentro de las cuatro semanas siguientes a su afiliación al plan. Si necesita tratamiento en las semanas siguientes, haga su primera cita en la primera semana de afiliación al SNP.
- **Si necesita atención médica antes de su primera cita**, llame al consultorio del PCP para explicar el problema, la persona que lo atienda le fijará una cita anticipada. (Deberá conservar su primera cita para discutir su historia médica y hacer preguntas).
- Utilice la siguiente lista como guía para el período máximo que quizás deba esperar después de solicitar una cita:
 - Atención de urgencia: 24 horas
 - Visitas por enfermedad no urgente: 3 días
 - Cuidados preventivos de rutina: 4 semanas
 - Primera visita prenatal: 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero)
 - Primera visita del recién nacido: 48 horas a partir del alta hospitalaria
 - Primera visita de planificación familiar: 2 semanas
 - Atención al niño sano: 4 semanas
 - Seguimiento luego de visita a sala de emergencia u hospitalización por causas relacionadas con la salud mental o el abuso de sustancias: 5 días
 - Visita no urgente por causas relacionadas con la salud mental o el abuso de sustancias: 2 semanas
 - Chequeos de referencia y de rutina para adultos: 4 semanas
- La **coordinación de atención médica y beneficios** es una característica exclusiva de los planes HIV SNP. *Partnership in Care* de *MetroPlus* es responsable de brindarle y coordinar su paquete de servicios de beneficios de *Medicaid*. También tenemos la

obligación de coordinar los servicios no provistos de manera directa por *Partnership in Care* de *MetroPlus*. Entre ellos:

- Farmacia
- Administración de casos COBRA (programas para el VIH o SIDA)
- Servicios de vivienda
- Servicios de apoyo
- Administración de casos comunitarios

- Cuando se inscriba, el personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus* trabajará con usted para determinar qué servicios necesita o desea, incluso administración de casos. El personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus* lo ayudará a encontrar un administrador de casos y lo asistirá para realizar el primer contacto. Una vez que tenga un administrador de casos, trabajaremos junto con ellos para coordinar sus necesidades de servicios y de atención médica. Si usted ya cuenta con un administrador de casos, trabajaremos junto con ellos para coordinar sus necesidades de servicios y de atención médica.
- Podemos trabajar con usted para hacer citas con su PCP u otros médicos que su PCP desee que usted visite. Si quiere programar varias citas para un solo día, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 y lo ayudaremos. Si usted se enfermó y fue hospitalizado, le informaremos el motivo a su PCP. Lo ayudaremos a hacer una cita con su PCP luego de que salga del hospital.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS CON REMISIONES

- Si usted necesita un tipo de atención que su PCP no puede brindarle, éste lo REMITIRÁ a otros especialistas que sí puedan hacerlo. Si su PCP lo remite a otro médico, nosotros pagaremos su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Hable con su PCP para estar seguro de que conoce cómo funcionan las remisiones. Si usted piensa que el especialista no cubre sus necesidades, hable con su PCP. Él podrá ayudarlo si usted necesita ver a otro especialista. Existen algunos tratamientos y servicios para los cuales su PCP debe solicitar aprobación a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* antes de que usted los reciba. Su PCP podrá decirle en qué consisten estos tratamientos y servicios.
- Si no contamos con un especialista dentro de la red de *MetroPlus* que pueda brindar la atención que usted necesita, encontraremos a uno **fuera** de la red. Antes de visitar al especialista, su médico debe solicitar una remisión a *MetroPlus*. Si necesita visitar a un especialista de inmediato porque tiene una emergencia, no es necesario que su médico llame para una remisión.
- Para obtener una remisión, su médico debe proporcionarnos cierta información. Una vez que recibamos toda esta información, decidiremos dentro de 3 días hábiles si puede visitar al especialista que no pertenece a la red. Pero no tardaremos más de 14 días desde la fecha en que recibimos su solicitud para tomar esa decisión. Si su médico considera que



una demora en la atención causará un grave perjuicio a su salud, usted o su médico pueden solicitar una revisión por vía rápida. En ese caso, tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en 3 días hábiles.

- Si usted no está de acuerdo con la decisión de *MetroPlus*, puede presentar una apelación (consulte la página 23 de este manual para saber cómo hacerlo). También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de *MetroPlus* al 1-800-303-9626.
- Si su PCP o *MetroPlus* lo remiten a un proveedor que no pertenece a nuestra red, no deberá pagar ningún costo salvo cualquier copago según lo descrito en este manual.
- *Es posible que necesite consultar a un especialista para un tratamiento en curso de una enfermedad que no sea VIH o SIDA*. Su PCP podrá remitirlo para una cantidad específica de visitas o para un período de tiempo determinado (**remisión con vigencia limitada**). Si usted tiene una remisión con vigencia limitada, no necesita una nueva remisión cada vez que deba recibir atención.
- *Si tiene una enfermedad de larga duración o incapacitante que no sea VIH o SIDA que empeora con el tiempo, su PCP trabajará con un especialista para coordinar su atención. Usted puede:*
 - Recibir una remisión a un centro de atención especializada que trate su problema.
 - Llamar a Servicios al Miembro y obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

Aún cuando se atienda con un especialista, su PCP se seguirá ocupando de la atención que necesita para el VIH.

- Usted tendrá la posibilidad de formar parte de *estudios clínicos* que le permitirán beneficiarse con los últimos tratamientos y otros programas de investigación. Los *tratamientos experimentales* estarán cubiertos de acuerdo a cada caso una vez que los tratamientos habituales hayan sido probados.

OBTENGA LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE NUESTRO PLAN *sin*

Remisión previa

Servicios para mujeres:

No necesita obtener una remisión de su PCP para consultar alguno de nuestros proveedores SI:

- está embarazada;
- necesita servicios de obstetricia o ginecología;
- necesita servicios de planificación familiar;
- quiere ver a una partera, o
- necesita un examen pélvico o de senos.

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: orientación para el control de la natalidad, recetas para el control de la natalidad, preservativos masculinos o femeninos, exámenes de embarazo, esterilización o aborto. Durante una de estas visitas,

también podrá hacerse pruebas para saber si tiene infecciones transmitidas sexualmente, exámenes pélvicos y estudios para detectar cáncer de seno.

- *No necesita obtener una remisión* de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, usted puede elegir dónde obtenerlos. Usted puede *utilizar su tarjeta de identificación de Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Consulte el directorio de proveedores o llame a Servicios al Miembro para que lo ayuden a conseguir un proveedor. También puede utilizar su tarjeta de *Medicaid* si quiere acudir a un médico o clínica que no pertenezca a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Pida a su PCP o a Servicios al Miembro en el 1-800-303-9626 una lista de los lugares a los que puede acudir para obtener estos servicios. También puede llamar a la Línea directa Crecer Saludable del Estado de Nueva York (*New York State Growing Up Healthy Hotline*) al 1-800-522-5006 para obtener los nombres de los proveedores de planificación familiar que se encuentran en localidades próximas a su domicilio.

Exámenes para el VIH

Si necesita servicios de exámenes para el VIH, cuenta con tres opciones:

- Puede acudir a un lugar donde se realicen exámenes para el VIH o a una organización comunitaria que ofrezca este servicio en forma anónima. Para obtener información, llame a la Línea directa de VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS (2437). En español al 1-800-233-SIDA (7432) y TDD 1-800-369-AIDS (2437).
- Al contar con servicios de planificación familiar, usted puede hacerse exámenes de VIH. No necesita una remisión de su PCP. Sólo tiene que concertar una cita con cualquier proveedor de planificación familiar.
- Si prefiere no acudir a uno de nuestros proveedores del plan, puede utilizar su tarjeta de *Medicaid* para ver a un proveedor de planificación familiar que preste servicios fuera del plan.
- Si necesita recibir tratamiento para el VIH luego de hacerse los exámenes, su PCP lo ayudará a obtener atención de seguimiento. Si su examen dio negativo, podemos ayudarlo a que aprenda cómo seguir así.

Notificación a la pareja

- El programa de asistencia a la pareja (*PartNer Assistance Program*, PNAP) puede ayudarlo a encontrar la mejor manera de hacerle saber a su pareja que necesita hacerse un examen de VIH. Su orientador lo ayudará a decidir cuál es la mejor manera y la más segura de hablarlo con su pareja. Si hablarlo con su pareja puede llegar a afectar seriamente su salud o seguridad, o la salud y seguridad de alguien cercano a usted, consulte a su orientador del PNAP acerca de sus opciones. Para obtener más información acerca del PNAP, consulte a su administrador de casos o llame al 1-800-541-AIDS (2437)

o, en la Ciudad de Nueva York al (212) 693-1419. Si su pareja se llegara a disgustar o enojar, llame a la Línea directa para la violencia doméstica de la Ciudad de Nueva York (*NYS Domestic Violence Hotline*) al 1-800-942-6906.

Servicios para la prevención del SIDA

Existen muchos servicios disponibles de prevención y orientación para el VIH. Hablaremos con usted sobre actividades sexuales o consumo de drogas que podrían ponerlo a usted y a otras personas en riesgo de transmisión de VIH o enfermedades de transmisión sexual. Si existe la posibilidad de que su actividad sexual o consumo de drogas sea perjudicial para usted y otras personas, lo ayudaremos a aprender a protegerse. Tanto el personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* como las remisiones a grupos comunitarios lo ayudarán con actividades para que usted y sus seres queridos conserven su salud. También podemos ayudarlo a obtener preservativos gratuitos ya sean masculinos o femeninos y jeringas limpias.

Podemos ayudarlo a informarle a su pareja su condición de portador de VIH (Consultar el programa de asistencia a la pareja *PartNer Assistance Program* más arriba). Podemos ayudarlo a hablar con su familia y amigos y ayudarlos a entender el VIH y el SIDA. Si necesita ayuda para hablar sobre su condición de portador de VIH con futuras parejas, el personal de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* le brindará asistencia. Incluso, podemos ayudarlo a hablar con sus hijos acerca del VIH y de sus riesgos.

Atención de la vista

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios que sean necesarios de oftalmólogo, optometrista y dispensario oftálmico, como así también un examen de la vista y un par de lentes, si es necesario. En general, puede obtener estos servicios una vez cada dos años o con mayor frecuencia si es que existe una necesidad médica. Simplemente elija uno de nuestros proveedores afiliados. Los lentes nuevos (con armazón aprobado por *Medicaid*) generalmente se proporcionan una vez cada dos años, pero pueden solicitarse con mayor frecuencia si, por ejemplo, su visión disminuye más de media dioptría. Si sus lentes se rompen, pueden repararse. Los lentes perdidos o los lentes rotos que no puedan repararse podrán ser reemplazados con la misma receta y estilo de armazón. Si necesita ver a un especialista de la vista para la atención de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá.

Salud mental o dependencia a sustancias nocivas (abuso de alcohol y sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener servicios de salud mental o para el abuso de alcohol y drogas que necesite. Usted también puede obtener una (1) evaluación de salud mental sin necesidad de remisión en cualquier período de 12 meses. Usted debe consultar a un proveedor de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* pero no se requiere la aprobación de su PCP. Si necesita más visitas, su PCP lo ayudará a obtener una remisión.

Asimismo, puede obtener una (1) evaluación de dependencia a sustancias nocivas para todo servicio de rehabilitación para pacientes internados, desintoxicación para pacientes internados o desintoxicación ambulatoria, sin necesidad de remisión en cualquier período de 12 meses.

Usted debe consultar a un proveedor de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* pero no se requiere la aprobación de su PCP. Si necesita más visitas, su PCP lo ayudará a obtener una remisión.

Si desea obtener una evaluación de dependencia a sustancias nocivas para cualquier servicio de tratamiento ambulatorio para el abuso de alcohol o sustancias, exceptuando los servicios de desintoxicación ambulatoria, debe utilizar su tarjeta de beneficios de *Medicaid* a fin de acudir a cualquier proveedor que acepte *Medicaid*.

Emergencias

Siempre contará con cobertura ante cualquier emergencia. En el Estado de Nueva York, una “emergencia” significa una afección médica o del comportamiento que:

- sobreviene repentinamente y
- está acompañada de dolor u otros síntomas.

Lo anterior haría que una persona con conocimientos promedio sobre salud tema que alguien sufra un daño serio a partes o funciones de su cuerpo o una seria desfiguración si no obtiene atención inmediata.

Son ejemplos de emergencias:

- un ataque cardíaco o un dolor intenso en el pecho
- sangrado que no se detiene o una quemadura grave
- fractura de huesos
- dificultad para respirar, convulsiones, pérdidas del conocimiento
- cuando usted siente que puede lastimarse o lastimar a otros
- si está embarazada y tiene dolor, sangrado, fiebre o vómitos



Son ejemplos de situaciones que **no constituyen una emergencia**: resfríos, dolores de garganta, malestar estomacal, cortes pequeños y hematomas o esguinces musculares.

Si tiene una emergencia, usted debe:

- *Si usted cree que tiene una **emergencia***, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Para recibir atención de emergencia, no necesita la aprobación de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* ni de su PCP y no está obligado a utilizar los servicios de nuestros hospitales o médicos. PERO llame a su PCP (médico de cabecera) lo antes posible.
- *Si no está seguro, llame a su PCP o a **Partnership in Care** de *MetroPlus Health Plan*.*

Dígale a la persona que lo atienda lo que está sucediendo. Su PCP o el representante de Servicios al Miembro de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*:

- le indicará qué debe hacer en su hogar;
- le solicitará que acuda al consultorio del PCP o
- le dirá que se dirija a la sala de emergencias más próxima.

- Si tiene una emergencia y se encuentra *fuera del área* de servicio:
 - Diríjase a la sala de emergencias más próxima.
 - Llame a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* tan pronto como sea posible (dentro de las 48 horas si es posible).

Recuerde

No necesita autorización previa para recibir atención de emergencia.
 Acuda a la sala de emergencia **sólo** si tiene una **EMERGENCIA REAL.**
 Si tiene preguntas, llame a su PCP o a su plan al 1-800-303-9626

Atención de urgencia

Usted puede tener una herida o enfermedad que no sea una emergencia, pero que igual necesite atención inmediata.

- Puede tratarse de un niño con dolor de oído que se despierta en la mitad de la noche y no deja de llorar.
- O bien, se torció un tobillo o tiene una astilla que no puede sacar.

Puede hacer una cita para una visita de atención de urgencia para el mismo día o para el día siguiente. Si está en casa o en algún otro lugar, llame a su PCP a cualquier hora, de día o de noche. Si no puede contactar a su PCP, llámenos al 1-800-303-9626. Dígale a la persona que lo atienda lo que está sucediendo y ésta le dirá lo que debe hacer.

QUEREMOS CUIDAR SU SALUD

Además de los chequeos habituales y de las vacunas que usted y su familia necesitan, a continuación se detallan algunos de los demás servicios que brindamos y las maneras de cuidar su salud:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Clases para usted y su familia ● Educación para el tratamiento del VIH ● Apoyo entre pares ● Programas de ejercitación física ● Cómo seguir los horarios de sus medicamentos ● Grupos de apoyo para los infectados con VIH o SIDA ● Reducción del daño e intercambio de agujas | <ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo para sobrellevar el dolor o las pérdidas ● Clases para dejar de fumar ● Manejo o reducción del estrés ● Grupos de apoyo para consumidores de drogas ● Control del colesterol ● Consumo de alimentos sanos ● Orientación al diabético |
|--|--|

- Terapias alternativas
- Atención prenatal y para el bebé
- Cirugía bucal y dental
- Prevención del VIH
- Control del asma
- Exámenes y protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Servicios para la violencia doméstica
- Servicios de salud mental
- Atención de la piel
- Prevención para pacientes infectados
- Remisión a organizaciones comunitarias (Community-based Organization, CBO)
- Servicios legales específicos para el VIH (por ejemplo, planificación de permanencia)

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para obtener más información y un listado de las próximas clases.

MANUAL PARTE 2

SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información que podrá consultar cuando lo necesite. Enumera los servicios cubiertos y los no cubiertos. Si usted tiene un reclamo, el manual le indica cómo proceder. El manual contiene más información que puede serle útil. Consérvelo a mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

Los planes para Necesidades Especiales (SNP) brindan una cantidad de servicios que usted puede recibir además de aquellos que obtiene con *Medicaid* normal. Nosotros le brindaremos o haremos los arreglos necesarios para que reciba la mayoría de los servicios que necesite. Sin embargo, usted puede obtener algunos servicios sin que intervenga su PCP. Estos incluyen servicios de atención de emergencia, planificación familiar, exámenes para el VIH y servicios específicos de autoremisión, lo cual incluye aquellos que puede obtener dentro del plan y algunos para los que puede elegir acudir a cualquier proveedor de servicios *Medicaid*.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN *PARTNERSHIP IN CARE DE METROPLUS HEALTH PLAN*

Debe obtener estos servicios de los proveedores que forman parte de *Partnership in Care de MetroPlus Health Plan*. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios y los debe brindar o remitir su PCP (médico de cabecera).

Cuidados rutinarios y para el VIH

- Visitas al consultorio de su PCP
- Acceso a programas de atención primaria para el VIH
- Remisiones a especialistas
- Acceso a terapias de combinación
- Exámenes de la vista u oído
- Ayuda para tomar la medicación a la hora indicada
- Coordinación de atención médica y beneficios

Cuidados preventivos

- Educación sobre el VIH y reducción del riesgo
- Remisión a las organizaciones comunitarias para atención de apoyo
- Atención de bebé sano
- Atención de niño sano
- Chequeos de rutina
- Vacunas para niños desde el nacimiento y durante la niñez
- Acceso a agujas y jeringas gratuitas

Atención materna

- Acceso a centros especiales de VIH para madres y niños
- Atención durante el embarazo
- Servicios hospitalarios y de médicos y parteras
- Acceso a terapia antirretroviral para la madre y el bebé
- Atención de guardería para el recién nacido

Atención de salud en el hogar (debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*)

- Al menos 2 visitas a niños en alto riesgo (recién nacidos)
- Visita a mujeres que permanecen en el hospital menos de 48 horas después del parto
- Visita a mujeres que permanecen en el hospital menos de 96 horas después de un parto por cesárea
- Otras visitas de atención de la salud en el hogar según lo considere necesario o lo ordene su PCP o especialista

Cuidados de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, dispensario oftálmico y optometrista y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o reemplazo de lentes perdidos o destruidos, lo cual incluye su reparación cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos tal como lo ordene un proveedor del plan.
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.
- Lentes (un nuevo par de armazones aprobados por *Medicaid* cada dos años o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios y provistos por los proveedores afiliados a *MetroPlus*)

- Examen y artículos para problemas visuales que solicite su médico
- Remisiones a especialistas para enfermedades o defectos de la vista.

Atención en el hospital

- Acceso a Centros designados para el SIDA
- Atención al paciente hospitalizado
- Atención al paciente ambulatorio
- Laboratorio, radiografías, otras pruebas



Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son aquellos procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Luego de haber recibido atención de emergencia, es posible que usted necesite otro tipo de atención para asegurar que su cuadro clínico permanezca estable. Según sea la necesidad, usted puede ser atendido en la sala de emergencias, en una sala para pacientes internados o en otro ámbito. Estos se llaman **servicios posteriores a la estabilización del paciente**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencias, lea la página X

Salud mental o dependencia a sustancias nocivas (abuso de alcohol y sustancias)

- Acceso a tratamiento para la drogadicción y atención primaria en un mismo lugar
- Todos los servicios para la salud mental y la dependencia a sustancias nocivas para pacientes hospitalizados (incluso abuso de alcohol y drogas)
- La mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (comuníquese con *Partnership In Care* de *MetroPlus Health Plan* para obtener información detallada)
- Los servicios de desintoxicación hospitalaria están cubiertos por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* como un beneficio para pacientes hospitalizados.
- Los niños no infectados que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*) o quienes son ciegos o discapacitados certificados pueden recibir servicios para la salud mental y la dependencia a sustancias nocivas (como abuso de alcohol y de sustancias) por parte de cualquier proveedor de *Medicaid* utilizando la tarjeta de *Medicaid*. Sin embargo, los servicios de desintoxicación están cubiertos por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* como un beneficio del plan.

Atención de especialistas

Cubre los servicios de otros profesionales, tales como:

- terapeutas ocupacionales, físicos, del habla y del oído
- parteras
- dermatología
- cardiología
- gastroenterología
- oftalmología

Establecimiento Residencial de Atención Médica (hogar de ancianos)

- Cuando es indicado por su médico y autorizado por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*;
- Cuando su permanencia en el hogar de ancianos no está determinada como permanente por el Departamento Local de Servicios Sociales (*Local Department of Social Services*, LDSS).
- Los servicios del hogar de ancianos cubiertos por el plan incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas con actividades cotidianas, terapia física, terapia ocupacional y para patologías del lenguaje y del habla.

Otros servicios cubiertos

- Transporte, incluido servicio de ambulancias de emergencia y transporte que no sea de emergencia, en la medida necesaria para obtener la atención médica cubierta por *Medicaid*. El transporte que no sea de emergencia puede ser por autobús o metro, o si su condición médica lo requiere, por transporte médico para discapacitados, taxi u otro servicio de transporte de alquiler. Cuando el afiliado es un niño, también está cubierto el transporte para el padre o para el tutor legal que lo acompañe. Cuando sea necesario, se cubrirá el transporte para el acompañante de un adulto.
- Equipos médicos durables (*Durable Medical Equipment*, DME), audífonos, prótesis, dispositivos ortóticos
- Servicios ordenados judicialmente
- Servicios de apoyo social (ayuda para obtener servicios comunitarios)
- FQHC o servicios similares
- Podología para niños o personas con problemas especiales (por ejemplo: diabéticos)

Beneficios que puede obtener del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* o con su tarjeta de *Medicaid*

Para algunos servicios usted puede elegir dónde obtener la atención. Puede obtener estos servicios utilizando su tarjeta de miembro del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. También puede ver proveedores que aceptarán su tarjeta de beneficios de *Medicaid*. *No necesita obtener una remisión de su PCP para recibir estos servicios*. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Planificación familiar

Usted puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte *Medicaid* y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de los proveedores de planificación familiar. En ambos casos, no necesita una remisión de su PCP.

Exámenes para el VIH

Puede obtener estos servicios de los médicos de nuestro plan en cualquier momento si habla primero con su PCP. Cuando usted recibe estos servicios como parte de una visita para planificación familiar, puede acudir a cualquier médico o clínica que reciba *Medicaid* y ofrezca dichos servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe estos servicios como parte de una visita de planificación familiar. También puede acudir a que se le hagan exámenes de manera anónima en clínicas ofrecidas por los departamentos de salud

locales y del estado. Para obtener más información acerca de estos establecimientos, llame a la Línea directa de VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS (2437). En español al 1-800-233-SIDA (7432) y TDD al 1-800-369-AIDS (2437).

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Usted puede optar entre acudir a su PCP o a un organismo de salud pública del condado para obtener diagnóstico o tratamiento. No necesita obtener una remisión para acudir a este organismo.

Beneficios que puede obtener solamente utilizando su tarjeta de MEDICAID

Existen algunos servicios que el plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* no brinda. Utilizando su tarjeta de beneficios de *Medicaid*, usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte *Medicaid*.

Farmacia



Cualquier farmacia que acepte *Medicaid* puede completar sus prescripciones. Los medicamentos de venta libre, fórmulas enterales y otros suministros médicos también están disponibles con una prescripción de su proveedor. Además, en cualquier farmacia y con su tarjeta *Medicaid* puede obtener preservativos femeninos o masculinos, jeringas y agujas. Es posible que a algunas personas se les solicite un copago para obtener determinados medicamentos o productos farmacéuticos.

Administración de casos COBRA (programas para el VIH o SIDA)

Usted puede obtener una administración de caso intensiva para asistirlo en sus cuestiones de salud y personales.

Centros diurnos de atención médica para el SIDA

Usted puede tener acceso a los centros comunitarios diurnos de atención médica para el SIDA.

Planificación familiar

Usted puede acudir a su médico o clínica *Medicaid* que brinde planificación familiar, incluso proveedores del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.

Servicios dentales

Usted puede acudir a cualquier dentista que acepte *Medicaid*. Podemos ayudarlo a conseguir dentistas con formación profesional en el tratamiento de personas con VIH o SIDA.

Salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Administración intensiva de casos
- Atención hospitalaria parcial
- Servicios de rehabilitación para quienes están en hogares comunitarios o bajo tratamiento familiar
- Servicios clínicos para niños con un diagnóstico de problemas emocionales serios (*Serious Emotional Disturbance, SED*) en clínicas para la salud mental certificadas por la Oficina Estatal de Salud Mental (*State Office of Mental Health*).
- Tratamiento continuado diurno
- Todos los servicios para la salud mental cubiertos para sus hijos no infectados que reciben SSI o quienes son ciegos o incapacitados certificados se encuentran disponibles con la presentación de la tarjeta de beneficios de *Medicaid*.

Retraso mental e incapacidades de desarrollo

- Terapias de larga duración
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de *Medicaid* (MSC)
- Servicios que se reciben según el Programa de Exención de Servicios Comunitarios y Domiciliarios (*Home and Community Based Service Waiver*)
- Servicios del Programa de Exención de Servicios *Medical Model* (atención domiciliaria)

Servicios para el abuso de alcohol y de sustancias

- Tratamiento de metadona
- Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias
- Rehabilitación ambulatoria para pacientes dependientes del alcohol
- Servicios clínicos ambulatorios para la dependencia al alcohol
- Programas de servicios ambulatorios para jóvenes para la dependencia a sustancias nocivas
- Servicios para la dependencia a las sustancias nocivas (inclusive alcohol y abuso de sustancias) ordenados por el Departamento Local de Servicios Sociales.
- Todos los servicios para el abuso del alcohol y de sustancias (excepto desintoxicación) también se encuentran disponibles para niños no infectados que reciban SSI o para las personas ciegas o incapacitadas certificadas mediante la presentación de su tarjeta de beneficios de *Medicaid*.
- Los servicios de desintoxicación se encuentran disponibles con la presentación de la tarjeta de identificación del PLAN.

Otros servicios de *Medicaid*

- Servicios de atención individual
- Programas de servicios para preescolares y escolares (intervención temprana)
- Programas de inicio temprano

- Tratamiento de la tuberculosis / Terapia observada directamente (*Directly Observed Therapy, DOT*)
- Atención de la salud en el hogar a largo plazo
- Servicios de hospicio

Servicios NO cubiertos

Estos servicios **no est *án* disponibles** en *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan ni Medicaid*. Si desea recibir alguno de estos servicios, es posible que deba pagarlos.

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Atención de podología de rutina (para personas mayores de 21 años)
- Artículos personales y de confort
- Tratamientos para la infertilidad
- Los servicios de un proveedor que no pertenece a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*, a menos que sea un proveedor a quien usted está autorizado a consultar según se describe en otra sección de este manual, o que *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* o su PCP lo hayan remitido a dicho proveedor.

Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio no autorizado por su PCP. Además, si usted acuerda ser atendido como “paciente particular” antes de obtener un servicio, deberá pagar dicho servicio.....Esto incluye:

- los servicios no cubiertos antes enumerados;
- servicios no autorizados;
- servicios brindados por proveedores que no pertenecen a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.

Para cualquier pregunta que desee realizar, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Autorización de servicios, revisión concurrente y acciones

Autorización previa:

Existen determinados tratamientos y servicios para los cuales debe obtener autorización antes de recibirlos o a fin de poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o cualquier persona de su confianza pueden solicitar dicha autorización. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos:

Su PCP puede aprobar remisiones a **Proveedores Adheridos** para:

- Atención especializada
- Radiología (radiografías, estudios de imágenes por resonancia magnética [*Magnetic Resonance Imaging, MRI*], tomografías computarizadas [*Computerized Tomography, CT*], etc.)
- Servicios de laboratorio
- Controles de audición y visión
- Transporte (no público)
- Remisión para exámenes de la vista

- Servicios ambulatorios para salud mental o abuso de drogas

Usted o su PCP deberán obtener la aprobación previa de *MetroPlus* para:

- la remisión a un proveedor no adherido a la red de *MetroPlus*, salvo que se trate de una emergencia;
- el otorgamiento de una remisión con vigencia limitada a un especialista;
- la hospitalización, salvo que se trate de una emergencia o parto;
- la asignación de una enfermera particular en el hospital;
- la internación en un centro de cuidados especializados;
- el uso de servicios de atención domiciliaria;
- la obtención de equipos médicos durables (DME), incluidos dispositivos ortóticos y prótesis;
- recibir inyecciones de Lupron, Botox o Synagis en el consultorio de su médico.

Cuando su PCP solicite una autorización anticipada (autorización previa) de *MetroPlus*, verificaremos el plan de tratamiento con respecto a estándares médicos. Tomaremos una decisión y le informaremos a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor después de obtener los datos necesarios para decidir. Proporcionaremos esta información por teléfono y por escrito.

Para solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio necesita una **solicitud de autorización para servicio**. También deberá obtener una autorización previa si ya está recibiendo alguno de estos servicios pero necesita continuar la atención o extenderla. Esto se llama **revisión concurrente**.

Para obtener autorización para estos tratamientos o servicios, deberá llamar a nuestro **Departamento de Revisión de Utilización (*Utilization Review Department*, UR) al 1-800-303-9629 o enviar un fax al 212-908-8521**. La revisión de utilización es lo que hacemos para decidir si el tratamiento es médicamente necesario y si será autorizado o pagado por *MetroPlus Health Plan*. Las decisiones las toman médicos y enfermeras. Llevan a cabo esta tarea comparando su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

Puede llamar a nuestro personal de Revisión de Utilización de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. al **1-800-303-9629**. Si llama fuera de ese horario, su llamada será respondida por un servicio de mensajería de voz. El mensaje le indicará cómo dejar la información que necesitaremos para responder a su pregunta o solicitud. Contamos con una Línea directa de atención médica, **1-800-442-2560**, disponible las 24 horas, que puede utilizar si necesita atención por un problema médico. El personal de Revisión de Utilización responderá a su mensaje el próximo día hábil.

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

MetroPlus Health Plan Partnership In Care
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Prior Authorization

Qué ocurre una vez que recibimos su solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud cuenta con un equipo para la revisión de decisiones para garantizar que usted reciba los servicios que nos comprometemos a brindar. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeras. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Llevan a cabo esta tarea comparando su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **acción**. A estas decisiones las tomará un profesional médico calificado. Si decidimos que el servicio que solicita no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor homólogo clínico, que puede ser un médico o un profesional de la atención médica que generalmente brinda el servicio que usted está solicitando. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión relacionada con su necesidad médica.

Una vez que hayamos obtenido su solicitud, la revisaremos mediante un proceso **ordinario** o por **vía rápida**. Si se considera que una demora en la atención causaría un grave perjuicio a su salud, usted o su médico pueden solicitar una revisión por vía rápida. Si su solicitud de revisión por vía rápida es rechazada, se lo comunicaremos y su caso será gestionado mediante el proceso de revisión ordinario. En todos los casos, revisaremos su solicitud teniendo en cuenta la urgencia que su enfermedad requiere, pero en un plazo no superior al que se menciona más adelante.

Ya sea que su solicitud sea aprobada o rechazada, tanto usted como su proveedor recibirán una comunicación telefónica y por escrito. Asimismo, les comunicaremos los motivos por los cuales se tomó dicha decisión y le explicaremos las opciones de apelación o de audiencias imparciales con las que cuenta en caso de que no estuviera de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- **Revisión ordinaria:** Tomaremos una decisión acerca de su solicitud en un plazo de 3 días hábiles o cuando hayamos reunido toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted en un plazo no superior a los 14 días posteriores a haber recibido su solicitud. En caso de que necesitemos más información, se lo comunicaremos antes del plazo de 14 días.
- **Revisión por vía rápida:** Tomaremos la decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 3 días hábiles. En caso de que necesitemos más información, se lo comunicaremos antes del tercer día hábil.

Si necesitamos más información para tomar una decisión con respecto a su solicitud, ya sea por vía rápida u ordinaria:

- Nos comunicaremos con usted por escrito para solicitarle el tipo de información que necesitemos. Si su solicitud se encuentra bajo revisión por vía rápida, nos comunicaremos inmediatamente con usted por teléfono y le enviaremos una

notificación por escrito en otro momento.

- Le informaremos la causa por la cual la demora es en función de su propio beneficio.
- Tomaremos una decisión en un plazo no superior a los 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos la información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitarnos que empleemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted cuenta con más información para entregarle al plan con el fin de ayudar a que se tome una decisión con respecto a su caso. Puede solicitarlo por escrito o llamando al 1-800-303-9629.

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante el plan en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión de emplear más tiempo para revisar su solicitud, y también puede presentar un reclamo relacionado con el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Antes de que se cumpla el plazo destinado a la revisión, le enviaremos una notificación. Pero si por algún motivo no recibe noticias nuestras una vez cumplido dicho plazo, significa que su solicitud de autorización de servicio ha sido rechazada. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la sección Apelaciones de acciones, que se encuentra más adelante en este manual.

Otras decisiones acerca de su atención:

A veces, realizaremos una revisión concurrente de la atención que está recibiendo a fin de analizar si aún necesita dicha atención. Además, podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted ya haya recibido. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Si realizamos estas otras acciones será debidamente informado al respecto.

Plazos para enviar una notificación relativa a otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hayamos aprobado y que usted está recibiendo actualmente, deberemos informarle con un mínimo de 10 días de anticipación antes de cambiar dicho servicio.
- Si estamos revisando la atención que usted ha recibido anteriormente, decidiremos si pagaremos dicha atención en un plazo de 30 días luego de haber recibido la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de dicho servicio, le enviaremos una notificación tanto a usted como a su proveedor el mismo día en que dicho pago sea denegado. No deberá pagar por la atención que haya recibido que estuviera cubierta por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* o *Medicaid* aún cuando con posterioridad deneguemos el pago al proveedor.

Cómo se paga a nuestros proveedores

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún arreglo económico especial con nuestros médicos que pueda afectar su utilización de los servicios de atención médica. Puede llamar a

Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que le pagamos a la mayoría de nuestros proveedores de una o más de las siguientes formas:

- Si nuestros PCP prestan servicios en una clínica o centro de salud, probablemente reciban un **salario** que no se ve afectado por la cantidad de pacientes que atiende.
- Nuestros PCP que prestan servicios en sus propios consultorios pueden recibir un honorario fijo por mes por cada paciente para quien se desempeñen como PCP. El honorario es el mismo ya sea que el paciente necesite una, varias o ninguna visita. Esto se llama **capitación**.
- En ciertas ocasiones, los proveedores reciben un honorario fijo por cada persona en su lista de pacientes, pero puede que se retenga parte del dinero (tal vez un 10%) para destinarla a un fondo de **incentivos**. A fin de año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que hayan cumplido con los requisitos para recibir el pago extra estipulado por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.
- Los proveedores también pueden recibir un **pago por servicio**, lo cual significa que reciben un honorario acordado con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* por cada servicio que brindan.

Usted puede ayudar con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar las políticas que sirvan mejor a nuestros miembros. Cuéntenos acerca de sus ideas. Quizás está interesado en trabajar con uno de nuestros comités o juntas asesoras formadas por miembros.

El Comité Asesor de Miembros de *MetroPlus* (*Member Advisory Committee*, MAC) está compuesto por miembros que se reúnen cuatro veces al año en la sede de *MetroPlus*, ubicada en 160 Water Street, Manhattan. Se brinda transporte a la reunión de dos horas. Se sirve el almuerzo. En las reuniones, los miembros aportan sus comentarios sobre las actividades del plan tales como el contenido del boletín informativo, notificaciones a los nuevos miembros, publicidad, cambios a los directorios de proveedores y participación en grupos de opinión. Si desea ser miembro de MAC, llame a Servicios al Miembro: **1-800-303-9626**.

Información de Servicios al Miembro

Ésta es la información que usted puede obtener llamando a Servicios al Miembro al **1-800-303-9626**:

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, altos funcionarios y partes mayoritarias, propietarios y socios del plan.
- Una copia de los gastos, resúmenes de ingresos, balances y estados de cuenta más recientes.
- Una copia del más reciente contrato de suscripción de pago directo individual.
- Información del Departamento de Seguros del Estado (*State Insurance Department*) sobre los reclamos de los consumidores acerca de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.
- Cómo mantenemos la confidencialidad de las historias médicas e información de los miembros.

- Información escrita sobre la forma en la que el plan controla la calidad de los servicios brindados a nuestros miembros.
- Cuáles son los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si lo solicita por escrito le informaremos sobre las pautas que utilizamos para evaluar las enfermedades que están cubiertas por nuestro plan.
- Información escrita sobre qué preparación deben tener los proveedores de atención médica para formar parte de nuestro plan y cómo pueden postularse.
- Si usted lo solicita, le podemos informar acerca de (1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos sobre incentivos a los médicos que afecten la utilización de los servicios de remisión; y si así fuera, (2) los tipos de acuerdos que utilizamos; y (3) si se brinda protección contra las pérdidas a nuestros médicos y grupos de médicos.
- Información acerca de cómo está organizada y cómo funciona nuestra compañía.

Manténganos Informados

Llame a Servicios al Miembro cada vez que ocurran los siguientes cambios en su vida:

- Si cambia de nombre, dirección o número de teléfono
- Si hubo algún cambio en su elegibilidad para *Medicaid*
- Si está embarazada
- Si da a luz
- Si hay algún cambio en su seguro o el de sus hijos
- Si se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria.

Si ya no cuenta con *Medicaid*, consulte con el Departamento Local de Servicios Sociales. **Es posible** que pueda inscribir a sus hijos en *Child Health Plus*, o inscribirse en el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA.

OPCIONES DE RETIRO Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED quiere retirarse del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*

Puede pedir retirarse del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* por cualquier motivo y en cualquier momento. **Para cancelar la inscripción o cambiar de plan**, comuníquese con la Línea de ayuda *Medicaid CHOICE* en la Ciudad de Nueva York al 1-800-505-5678. Si vive fuera de la Ciudad de Nueva York, comuníquese con Servicios al Miembro o con su LDSS para recibir ayuda y obtener los formularios correctos. Llene el formulario y envíelo por correo o llévelo personalmente a las oficinas del LDSS o al agente. Todos los inscritos en un HIV SNP reciben una cancelación más rápida. En la mayoría de los casos, obtendrá su cancelación el primer día del mes siguiente al de la recepción de su solicitud. Usted puede pedir una cancelación inmediata bajo circunstancias especiales, como por ejemplo en caso de reclamo por no estar de acuerdo con su inscripción. Llame al Departamento Local de Servicios Sociales. En la ciudad de Nueva York, llame a *New York Medicaid CHOICE*. Usted también debería optar por inscribirse en otro plan de atención

médica o volver a optar por *Medicaid* normal. Llame a la unidad de atención administrada de su Departamento Local de Servicios Sociales para recibir ayuda. Recibirá una notificación con la fecha en la que dicho cambio será efectivo. En la mayoría de los casos, le brindaremos la atención que necesite hasta ese momento.

2. Usted puede perder su condición de elegible para la atención administrada de *Medicaid* y los Planes para Necesidades Especiales

- Es posible que usted o su hijo tengan que retirarse de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* si usted o su hijo:
 - se mudan del condado, del área de servicio, o de la Ciudad de Nueva York;
 - se cambian a otro plan de atención administrada;
 - se afilian a una Organización de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) u otro plan de seguro a través de su empleo;
 - se afilian a un programa de atención médica en el hogar de largo plazo;
 - son enviados a prisión;
 - residen en forma permanente en un hogar de ancianos.

- Es posible que su hijo tenga que dejar *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* si:
 - cumple 19 años y no está infectado con SIDA;
 - se une a un programa para niños con incapacidades físicas; o
 - es puesto al cuidado de una familia sustituta, ya sea voluntariamente por su padre, madre o tutor o por decisión del comisionado local de servicios sociales.

- En algunos casos, *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* puede **garantizar su cobertura**. Eso significa que usted seguirá siendo miembro durante los primeros seis meses a partir de su inscripción en nuestro plan, a pesar de que ya no sea elegible para *Medicaid* y de que su caso de *Medicaid* esté cerrado. La pérdida de su elegibilidad no debe estar relacionada con muerte, mudanza a otro estado o porque está encarcelado. Durante este período, usted puede obtener los servicios cubiertos por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Usted también puede obtener atención de farmacia y planificación familiar utilizando su tarjeta de *Medicaid*. La cobertura garantizada no se aplica si usted elige retirarse de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* o si *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* está obligado a darlo de baja porque usted no cumple con sus citas.

3. Podemos pedirle que se retire del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*

También puede perder su afiliación a *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* si abusa o lastima a miembros del plan, proveedores o empleados.

Estamos obligados a cancelar su inscripción si:

- No tiene ninguna comunicación con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* para

atención médica o tratamiento o administración de casos por tres meses a partir de su primera inscripción.

- No tiene ninguna comunicación con *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* para recibir atención médica o tratamiento o administración de casos solicitado por seis meses a partir de nuestro desarrollo de un plan de tratamiento para usted.

4. Si usted pierde su cobertura de *Medicaid*: ADAP o APIC están disponibles

Si usted pierde su cobertura de *Medicaid*, puede obtener los Programas de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP y ADAP Plus). Estos programas le brindan atención médica y cobertura para medicamentos. Si tiene seguro médico privado, es posible que obtenga ayuda del Programa de Continuación del Seguro de ADAP Plus (*ADAP Plus Insurance Continuation*, APIC). APIC brinda asistencia financiera para el pago de primas de seguros de salud. Para obtener más información, llame al 1-800-542-AIDS (2437).

5. **No importa cuál sea el motivo de su cancelación**, prepararemos un plan de baja que lo ayude a obtener los servicios que necesite.

Apelaciones de acciones

- Existen determinados tratamientos y servicios para los cuales debe obtener autorización antes de recibirlos o a fin de poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Para solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio necesita una **solicitud de autorización para servicio**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. Cualquier decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina acción.

Si no está satisfecho con nuestra decisión acerca de su atención, existen algunos procedimientos que puede realizar.

- **Su proveedor puede solicitar una reconsideración:**
 - Si tomamos una decisión con respecto a su solicitud de autorización de servicios sin consultarlo con su médico, su médico puede pedir hablar con el director médico del plan.
 - El director médico se comunicará con su médico en un plazo de un (1) día hábil.
- **Tiene derecho a presentar una apelación de acción:**
 - Si usted no está satisfecho con la medida que hemos tomado o con nuestra decisión acerca de su solicitud de autorización de servicio, puede presentar una apelación en el plazo de 60 días hábiles a partir de nuestra notificación.
 - Puede hacerlo usted o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre. Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.
 - No lo trataremos de manera diferente ni nos comportaremos incorrectamente con usted por haber presentado una apelación. La apelación puede presentarse telefónicamente o por escrito. Si presenta una apelación telefónicamente, luego debe

hacerlo también por escrito.

■ **Su apelación de acción será revisada por vía rápida en los siguientes casos:**

- Si usted o su médico solicitan que la apelación sea revisada por vía rápida. El médico deberá explicar el motivo por el cual una demora será perjudicial para su salud. Si la solicitud de revisión por vía rápida es rechazada, se lo comunicaremos oportunamente y la apelación será revisada bajo el proceso ordinario de revisión; **o bien,**
- Si su solicitud fue denegada cuando usted pidió continuar con la atención médica que está recibiendo actualmente o necesita extender un servicio que se le ha otorgado.
- Las apelaciones por vía rápida pueden hacerse por teléfono y no es necesario presentarlas también por escrito.

■ **Qué ocurre una vez que recibimos su apelación:**

- En el plazo de 15 días, le enviaremos una carta notificándole que estamos estudiando su apelación.
- Las decisiones con respecto a las apelaciones de acciones por asuntos clínicos serán tomadas por profesionales médicos calificados que no hayan tomado la primera decisión. Asimismo, al menos uno de ellos debe ser un revisor homólogo clínico.
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel superior respecto de quienes trataron la primera decisión.
- Antes y durante la apelación usted o la persona que usted haya designado pueden tener acceso al caso de apelación, lo cual incluye la historia médica o cualquier otro documento que se utilice para tomar una decisión en relación con su caso.
- Además, usted puede presentar información, en persona o por escrito, a fin de que sea utilizada para tomar dicha decisión.
- Le informaremos las razones de nuestra decisión y los fundamentos médicos, si corresponde. Si aún sigue disconforme, se le explicará cualquier otro derecho de apelación que tenga. Usted o una persona de su confianza pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

■ **Plazos para apelaciones de acciones:**

- **Apelaciones ordinarias:** Cuando contemos con toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión **en un plazo de treinta días** a partir de la presentación de su apelación. Se le enviará una notificación por escrito sobre nuestra decisión dentro de un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que tomemos dicha decisión.
- **Apelaciones por vía rápida:** Si contamos con toda la información que necesitamos, las decisiones con respecto a las apelaciones por vía rápida se realizarán en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que usted presentó la apelación. En caso de que necesitemos otro tipo de información, se lo comunicaremos dentro de un plazo de 3 días hábiles a partir del momento en que usted presentó su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión telefónicamente y posteriormente le enviaremos una notificación por escrito.

- Si necesitamos más información para tomar una decisión con respecto a su apelación de

acción, ya sea por vía rápida u ordinaria:

- Nos comunicaremos con usted por escrito para solicitarle el tipo de información que necesitamos. Si su solicitud se encuentra bajo revisión por vía rápida, nos comunicaremos inmediatamente con usted por teléfono y le enviaremos una notificación por escrito en otro momento.
 - Le informaremos la causa por la cual la demora es en función de su propio beneficio.
 - Tomaremos una decisión en un plazo no superior a los 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos la información.
- Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitarnos que empleemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted cuenta con más información para entregarle al plan con el fin de ayudar a que se tome una decisión con respecto a su caso. Puede solicitarlo por escrito o llamando al 1-800-303-9629.
 - Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante el plan en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión de emplear más tiempo para revisar su apelación de acción y también puede presentar un reclamo relacionado con el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.
 - Si su rechazo original fue porque dijimos que el servicio no era médicamente necesario o era experimental o a los fines de investigación y no le informamos nuestra decisión sobre su apelación, el rechazo original en su contra será revertido. Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.
 - **Asistencia para continuar mientras se apela la decisión en relación con su atención:**
 - En algunos casos, usted puede continuar utilizando los servicios mientras espera que se tome una decisión con respecto a su apelación. Puede continuar haciendo uso de los servicios que están programados hasta que estos finalicen o se reduzcan si usted apela o solicita una audiencia imparcial:
 - en un plazo de diez días a partir del momento en que se le comunique que su solicitud ha sido rechazada o que la atención debe cambiar; o
 - a partir de la fecha en que está programado el cambio de servicio.
 - Si su apelación o audiencia imparcial dan como resultado otro rechazo, es posible que usted deba pagar los costos de cualquier otro beneficio que haya seguido recibiendo. La decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial será la que rija.

Apelaciones externas

Si el plan decide denegar la cobertura para un servicio médico solicitado por usted y su médico porque no es médicamente necesario, usted puede presentar una **apelación externa** independiente ante el Estado de Nueva York. Esto se llama apelación externa porque la decisión es tomada por revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el Estado. Estos



revisores son personas calificadas que han sido aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio en cuestión debe formar parte del paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar nada para presentar una apelación externa.

Antes de presentar una apelación ante el Estado:

1. usted debe haber presentado una apelación de acción ante el plan y haber obtenido una decisión final adversa por parte de éste;
2. o bien, si presentó una apelación de acción por vía rápida y no está conforme con la decisión tomada por el plan, puede elegir presentar una apelación de acción ordinaria ante el plan o solicitar directamente una apelación externa;
3. o bien, usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación del plan e ir directamente a una apelación externa.

Para solicitar una apelación externa, usted cuenta con 45 días luego de recibida la decisión final adversa por parte del plan. Si usted y el plan acuerdan omitir el procedimiento de apelación del plan, debe solicitar una apelación externa dentro de un plazo de 45 días a partir del momento en que se realizó dicho acuerdo.

Existe la posibilidad de que apelaciones adicionales al plan de salud estén disponibles, si desea utilizarlas. Sin embargo, si quiere presentar una apelación externa, debe presentar la solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado dentro de los 45 días a partir del día en que el plan le notifique la decisión final adversa o en que usted y el plan acordaron rechazar el proceso de apelación.

Si no presenta la solicitud para dicha apelación a tiempo perderá el derecho de presentar una apelación externa.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del Estado. Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626. Usted y sus médicos tendrán que presentar información sobre su problema médico.

Éstas son algunas de las maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Seguros del Estado al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Seguros del Estado: www.ins.state.ny.us.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-800-303-9626.

Se tomará una decisión con respecto a su apelación externa dentro de un plazo de 30 días. Si el revisor a cargo de la apelación externa pide información adicional tal vez sea necesario más tiempo (hasta 5 días hábiles). Se les comunicará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días hábiles posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico dice que una demora causará un daño serio a su salud. Esto se llama **apelación externa acelerada**. El revisor a cargo de la apelación externa decidirá acerca de una apelación acelerada en tres días o menos. El revisor les informará de

inmediato la decisión a usted y al plan, por teléfono o por fax. Más adelante, recibirá una carta informándole acerca de la decisión tomada.

Usted también puede solicitar una audiencia imparcial si el plan decide rechazar, reducir o finalizar la cobertura de un servicio médico. Puede solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si lo hace, la decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial será la que rija.

Audiencias imparciales

A continuación se enumeran los casos en los que usted puede solicitar al Estado de Nueva York una audiencia imparcial.

- Si no está conforme con una decisión del Departamento Local de Servicios Sociales o del Departamento de Salud del Estado de Nueva York acerca de su permanencia o retiro del plan *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.
- No está conforme con una decisión de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* acerca de la atención que usted recibía. Usted siente que la decisión limita sus beneficios de *Medicaid* o que *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* no adoptó la decisión en un lapso de tiempo razonable.
- No está conforme con una decisión adoptada por *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* denegando la atención médica que usted deseaba.
- Usted considera que la decisión limita sus beneficios de *Medicaid*.
- Si no está conforme porque su médico no ordenó los servicios que usted deseaba.
- Usted siente que la decisión de su médico cancela o limita sus beneficios de *Medicaid*. Debe presentar un reclamo y una apelación ante *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*. Si *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* está de acuerdo con su médico, usted puede solicitar al Estado una audiencia imparcial.
- La decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial será la que rija.

Si los servicios que usted está recibiendo están programados para finalizar, puede elegir continuar utilizando los servicios que su médico ordenó mientras espera que se tome una decisión con respecto a su caso. Sin embargo, si decide solicitar la continuación de dichos servicios, y la decisión final de la audiencia imparcial fue tomada en su contra, es posible que deba pagar los costos por los servicios que recibió mientras esperaba que se tome una decisión en relación con su caso.

Puede solicitar una audiencia imparcial mediante cualquiera de las siguientes vías:

1. Por teléfono: llame gratis al 800-342-3334
2. Por fax: 518-473-6735
3. Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo: Fair Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201

Recuerde que usted puede reclamar en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo su atención de la misma manera en que lo venía haciendo, mientras espera la audiencia imparcial. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Proceso de reclamo

Reclamos:

Esperamos que nuestro plan de salud se adapte a sus necesidades. Si tiene algún problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas pueden ser resueltos de inmediato. Si tiene un problema o controversia con respecto a su atención o servicios, puede presentar un reclamo ante el plan. Aquellos que no se puedan resolver inmediatamente por teléfono, así como cualquier queja que recibamos por correo, serán gestionados según el procedimiento correspondiente que se describe más adelante.

Puede pedirle a alguien de su confianza (tal como un representante legal, un familiar o un amigo) que presente el reclamo por usted. Si tiene algún problema auditivo o de la vista, si necesita servicios de traducción o asistencia para llenar los formularios, podemos ayudarlo. Si presenta algún reclamo, no lo obstaculizaremos ni emprenderemos ninguna acción en su contra.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para solicitar información acerca de su reclamo al 1-800-205-8125 o escribir a: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede comunicarse en cualquier momento con el LDSS para presentar su reclamo. Si su reclamo está relacionado con un problema de facturación, puede comunicarse con el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736.

Cómo presentar un reclamo ante el Plan:

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 de lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.. Si llama después del horario de atención al público, deje un mensaje.

Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. Si necesita más información para poder tomar alguna decisión, con gusto se la brindaremos. También puede enviar su reclamo por escrito.

Deberá enviarlo por correo a:

MetroPlus Health Plan Partnership in Care
160 Water Street 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Servicios al Miembro (Member Services)

Qué pasa después:

Si no resolvemos el problema en forma inmediata por teléfono o una vez recibido su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles, donde le informaremos:

- quién está procesando su reclamo;
- cómo comunicarse con esa persona;
- si necesitamos más información.

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo implica asuntos

clínicos, su caso será analizado por uno o más profesionales médicos calificados.

Después de analizar su reclamo:

- En caso de que una demora pueda poner en riesgo su salud, le informaremos acerca de nuestra decisión en un plazo de 24 horas a partir del momento en que contemos con toda la información que necesitamos para responder a su reclamo. Nos comunicaremos con usted telefónicamente en un plazo no superior a 7 días a partir de la fecha en que recibamos su reclamo para informarle nuestra decisión. Posteriormente, y dentro de un plazo de 3 días hábiles, recibirá una carta en la que también le informaremos acerca de nuestra decisión.
- Si su reclamo trata sobre una remisión o beneficios, le informaremos de nuestra decisión por escrito en un plazo de 15 días.
- Para todos los reclamos, le informaremos acerca de nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que contemos con toda la información que necesitamos para responder a su reclamo. Nos comunicaremos con usted en un plazo no superior a 60 días a partir de la fecha en que recibamos su reclamo. Le informaremos por escrito las razones por las cuales hemos tomado dicha decisión.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión en caso de que no esté satisfecho con ella e incluiremos cualquier tipo de formulario que usted pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión con respecto a su reclamo debido a que no contamos con la información necesaria, le enviaremos una carta para informarle acerca de esta situación.

Usted también puede presentar un reclamo en cualquier momento:

- *llamando al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.*
- *en la Ciudad de Nueva York, llame a New York Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678.*
- *fuera de la Ciudad de Nueva York, llame al Departamento Local de Servicios Sociales*
- *o escriba a NYS Department of Health, Bureau of Certification and Surveillance, Corning Tower, Albany, NY 12237.*

Apelaciones de reclamos:

Si no está de acuerdo con una decisión acerca de su reclamo, usted o una persona de su confianza puede presentar una **apelación de reclamo** ante el plan.

Cómo hacer una apelación de reclamo:

- Si usted no está conforme con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles a partir de nuestra notificación para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a una persona de su confianza que la presente en su nombre.
- La apelación se debe hacer por escrito. Si presenta una apelación telefónicamente, luego debe hacerlo también por escrito.

Qué ocurre una vez que recibimos su apelación de reclamo:

Luego de que recibamos la apelación contra la decisión sobre el reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles, donde le informaremos:

- quién está procesando su apelación;
- cómo comunicarse con esa persona;
- si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas, que trabajan en un nivel superior de nuestro plan respecto de quienes tomaron la primera decisión acerca de su reclamo, serán quienes revisen su apelación de reclamo. Si su apelación implica asuntos clínicos, su caso será analizado por uno o más profesionales médicos calificados (entre los cuales habrá al menos un revisor homólogo clínico) que no hayan estado involucrados en la primera decisión tomada acerca de su reclamo.

Si contamos con toda la información necesaria, le haremos conocer nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles. Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que contemos con toda la información necesaria para resolver la apelación.

Le informaremos las razones de nuestra decisión y los fundamentos médicos, si corresponde. Si aún no está satisfecho, usted o una persona en su nombre pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125. En la Ciudad de Nueva York, deberá llamar a *New York Medicaid CHOICE* al 1-800-505-5678. También puede escribir al *NYS Department of Health, Bureau of Certification and Surveillance, Corning Tower, Albany, NY 12237*.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Sus Derechos

Como miembro del plan de salud *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*, tiene derecho a:

- ser atendido con respeto, sin importar su condición de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad de origen, edad, estado civil u orientación sexual;
- ser informado acerca de dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*.
- recibir informes de su PCP, en un idioma que usted entienda, cuál es su problema, qué se puede hacer por usted y cuál es el resultado probable de lo que se haga;
- obtener una segunda opinión acerca de su atención;
- autorizar cualquier tratamiento o plan para su atención luego de haber recibido una explicación completa acerca del plan;
- negarse a recibir atención y a que le informen qué riesgos corre al hacerlo;
- obtener una copia de su historia médica y tratar lo allí expresado con su PCP y a solicitar, si fuera necesario, que su historia médica se modifique o corrija;
- tener la seguridad de que su historia médica se mantenga bajo reserva y no se comparta con nadie excepto si así lo exige la ley o un contrato, o bien usted lo

autoriza;

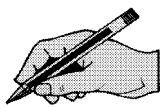
- utilizar el sistema de reclamos de *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan* para resolver cualquier tipo de reclamo, o reclamar ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales cada vez que considere que no recibió un trato justo;
- utilizar el sistema de audiencias imparciales del Estado;
- designar a alguien (pariente, amigo, abogado, etc.) para que lo represente en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo acerca de su atención y tratamiento.
- recibir una atención considerada y respetuosa en un entorno higiénico y seguro sin restricciones innecesarias.

Sus Responsabilidades

Como miembro del plan de salud *Partnership in Care* de *MetroPlus Health Plan*, acepta:

- trabajar junto con su equipo de atención para proteger y mejorar su salud;
- averiguar cómo funciona su sistema de atención médica;
- escuchar los consejos de sus PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas;
- llamar o volver a ver a su PCP si su estado de salud no mejora, o pedir una segunda opinión;
- tratar al personal de atención médica con el mismo respeto con el que espera ser tratado;
- informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica; llamar a Servicios al Miembro;
- acudir a sus citas; si debe cancelarlas, debe llamar tan pronto pueda;
- utilizar la sala de emergencias sólo en caso de verdaderas emergencias;
- llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aún fuera del horario de atención.

Decisiones anticipadas



Puede llegar el momento en que usted no pueda decidir acerca de su propia atención médica. Al planificar por adelantado, usted puede hacer los trámites necesarios para que en el futuro se cumpla lo que usted desee hoy. Primero, informe a sus amigos y a su médico acerca de qué tipos de tratamientos quiere o no recibir. Segundo, usted puede designar a un adulto de confianza para que tome decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y otras personas cercanas para que sepan qué es lo que usted quiere. Tercero, es preferible que deje constancia escrita de lo que quiere. Los documentos que se enumeran a continuación pueden ser de ayuda. No es necesario utilizar los servicios de un abogado, pero es aconsejable que consulte a alguno sobre estas cuestiones. Usted puede cambiar de parecer y, por lo tanto, modificar estos documentos en cualquier momento. Por nuestra parte, lo podemos ayudar a comprender estos documentos o a obtenerlos si aún no los tiene. Estos documentos no afectan su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. Su único fin es permitir que otras personas sepan lo que usted desea en caso de que no pueda hablar por sí mismo.

Poder para la atención de salud: Mediante este documento, usted nombra a otro adulto de confianza (generalmente, un amigo o familiar) para que tome decisiones por usted sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si decide extender este poder, debería hablar con la persona en cuestión para que sepa lo que usted desea.

Resucitación cardiopulmonar y orden de no reanimación: Usted tiene derecho a decidir si desea tratamientos especiales o de emergencia para reanimar el corazón o los pulmones en caso de que su respiración o circulación se detuvieran. Si no desea recibir ningún tratamiento especial, ni siquiera reanimación cardiopulmonar (*Cardiopulmonary Resuscitation*, CPR), debe expresarlo por escrito. Su PCP le proporcionará una orden de no reanimación (*Do Not Resuscitate*, DNR) que se adjuntará a su historia médica. También puede obtener un formulario de DNR o un brazalete para llevar consigo, que le permitirán transmitir sus deseos a cualquier proveedor médico de emergencias.



Números de teléfonos importantes

Su PCP.....	_____
<i>Partnership in Care de MetroPlus Health Plan</i>	
Servicios al Miembro	1-800-303-9626
Revisión de Utilización	1-800-303-9629
Sala de emergencias más próxima	_____
Dpto. de Salud del Estado de N.Y. (Reclamos)	1-800-206-8125
Servicios Sociales del Condado	_____
Información acerca de Atención administrada de <i>Medicaid</i> del Estado de N.Y.	
Ciudad de Nueva York... <i>NY Medicaid CHOICE</i>	1-800-505-5678
Fuera de la Ciudad de Nueva York	1-800-732-9503
Línea directa para el VIH/SIDA del Estado de Nueva York	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Línea directa para el VIH/SIDA (inglés y español) de la Ciudad de Nueva York	1-800-TALK-HIV (8255-448)
ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA)	1-800-542-AIDS (2437)
TDD	Transmitir luego al 1-518-459-0121
(Puede ser de ayuda para obtener medicamentos, atención médica y atención de salud en el hogar si no tiene seguro o si su seguro no cubre lo que necesita)	
<i>Child Health Plus</i>	1-800-698-4KIDS (4543)
-Seguros gratuitos o de bajo costo para niños	
PartNer Assistance Program	1-800-541-AIDS (2437)
-En la Ciudad de Nueva York (CNAP)	
1-212-693-1419	
Administración de Seguro Social	1-800-772-1213
Servicio de Información de Ensayos Clínicos para el SIDA (ACTIS)	1-800-874-2572
Línea directa del Estado de NY para la violencia doméstica	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Pacientes con problemas de audición	1-800-818-0656
Línea de información legal para estadounidenses con incapacidades (ADA)	1-800-514-0301
TDD	1-800-514-0383
Farmacia Local	_____
Otros proveedores de salud:	_____

Sitios web importantes

Partnership in Care de MetroPlus Health Plan

www.MetroPlus.org

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Información sobre el VIH/SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Directorio de recursos para exámenes de VIH

DOHMH de la Ciudad de Nueva York

Información sobre VIH/SIDA del DOHMH de la Ciudad de Nueva York

Estimado miembro de MetroPlus:

Como tantas otras personas, usted quizás se esté preguntando qué pasa con la información personal acerca de su salud obtenida por su plan de salud. Los dos avisos de confidencialidad incluidos en su paquete de bienvenida le informan sobre sus derechos de confidencialidad, la información personal recogida por MetroPlus Health Plan, qué hacemos con esa información, y las medidas que tomamos para conservarla de manera confidencial y segura. El aviso de una página titulado “Aviso de Confidencialidad” le ofrece la información requerida por la Regulación de Seguro 169 de Nueva York. El aviso más extenso titulado “Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad Utilizadas en la Información sobre la Salud” lo informa acerca de nuestra utilización y divulgación de su información médica y sus derechos de acuerdo con la regulación federal de confidencialidad HIPAA (Ley sobre Protección de la Información de la Salud del Paciente).

Nuestro compromiso con la confidencialidad del cliente no es nuevo. Los miembros de MetroPlus nos han confiado su información personal desde nuestros inicios. Valoramos esa confianza y tomamos nuestra responsabilidad de proteger su confidencialidad con seriedad.

Por favor lea cuidadosamente los avisos de confidencialidad. No necesitan contestación alguna. Pero si desea hacernos preguntas, las contestaremos con gusto. Por favor llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (Discado Directo 1-800-881-2812).

Atentamente,
MetroPlus Health Plan

Aviso de Confidencialidad

MetroPlus Health Plan respeta sus derechos a la confidencialidad. Esta aviso describe la forma en que manejamos la información financiera y de salud que no sea pública (“información”) que recibamos acerca de usted, y lo que hacemos para conservarla de manera confidencial y segura tal como lo requiere la Ley de Seguro del Estado de Nueva York (Regulación 169).

Categorías de información que recogemos y podemos divulgar

MetroPlus recoge información acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que usted nos brinda en sus solicitudes y otros formularios o nos da cuando hablamos con usted.
- Información acerca de su trato con nosotros, los proveedores de cuidado de la salud con los que trabajamos y otros.

Qué hacemos con su Información

No divulgamos Información acerca de nuestros miembros y antiguos miembros a nadie, excepto en los casos en que la ley lo permite.

Utilizamos Información tal como lo permite la ley para el cumplimiento de los fines del plan de salud, en casos como los siguientes:

- Para proporcionar los beneficios de cuidado de la salud que usted recibe como miembro de MetroPlus Health Plan; por ejemplo para coordinar los tratamientos que usted necesite y para pagar por los servicios que usted recibe.
- Para comunicarnos con usted con relación a los programas y servicios que están disponibles para usted como miembro de MetroPlus.
- Para administrar nuestra empresa y cumplir con los requerimientos de la ley y las regulaciones.

Cómo protegemos su derecho a la confidencialidad

- Limitamos el acceso a su Información a los empleados y otras personas que la necesitan para dirigir los asuntos de MetroPlus Health Plan o para cumplir con los requerimientos de la ley y de las regulaciones.
- Los empleados están sujetos a disciplina y pueden ser despididos si violan nuestras políticas y procedimientos de confidencialidad.
- También utilizamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento para conservar la Información de manera confidencial y segura de acuerdo con las regulaciones del estado y federales.

Antiguos miembros

Si usted ya no es miembro de MetroPlus Health Plan, su Información se mantendrá protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos aplicables a los actuales miembros.

Usted puede contactarnos en la dirección o el teléfono que aparecen a continuación para:

- Solicitar más información acerca de nuestras políticas y prácticas de confidencialidad.
- Presentarnos una queja relativa a la confidencialidad.
- Solicitar (por escrito) el examen de la Información acerca de usted que conservamos en nuestros registros.

**Servicios al Miembro, MetroPlus Health Plan, 160 Water Street, 3rd Floor, New York, NY 10038.
Teléfono 1-800-303-9626 (Discado Directo 1-800-881-2812)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN
MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACEDER A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO DETENIDAMENTE.**

**MetroPlus Health Plan
Aviso sobre las prácticas de confidencialidad utilizadas en
información sobre la salud**

Vigente a partir del 14 de abril de 2003

I. Nuestro deber legal

MetroPlus está obligado por ley a proteger la confidencialidad de toda información sobre la salud que refleje su identidad. MetroPlus también debe entregarle este aviso para informarle acerca de nuestros deberes legales y prácticas de confidencialidad, es decir, de qué manera MetroPlus puede utilizar y dar a otros (“divulgar”) su información protegida sobre la salud (“IPS”). MetroPlus tiene el deber legal de respetar las prácticas descritas en nuestro aviso de confidencialidad actual.

II. Maneras en las que podemos utilizar y divulgar información sobre su salud

A. MetroPlus DEBE divulgar su IPS:

- a usted o quien tenga el derecho legal de actuar por usted (su representante personal);
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, si es necesario, para asegurar que su intimidad quede protegida;
- según lo exija la ley.

No es necesario recibir su consentimiento por escrito para efectuar estas divulgaciones. Algunos ejemplos de divulgaciones que pueden ser requeridas por ley incluyen: (a) divulgaciones a organismos del gobierno tal como lo requieran las leyes de Nueva York que regulan a las organizaciones de servicios de mantenimiento de la salud; (b) información presentada a funcionarios de salud pública relacionada con abuso infantil, violencia doméstica, nacimientos, muertes y diversas enfermedades; (c) contestaciones a órdenes judiciales o a citaciones emitidas por un gran jurado o tribunal administrativo; (d) divulgaciones que sean necesarias para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores.

B. MetroPlus PUEDE utilizar y divulgar su IPS para los fines que se describen a continuación.

De acuerdo con las leyes de Nueva York, se necesita su consentimiento para determinadas divulgaciones, excepto en la medida en que tales divulgaciones sean hechas al Departamento de Salud para que garantice o controle la calidad, o sean requeridas por ley de alguna otra manera. Generalmente, el consentimiento requerido está contenido en los formularios de solicitud y renovación de inscripciones. Al efectuar divulgaciones con estos fines, MetroPlus también debe respetar las leyes federales, estatales y locales que proporcionan protección especial a la confidencialidad de la información sobre la salud relativa al VIH, la salud mental y el tratamiento para la dependencia de sustancias químicas.

1. Tratamiento: Podemos utilizar su IPS y divulgarla a proveedores de cuidado de salud tal como resulte necesario para que usted obtenga el cuidado de salud que necesita. Por ejemplo, un administrador de cuidado de enfermería de MetroPlus puede ayudarlo a obtener los servicios especiales o el equipamiento médico que su médico prescriba. En ese caso, el administrador de cuidado puede necesitar discutir su afección y necesidades específicas con los proveedores para asegurar que usted obtenga los servicios o equipamientos adecuados cuando los necesite. También damos a nuestros administradores de beneficios farmacéuticos y dentales una cantidad limitada de IPS que necesitan para proporcionar beneficios a los miembros.

2. Pagos: MetroPlus utiliza y divulga IPS para pagar por los servicios cubiertos por su plan de salud. Por ejemplo, los proveedores de cuidado de salud que lo tratan nos facturan por sus servicios e incluyen IPS en sus facturas. MetroPlus utiliza esta información para determinar si los servicios están cubiertos por el plan y cuánto debe pagar MetroPlus. También podemos examinar los registros médicos de su médico u hospital para decidir si los servicios son clínicamente necesarios o para verificar una afección médica de emergencia. Además, MetroPlus puede divulgar su IPS a los proveedores o sus encargados de facturación en la aclaración del pago del plan y en la resolución de disputas relacionadas con el pago.

MetroPlus también puede utilizar y divulgar su IPS según sea necesario para cobrar por lo que hacemos. Por ejemplo, el estado de Nueva York le paga a MetroPlus por administrar los beneficios del plan de salud para los afiliados a los programas Medicaid Managed Care, Family Health Plus y Child Health Plus. MetroPlus divulga una cantidad limitada de IPS al facturar al estado y puede divulgar la IPS que sea necesaria para resolver los desacuerdos relacionados con el pago. También, a efectos de recibir los pagos del estado, MetroPlus debe cumplir con sus responsabilidades de acuerdo con nuestros contratos con el estado y con la ciudad de Nueva York. Estas responsabilidades incluyen la presentación de IPS tal como lo requiera el estado y la ciudad para que lleven adelante el control y administración de estos programas. Para tomar otro ejemplo, MetroPlus puede utilizar o divulgar su IPS para obtener los pagos que correspondan de acuerdo con un contrato de reaseguro.

3. Actividades de Cuidado de Salud: MetroPlus puede utilizar y divulgar IPS cuando sea necesario para asegurar que usted reciba cuidado de salud de calidad y servicios del plan de salud. Estas actividades pueden ser realizadas por nuestros empleados o por socios contratados por MetroPlus. A continuación damos algunos ejemplos.

Con el fin de prestar servicios al cliente, podemos utilizar su IPS y divulgarla a los proveedores contratados o socios comerciales. Por ejemplo, para investigar y resolver una queja o un problema que nos sea presentado, nuestro personal puede necesitar discutir la situación, incluso parte de su IPS, con personal tanto interno como ajeno a MetroPlus. Para tomar otro ejemplo, MetroPlus da una cantidad limitada de información de contacto y cobertura del afiliado a la compañía que opera nuestra línea directa fuera del horario normal de atención, para que sus representantes puedan conectarlo telefónicamente con los proveedores de cuidado de salud.

MetroPlus puede utilizar y divulgar IPS acerca de usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole una carta) para recordarle acerca de una cita para un tratamiento o de que ha llegado el momento de programar una cita para un chequeo médico regular o para vacunarse, o bien para dar información acerca de tratamientos alternativos (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Se puede utilizar y divulgar su IPS para mantener la calidad en la administración. Esto incluye la evaluación del desempeño de nuestros empleados, proveedores contratados y socios comerciales, así como el control y mejoramiento de la calidad de los programas, la información y los procesos comerciales del plan. Para dar un ejemplo, sus registros médicos pueden ser examinados por nuestro personal encargado de la calidad de la administración o por inspectores de enfermería contratados para evaluar la calidad del cuidado proporcionado a usted y a todos los miembros del plan.

Otros ejemplos de actividades de MetroPlus que forman parte del funcionamiento del plan de salud y pueden suponer la utilización y divulgación de su IPS son las presentaciones de tasas de primas y otras actividades propias de la contratación para proveer cobertura de salud; auditorías financieras; planificación y desarrollos comerciales; inspección de licenciamiento, certificación y acreditación; inspecciones de cumplimiento de reglas internas; obtención de servicios legales y manejo de asuntos legales, y; prevención y detección de fraudes.

4. Actividades de supervisión de la salud por parte de organismos del gobierno autorizadas por ley. Por ejemplo, proporcionaremos información para ayudar al gobierno a llevar adelante una investigación o inspección de un proveedor de cuidado de salud.
5. Actividades de organismos de salud pública autorizadas por ley. Por ejemplo, proporcionamos información para prestar asistencia al Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York para mantener su registro de vacunación infantil.
6. Divulgación para prevenir una amenaza seria e inminente a la salud y seguridad suyas o de terceros, a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
7. A los fines de cumplimiento de la ley, como cuando es requerido por una orden judicial de arresto o para denunciar una acción delictiva cometida en el plan de salud.
8. Funciones especializadas del gobierno autorizadas por ley. Si usted es un miembro o veterano de las fuerzas armadas, podemos divulgar IPS acerca de usted tal como lo requieran las autoridades militares. También podemos revelar IPS a los funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional. Además, podemos revelar IPS de reclusos a las instituciones correccionales bajo circunstancias limitadas.

III. Se requiere su autorización para otros usos y divulgaciones

Por ley, MetroPlus debe obtener su permiso por escrito (una “autorización”) para utilizar o divulgar su IPS para todo fin que no esté incluido en alguna de las categorías de usos y divulgaciones descritas en este aviso. Usted puede cancelar (“revocar”) su autorización en cualquier momento escribiendo una carta al encargado de confidencialidad (*Privacy Officer*) de MetroPlus. Su carta tendrá vigencia a partir de la fecha en que sea recibida por MetroPlus pero no podemos cancelar divulgaciones ya efectuadas.

IV. Otros de sus derechos de confidencialidad de la información sobre la salud

- A. Derecho a ver y obtener una copia de su IPS. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de la información sobre su salud que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de su persona. Las solicitudes deben ser enviadas por escrito al encargado de confidencialidad de MetroPlus. Si no tenemos su IPS pero conocemos quién la tiene, le diremos a quién debe dirigirse para solicitarla. Le responderemos dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud por escrito. En algunas situaciones, podemos rechazar su solicitud, en cuyo caso le informaremos por escrito acerca de las razones para la negativa y acerca de su derecho a que tal decisión sea revisada.

Tal como lo autoriza la ley, le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que solicite. En lugar de proporcionarle la IPS que usted solicitó, le podemos dar un resumen o una explicación de la IPS, siempre que usted esté de acuerdo con ello y con el costo de antemano.

- B. Derecho a que se corrija o actualice (“enmiende”) su IPS si usted cree que contiene algún error o que falta información importante y nosotros estamos de acuerdo. Usted debe enviar por escrito una solicitud y las razones que la motivan al encargado de confidencialidad de MetroPlus. Le responderemos dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si no podemos procesarla en ese período, podemos extender el plazo por no más de 30 días adicionales. Si necesitamos extender el plazo, le informaremos acerca de la fecha para la cual habremos procesado su solicitud. Si aprobamos su solicitud, haremos el cambio en su IPS que sea necesario y se lo comunicaremos. Si sabemos o usted nos informa que alguna otra persona ha recibido la IPS que acordamos enmendar, también le comunicaremos la corrección a esa persona.

Podemos denegar su solicitud si no está hecha por escrito o si no incluye una razón que la sustente.

Además, podemos denegarla si:

- la información no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la corrección;
- la información no está en los registros que usted tiene derecho a ver o copiar;
- la ley nos prohíbe la divulgación de la IPS;
- la IPS es correcta u está completa.

Nuestra negativa por escrito expondrá las razones que la motivan e informará acerca de su derecho a presentar por escrito una declaración de desacuerdo. Si usted no la presenta, tiene el derecho de pedir que su carta de solicitud y nuestra negativa se adjunten a toda futura divulgación de la IPS.

- C. Derecho a obtener un listado (una “rendición de cuentas”) de las divulgaciones que hemos hecho de IPS acerca de usted. La lista no incluirá los casos en que su IPS fue entregada directamente a usted, a su representante personal o a terceros con su autorización. La lista tampoco incluirá divulgaciones hechas para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o cuidados de salud, o para fines de seguridad nacional, a personal correccional o policial, ni contendrá aquellas divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Para obtener una rendición de cuentas de las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al encargado de confidencialidad de MetroPlus. Su solicitud debe tener en cuenta un período de tiempo no mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Si es posible, procesaremos su solicitud dentro de los 60 días. Si necesitamos más tiempo, podemos tomarnos hasta 30 días más. La primera lista que usted solicite en un período de 12 meses será gratuita. Tenemos derecho a cobrarle el costo de proporcionarle más listas dentro de los 12 meses de entregada una gratuita. Le comunicaremos el costo y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud antes de incurrir más gastos.

- D. Derecho a solicitar que MetroPlus restrinja o limite la forma de utilización o divulgación de IPS acerca de usted para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o cuidado de salud. Consideraremos su solicitud, pero por ley no estamos obligados a aceptarla. En caso de que la aceptemos, obraremos de acuerdo con su solicitud, a menos que algún proveedor necesite la información para proporcionarle un tratamiento de emergencia o que una divulgación sea requerida por ley.

Para solicitar una restricción, escriba al encargado de confidencialidad de MetroPlus. Su solicitud debe comunicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar que nosotros la utilicemos, divulguemos o ambas cosas; (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones, por ejemplo, a su cónyuge, padre o madre.

- E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene el derecho de pedirnos que le comuniquemos IPS de una forma determinada o a un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que lo contactemos telefónicamente sólo al teléfono de su trabajo o sólo por correo a una dirección determinada. Accederemos a toda solicitud razonable con la que podamos cumplir. Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TDD 1-800-881-2812).
- F. Derecho a obtener una copia en papel de este aviso. Usted puede obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento llamando a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TDD 1800-881-2812).

V. Cambios a las prácticas de confidencialidad y a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento nuestras prácticas de confidencialidad y este aviso de acuerdo con la ley. Estos cambios se aplicarán a toda información que conservemos acerca de usted. Si realizamos algún cambio significativo, le enviaremos un nuevo aviso por correo antes de que el cambio entre en vigencia.

VI. Quejas

Si usted piensa que MetroPlus ha violado sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja a nuestro encargado de confidencialidad en la dirección o el número de teléfono que aparecen más abajo, o puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TDD 1-800-881-2812). También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No iniciaremos ninguna acción en su contra por haber presentado una queja.

VII. Información de contacto correspondiente al encargado de confidencialidad

Si tiene preguntas acerca de nuestras prácticas de confidencialidad o si desea presentar una queja o ejercer los derechos descritos anteriormente en la sección IV, puntos A, B, C y D, comuníquese con el encargado de confidencialidad de MetroPlus:

MetroPlus Privacy Officer
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Teléfono: (212) 908-8600 Fax: (212) 908-8620
Correo electrónico: MetroPlusPrivacyOfficer@nychhc.org

ANDY SAMPLE
255 Riverside Place
255 Riverside Place
Alplaus, NO 99999