

ESTADO DE NUEVA YORK ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID MANUAL DEL MIEMBRO

Revisado en noviembre de 2018

Manual del miembro del programa de Atención Administrada de Medicaid

“If you do not speak English, call us at 1-800-303-9626. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can communicate with you in your language.”

Español: **Si usted no habla inglés**, llámenos al 1-800-303-9626. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Francés: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 1-800-303-9626. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Criollo haitiano: **Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 1-800-303-9626. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.”

Italiano: **"Se non parli inglese** chiamaci al 1-800-303-9626. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.”

Ruso: **«Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 1-800-303-9626. У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Chino (PRC): **如果您不会讲英语**, 请拨打会员服务号码 1-800-303-9626 与我们联系。我们提供各种口译服务, 可以用您的语言帮助回答您的问题。此外, 我们还可以帮您寻找能够用您的语言与您交流的医疗护理提供方。

Chino (Taiwán): **如果您無法使用英語交談**, 請以下列電話號碼與我們聯繫: 1-800-303-9626。我們會使用口譯服務以您的語言來協助回答您的問題。我們也可以協助您找到能夠使用您母語溝通的健康照護提供者。

AQUÍ ES DONDE ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE DESEA

BIENVENIDO al Programa de Atención Administrada de MetroPlus Health Plan	1
Cómo Funciona La Atención Administrada	1
Cómo Usar Este Manual	2
Ayuda De Servicios Al Miembro.....	2
Tarjeta De Identificación Del Plan De Salud.....	3
PARTE I Lo Primero Que Debe Saber	5
Cómo Elegir A Su Proveedor De Atención Primaria (PCP).....	5
Cómo Obtener Atención Médica Habitual.....	7
Cómo Obtener Atención De Especialistas Y Remisiones.....	8
Obtenga Estos Servicios De Nuestro Plan <i>Sin</i> Una Remisión	9
Emergencias	12
Atención De Urgencia.....	13
Atención Fuera De Los Estados Unidos	14
Queremos Que Se Mantenga Saludable.....	14
PARTE II Sus Beneficios Y Los Procedimientos Del Plan	15
Beneficios.....	15
Servicios Proporcionados Por El MetroPlus Health Plan	15
Beneficios que puede obtener de MetroPlus <i>O</i> con la tarjeta de Medicaid	22
Beneficios con su Tarjeta De Medicaid únicamente.....	23
Servicios que NO están cubiertos:	24
Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.....	24
Cómo se les paga a los proveedores.....	29
Usted puede ayudar con las políticas del plan	30
Información de Servicios al Miembro.....	30
Manténganos informado.....	31
Desafiliaciones Y Transferencias.....	31
1. Si USTED desea dejar el plan	31
2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para la Atención Administrada de Medicaid	32
3. Podemos pedirle que abandone el MetroPlus Health Plan.....	33
Apelaciones al Plan	33
Apelaciones externas	37
Audiencias Imparciales	39
Proceso de reclamos	41
Cómo presentar un reclamo ante el plan.....	41
Qué sucede luego	42
Apelaciones de reclamos.....	42
Sus Derechos Y Responsabilidades Como Miembro.....	43
Directivas anticipadas	44
Números de teléfono importantes	46

Manual del miembro del programa de Atención Administrada de Medicaid

BIENVENIDO al Programa de Atención Administrada de MetroPlus Health Plan

Nos complace que se haya inscrito en el MetroPlus Health Plan. Este manual será su guía para toda la gama de servicios de atención médica disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro. Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en el transcurso de las próximas dos o tres semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o recibir ayuda para concertar citas. Sin embargo, si desea hablar con nosotros antes de que lo llamemos, simplemente llámenos al 1-800-303-9626.

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Seguramente habrá oído hablar de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud a través de atención administrada que ofrece un hogar central para su atención. Si usted recibe servicios de salud conductual presentando su tarjeta de Medicaid, es posible que ahora tales servicios estén disponibles a través de MetroPlus.
- 1. MetroPlus tiene un contrato con el Departamento de Salud para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, seleccionamos un grupo de proveedores de atención médica que nos ayuda a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Podrá acceder a un listado de estos profesionales en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al 1-800-303-9626 para obtener una copia o visite nuestro sitio web en www.metroplus.org.
- Cuando usted se inscribe en MetroPlus, uno de nuestros proveedores se ocupará de su atención. La mayoría de las veces, esa persona será su Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Si necesita realizarse una prueba, consultar a un especialista o ingresar al hospital, su PCP hará los arreglos pertinentes.
- Su PCP está disponible para usted todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o durante los fines de semana, déjele un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted puede consultar directamente a determinados médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 8 para obtener más información.
- Puede estar restringido a ciertos proveedores del plan si usted ha sido identificado como un destinatario restringido. A continuación hay ejemplos de cómo pueden restringirlo:
 - recibe atención de varios médicos para el mismo problema.
 - recibe atención médica con más frecuencia de la necesaria.
 - usa medicamentos recetados de una manera que puede resultar peligrosa para su salud.
 - permite a otra persona que no sea usted usar su tarjeta de identificación del plan

Confidencialidad

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

CÓMO USAR ESTE MANUAL

Este manual le ayudará cuando se inscriba en el plan de atención administrada. Le permitirá conocer cómo funcionará el nuevo sistema de atención médica y cómo aprovechar al máximo el MetroPlus Health Plan. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le informa los pasos a seguir para que el plan le sea de utilidad.

Las primeras páginas le indican lo que necesita saber **ahora** mismo. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o léalo de a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o llame al Departamento de Servicios al Miembro. También puede llamar al personal de Atención Administrada de su Departamento de Servicios Sociales local.

Si usted vive en el **Bronx, Kings, Nueva York, Richmond o Queens**, también puede llamar a la línea de ayuda de New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678.

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Servicios al Miembro está disponible para ayudarle:

De lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

llame al número gratuito: 1-800-303-9626

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

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

Si necesita ayuda médica fuera del horario de atención, los fines de semana o feriados, llame gratuitamente a la Línea Directa de Atención Médica las 24 Horas de MetroPlus al **1-800-442-2560**.

Si sufre una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita al 1-855-371-9228.

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

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

- Si usted está o queda embarazada, su hijo(a) pasará a ser parte del MetroPlus Health Plan el mismo día en el que nazca. Esto sucederá a menos que su hijo(a) recién nacido se encuentre dentro de un grupo que no pueda unirse a la atención administrada. Usted debería comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y dejarnos ayudarlo a escoger un médico para su **bebé recién nacido** antes de que nazca.

- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarlo de la mejor manera. Es un excelente momento para que formule preguntas y se reúna con otros miembros. Si le gustaría asistir a alguna de estas sesiones, llámenos para buscar un horario y un lugar que le resulten convenientes.

- **Si usted no habla inglés**, podemos ayudarlo. Queremos que sepa cómo utilizar su plan de atención médica, independientemente de su idioma. Simplemente llámenos, y encontraremos la manera de comunicarnos con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que puede ayudarlo. También le ayudaremos a encontrar un PCP (Proveedor de Atención Primaria) que le hable en su idioma.

- **Para personas con discapacidades:** Si utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular dispone de acceso para sillas de ruedas o si cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios, tales como:
 - Máquina TTY (nuestro número de teléfono de TTY es 711).
 - Información en letra grande
 - Administración de Casos
 - Ayuda para concertar citas y asistir a ellas
 - Nombres y direcciones de los proveedores especializados en su discapacidad

 - **Si usted o su hijo(a) recibe atención en el hogar actualmente**, es posible que su enfermero o asistente no sepan que usted se inscribió en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención en el hogar no se termine en forma inesperada.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una Carta de Bienvenida. Su tarjeta de identificación como miembro de MetroPlus debe llegarle dentro de los 14 días a partir de la fecha de inscripción. La tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su PCP (Proveedor de Atención Primaria).

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

También tiene el Número de Identificación de Cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si hay algún dato incorrecto en su tarjeta de identificación de MetroPlus, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tenga Medicaid o que MetroPlus sea un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que acuda a recibir atención. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, su Carta de Bienvenida sirve como prueba de que usted es un miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará la tarjeta para obtener servicios que MetroPlus no cubre.

PARTE I LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Quizá ya haya elegido a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que sea su médico regular. Esta persona podría ser un médico o un enfermero especializado. **Si aún no ha elegido a un PCP para usted o su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige a un médico dentro de los 30 días, elegiremos a uno por usted.
- Cada familiar puede tener un PCP distinto, o usted puede escoger a un PCP para que se ocupe de toda la familia. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de práctica familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. Servicios al Miembro puede ayudarle a escoger a un PCP. Servicios al Miembro (1-800-303-9626) puede verificar si usted ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir a un PCP.
- Puede acceder al Directorio de Proveedores en línea en www.metroplus.org. El Directorio de Proveedores enumera todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con MetroPlus. Incluye la dirección, el teléfono y la especialidad de los médicos. El directorio de proveedores indicará los médicos y proveedores que aceptan nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para confirmar que acepten nuevos pacientes cuando elija a un PCP. También puede solicitar una copia del Directorio de Proveedores del Condado donde vive o del Condado donde desea consultar a un proveedor en el sitio web de MetroPlus en www.metroplus.org o llamando a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Es posible que esté buscando un médico que:

- ya ha consultado anteriormente,
 - comprenda sus problemas de salud,
 - acepte nuevos pacientes,
 - pueda hablar con usted en su idioma, o
 - sea de fácil acceso.
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros obstetras o ginecólogos para la atención médica de la mujer.
Las mujeres no necesitan la remisión de un PCP para ver a un obstetra o ginecólogo del plan. Las mujeres pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), atención de seguimiento si corresponde, y atención de rutina durante el embarazo.
 - También hemos celebrado un contrato con FQHC (Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean recibir su atención en los FQHC debido a la larga trayectoria de los centros en la zona. Es posible que usted desee recibir atención en estos centros porque son de fácil acceso. Debe saber que tiene una opción. Usted puede escoger a uno de los proveedores indicados en nuestro directorio. O puede inscribirse con un médico de atención primaria en

uno de los FQHC con los que trabajamos, que se enumeran a continuación. Simplemente llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para obtener ayuda.

En las páginas 11 a 13 del Directorio de Proveedores puede obtener un listado de los FQHC disponibles.

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores del MetroPlus Health Plan. Existen cuatro casos en los que aún puede **consultar a otro proveedor que lo atendía antes de inscribirse en el MetroPlus Health Plan**. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlus. Puede continuar consultando a su médico cuando:
 - Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se inscribe en MetroPlus y ya recibe atención prenatal. En ese caso, puede conservar su proveedor hasta después del parto durante la atención posparto.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlus, tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida o una afección que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar conservar su proveedor por un período de hasta 60 días.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlus, recibe tratamiento por una afección de salud conductual. En ese caso, puede solicitar conservar su proveedor durante el tratamiento por un máximo de 2 años.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlus, Medicaid común pagó por su atención en el hogar, y usted necesita seguir recibiendo atención por al menos 120 días. En ese caso, puede conservar la misma agencia, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención en el hogar durante al menos 90 días.
 - MetroPlus debe informarle acerca de cualquier cambio en su atención en el hogar antes de que los cambios entren en vigor.
- Si usted padece una enfermedad de larga duración, como VIH/SIDA, u otros problemas de salud de largo plazo, usted puede **elegir a un especialista para que actúe como su PCP**. Usted o su proveedor puede llamar a Servicios al Miembro con esta solicitud, la cual será revisada y aprobada según el caso.
 - De ser necesario, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días después de la primera cita con su PCP. Una vez transcurrido este plazo, puede cambiar una vez cada seis meses sin causa, o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra o ginecólogo, o un especialista a quien su PCP lo haya remitido.
 - Si su **proveedor abandona el MetroPlus Health Plan**, le informaremos dentro de los 15 días desde el momento en que tomemos conocimiento de ello. Si lo desea, puede consultar a tal proveedor **cuando** curse más de tres meses de embarazo o si recibe tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico hasta por 60 días después del parto. Si consulta a un médico en forma regular por una afección continua, puede continuar con su tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su proveedor debe aceptar trabajar con el plan durante este tiempo.

Si alguna de estas condiciones se aplica a usted, consulte con su PCP o llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR

MetroPlus quiere satisfacer todas sus necesidades de salud. Si usted padece varios problemas de salud, usted puede beneficiarse por Administración de la Atención de Salud en el Hogar para ayudar a coordinar todos sus servicios de salud.

Un Administrador de Atención de Salud en el Hogar puede:

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

Para conocer más sobre Hogares de Salud, comuníquese con Servicios al Miembro llamando al 1-800-303-9626.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL

- La atención médica regular significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para que usted esté bien, darle consejos cuando los necesite y derivarlo al hospital o especialistas cuando los necesite. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para que usted esté bien o para ver que reciba la atención que usted necesita.
- Ya sea de día o de noche, tan solo debe hacer un llamado para comunicarse con su PCP. Asegúrese de llamarlo(a) cuando tenga una pregunta o inquietud acerca de su salud. Si llama después del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.
- Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que usted recibe deben ser necesarios:
 1. para prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría provocar más sufrimiento, o
 2. para tratar alguna afección que ponga en riesgo su vida; o
 3. para tratar algún problema que podría producir una enfermedad; o
 4. para tratar alguna afección que podría limitar sus actividades habituales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede concurrir a la cita, llame al PCP para informarle.

- Tan pronto haya elegido a un PCP, llámelo para coordinar la primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda decirle sobre su historial médico. Haga un listado de sus antecedentes médicos, los problemas que tenga en ese momento, los medicamentos que toma y las preguntas que desee realizarle a su PCP. En la mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de los primeros tres meses desde que se inscribió en el plan.
- **Si necesita recibir atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Su PCP le dará una cita previa. No obstante, deberá mantener su primera cita para analizar su historial médico y realizar preguntas.
- Utilice la siguiente lista como **guía de cita para conocer nuestros límites sobre cuánto tiempo deberá esperar después de su solicitud de una cita**:
 - exámenes físicos inicial y de rutina para adultos: dentro de las 12 semanas
 - atención de urgencias: dentro de las 24 horas
 - visitas por enfermedad sin carácter de urgencia: dentro de los 3 días
 - atención de rutina, preventiva: dentro de las 4 semanas
 - primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1.º trimestre (2 semanas durante el 2.º trimestre, 1 semana durante el 3.º trimestre)
 - primera visita del recién nacido: dentro de las 2 semanas tras el alta del hospital
 - primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
 - visita de seguimiento después de una emergencia de salud mental/por abuso de sustancias o una visita como paciente hospitalizado: 5 días
 - visita de salud mental sin carácter de urgencia o por abuso de sustancias: 2 semanas.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES

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

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

- Para obtener la remisión, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda la información, tomaremos una decisión dentro de los 1 a 3 días hábiles respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Sin embargo, nunca demoraremos más de 14 días desde la fecha de su solicitud para tomar dicha decisión. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el término de 1 a 3 días hábiles. Si desea información acerca del estado de su solicitud, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.
 - En ocasiones, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red debido a que existe un proveedor en MetroPlus que puede ofrecerle tratamiento. Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarlo, usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una Apelación del Plan. Consulte la página 36 para obtener información sobre el proceso.
 - A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico cuando usted solicita atención que no difiere mucho de la que podría obtener de un proveedor de MetroPlus. Usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red para el tratamiento que usted desea es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una Apelación del Plan. Consulte la página 36 para obtener información sobre el proceso.
- Si usted necesita ver a un especialista por atención continua, su PCP puede remitirlo para una cantidad determinada de visitas o por un período de tiempo (una **remisión permanente**). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención.
- *Si tiene una enfermedad a largo plazo o incapacitante* que empeora con el transcurso del tiempo, su PCP podrá coordinar lo siguiente:
 - que el especialista actúe como su PCP; o
 - una remisión a un centro de atención especializado que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.

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

OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UNA REMISIÓN

Atención de salud para la mujer

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

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

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

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento acerca del control de la natalidad, recetas para el control de la natalidad, preservativos masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante sus visitas por alguno de estos motivos, también puede realizarse pruebas para las infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.
- *No necesita una remisión* de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde desea recibir estos servicios. Puede *utilizar su tarjeta de identificación de MetroPlus* para consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. Para recibir ayuda para buscar un proveedor, consulte el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios al Miembro.
- También puede *utilizar su tarjeta de Medicaid* si desea consultar a un médico o clínica fuera de nuestro plan. Solicite a su PCP o llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para obtener un listado de los lugares donde puede ir para obtener estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy (Crecer Saludable) del estado de Nueva York (1-800-522-5006) para solicitar los nombres de proveedores de planificación familiar en su zona.

Examen de detección del VIH e ITS

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

- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que acude a una visita en el consultorio o una clínica.
- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que recibe servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Simplemente programe una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede realizárselo o coordinarlo.
- O bien, si no preferiría consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlus, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera del MetroPlus Health Plan. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de servicios de

planificación familiar del plan o de Medicaid, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

- Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Si desea someterse a una prueba del VIH gratuita o a una prueba donde su nombre no figure, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

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

Atención oftalmológica

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico, e incluyen un examen ocular y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, usted puede obtener estos servicios una vez cada dos años, o con más frecuencia cuando es médicamente necesario. Los afiliados que tengan un diagnóstico de diabetes pueden consultar directamente para recibir un examen de pupilas dilatadas (de la retina) una vez en cualquier período de 12 meses. Simplemente elija a uno de nuestros proveedores participantes.

Normalmente se brindan anteojos nuevos, con armazones aprobados por Medicaid, una vez cada dos años. Pueden encargarse lentes nuevas más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si sus anteojos se rompen, se pueden reparar. Los anteojos que se pierdan o los que se rompan y no se puedan reparar, se reemplazarán con la misma receta médica y estilo de armazones. Si necesita consultar a un especialista de la vista para recibir atención por una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá.

Salud conductual – (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener los servicios de salud mental y por consumo de drogas o alcohol que pueda necesitar. Si en cualquier momento usted considera que necesita ayuda de salud mental o por consumo de sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual que acepte Medicaid para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como aquellos que brinda una clínica o de desintoxicación. No necesita una remisión de su PCP.

Dejar de fumar

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

Examen de detección de depresión materna

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

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

embarazo y hasta un año después del parto.

Servicios de Reducción de Daños

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

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

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

Emergencias

Las emergencias siempre están cubiertas.

Una emergencia significa una afección médica o trastorno de conducta:

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

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

Algunos ejemplos de emergencias son:

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

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

Situaciones que no son emergencias también pueden ser problemas familiares, una separación, o Servicios al Miembro 1-800-303-9626 TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Es posible que parezcan una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias.

Si tiene una emergencia, haga lo siguiente:

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

1. Si no está seguro, llame a su PCP o a MetroPlus.

Dígale lo que sucede a la persona que lo atienda. Su PCP o representante de Servicios al Miembro:

- le dirá lo que debe hacer en su hogar,
 - le dirá que se presente en el consultorio del PCP, o
 - le dirá que acuda a la sala de emergencias más cercana.
- Si se encuentra **fuera del área** cuando tiene una emergencia:
- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde:

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

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

Si tiene preguntas, comuníquese con su PCP o con MetroPlus al 1-800-303-9626.

Atención de urgencia

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

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

Puede programar una cita para una visita de atención de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Ya sea que se encuentre en su casa o no, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no logra comunicarse con su PCP, llámenos al 1-800-303-9626. Explique lo que sucede a la persona que lo atienda. Le dirá lo que debe hacer.

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

Atención fuera de los Estados Unidos

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

QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE

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

- Clases para usted y para su familia
- Clases para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo por duelo o pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para la diabetes y capacitación para el autocontrol
- Asesoramiento para el asma y capacitación para el autocontrol
- Pruebas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección de las IST
- Servicios de violencia doméstica

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 o visite nuestro sitio web en www.metroplus.org para obtener más información y para acceder a un listado de las próximas clases.

PARTE II SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

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

BENEFICIOS

La Atención Administrada de Medicaid brindan una cantidad de servicios que usted recibe además de aquellos que obtiene con Medicaid común. MetroPlus le brindará o coordinará la mayoría de los servicios que usted necesitará. Sin embargo, hay unos pocos servicios que usted puede recibir sin recurrir a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar; pruebas/asesoría sobre VIH y servicios específicos a los que puede consultar directamente, inclusive aquellos que puede obtener dentro de MetroPlus y algunos que puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios que se mencionan a continuación.

SERVICIOS PROPORCIONADOS POR EL MetroPlus Health Plan

Usted debe obtener estos servicios de los proveedores del MetroPlus Health Plan. Todos los servicios deben ser médicamente o clínicamente necesarios y brindados o remitidos por su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios que se mencionan a continuación.

Atención médica habitual

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

Atención preventiva

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

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

- educación sobre el VIH y disminución del riesgo

Atención de maternidad

- atención durante el embarazo
- servicios de médicos, parteras y hospitales
- atención del recién nacido
- examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Atención médica en el hogar

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

Atención Personal/Atención en el Hogar/ Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor (CDPAS)

1. Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlus
 - Cuidado personal y asistente en el hogar – ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, así como también con la preparación de las comidas y las tareas domésticas.
 - CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, la preparación de las comidas y las tareas domésticas, además de la asistencia de salud en el hogar y las tareas de enfermería. Usted elige y dirige al asistente que brinda estos servicios.
 - Si desea más información, póngase en contacto con MetroPlus al 1-800-303-9626

Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS)

1. Es un aparato que usted lleva si tiene una emergencia y necesita ayuda.
2. Para reunir los requisitos para recibir este servicio, debe recibir servicios de cuidado personal/asistente en el hogar o servicios CDPAS.

Servicios de atención médica diurna para adultos

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

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

Servicios de atención médica diurna para adultos con SIDA

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

Terapia para la tuberculosis

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

Cuidados paliativos

- La atención de cuidados paliativos ayuda a los pacientes y a sus familias a abordar sus necesidades especiales que se presentan durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte.
1. Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlus.
 2. Brinda servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y tienen una expectativa de vida de un año o menos.
 3. Los servicios se pueden proporcionar en su hogar o en un hospital u hogar de ancianos.

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

Si tiene alguna pregunta acerca de este beneficio, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Atención odontológica

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

Cómo obtener servicios odontológicos:

Debe elegir a un dentista de atención primaria. MetroPlus utiliza HealthPlex para brindar servicios odontológicos. HealthPlex cuenta con dentistas participantes que se especializan en odontología general, odontología pediátrica, cirugía bucal y enfermedad de las encías. Llame a HealthPlex al 1-888-468-2189 para elegir a un dentista de atención primaria. Puede obtener un listado de los dentistas participantes en línea en www.metroplus.org o previa solicitud llamando a Servicios al Miembro de MetroPlus al 1-800-303-9626. Si no elige a un dentista, elegiremos uno por usted. Siempre podrá cambiar de dentista. Pregunte a su dentista actual si participa en HealthPlex.

- Cuando necesite encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a HealthPlex al 1-888-468-2189 o llame a MetroPlus al 1-800-303-9626. Los Representantes de Servicios al Miembro están allí para ayudarlo. Muchos de ellos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios odontológicos. Usted no recibirá una tarjeta de identificación aparte para acceder a los servicios odontológicos. Cuando consulte a su dentista, debe mostrarle su tarjeta de identificación del plan.

También puede acudir a una clínica odontológica administrada por un centro odontológico académico sin una remisión.

Los planes deben listar centros dentales académicos dentro de un radio de treinta (30) millas o incluir un número gratuito de Servicios al Miembro al cual puedan comunicarse los miembros.

Cuidado de ortodoncia

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

Atención oftalmológica

- servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista y cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o el reemplazo de anteojos que se pierden o destruyen, incluidas las reparaciones, cuando sean médicamente necesarios. Los ojos artificiales están cubiertos cuando los solicite un proveedor del plan
- exámenes oculares, generalmente cada dos años, salvo que sean médicamente necesarios con más frecuencia
- anteojos (con un nuevo par de armazones aprobados por Medicaid cada dos años o con más frecuencia cuando sean médicamente necesarios)
- examen por visión reducida y ayudas para la visión reducida solicitadas por su médico
- remisiones a especialistas por enfermedades o defectos oculares

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros para diabéticos
- Productos para dejar de fumar, incluso productos de venta libre
- Baterías para audífonos
- Fórmula de nutrición enteral
- Anticonceptivos de emergencia (6 por año calendario)
- Suministros médicos y quirúrgicos

Es posible que algunas personas tengan que pagar un copago farmacéutico para obtener ciertos medicamentos o artículos de farmacia. No se requiere ningún copago para los siguientes miembros o servicios:

- Consumidores menores de 21 años de edad.
- Consumidoras que estén embarazadas. Las mujeres embarazadas están exentas durante el embarazo y los dos meses siguientes al mes en el que termina el embarazo.
- Consumidores en un Programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) o de la Oficina para Personas con Discapacidades en el Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés).
- Consumidores en un Programa de Exención de HCBS del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés) para Personas con Traumatismo Cerebral (TBI, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos y suministros de Planificación Familiar, como píldoras anticonceptivas y preservativos masculinos o femeninos.
- Copagos genéricos (si el Plan exonera el copago)
- Los medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y la tuberculosis

Artículo recetado	Monto del copago	Detalles del copago
Medicamentos recetados de marca	\$3.00/\$1.00	1 cargo de copago por cada receta nueva y por cada reposición
Medicamentos recetados genéricos	\$1.00	
Medicamentos de venta libre, como aquellos para dejar de fumar y para la diabetes	\$0.50	

- Se aplica un copago por cada nueva receta y por cada reposición.

- Si debe pagar un copago, usted es responsable del pago de un máximo de \$200 por año calendario.
- Si se cambia de planes durante el año calendario, guarde sus recibos como comprobante de sus copagos o puede solicitarle a su farmacia el comprobante de los copagos pagados. Deberá entregar una copia a su nuevo plan.
- Algunos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga nuestra autorización previa antes de redactar la receta. Su médico puede trabajar con MetroPlus para asegurarse de que usted obtenga los medicamentos que necesita. Puede obtener más información sobre la autorización previa más adelante en este manual.
- Usted puede elegir dónde desea surtir sus recetas. Puede ir a cualquier farmacia que participe en nuestro plan o puede surtir sus recetas mediante el servicio de farmacia de envío por correo. Para obtener más información sobre sus opciones, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Atención hospitalaria

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

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son los procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de atención para asegurarse de que permanece en un estado estable. Según la necesidad, es posible que reciba tratamiento en una Sala de Emergencias, en una sala de hospital para pacientes hospitalizados o en otro centro. Esto se llama **Servicios Posteriores a la Estabilización**.
- Si desea más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 10.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros especialistas, entre ellos:

- fisioterapia - se limita a 40 visitas por año calendario
- terapia ocupacional y del habla - se limita a 20 visitas por año calendario
- audiólogos
- parteras
- especialistas en rehabilitación cardíaca
- podólogos

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

No se aplican los límites de las visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla si usted es menor de 21 años, si la Oficina para las Personas con Discapacidades en el Desarrollo ha determinado que usted tiene discapacidades en el desarrollo, o si ha tenido un traumatismo cerebral.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

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

- incluye estancias a corto plazo o de rehabilitación y atención a largo plazo;
- un médico debe solicitarla y debe contar con la autorización de MetroPlus;
- los servicios cubiertos del hogar de ancianos incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia para las actividades de la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.

Si necesita ser ingresado en un hogar de ancianos a largo plazo, su departamento de servicio sociales local debe determinar si usted reúne ciertos requisitos en cuanto a los ingresos de Medicaid. MetroPlus y el hogar de ancianos pueden ayudarlo con la solicitud.

Debe obtener la atención de un hogar de ancianos que forme parte de la red de proveedores de MetroPlus. Si elige un hogar de ancianos que no pertenece a la red de MetroPlus, tendrá que transferirse a otro plan. Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 para obtener ayuda con las preguntas acerca de los proveedores de hogares de ancianos y las redes del plan.

Llame al Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para que le ayuden a encontrar un hogar de ancianos de nuestra red.

ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

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

Atención de salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Tratamiento diurno continuo clínico
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados
- Atención hospitalaria parcial
- Servicios de rehabilitación si reside en un hogar comunitario o si está bajo tratamiento con base en la familia

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

- Tratamiento diurno continuo
- Servicios personalizados orientados a la recuperación
- Servicios de tratamiento asertivo comunitario
- Asesoramiento individual y grupal
- Servicios de intervención por crisis

Servicios para el trastorno por consumo de sustancias

- Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (alcohol y drogas) como paciente hospitalizado y ambulatorio
- Servicios de desintoxicación como paciente hospitalizado
- Opioides, incluso el tratamiento de mantenimiento con metadona
- Tratamiento residencial para el trastorno por consumo de sustancias
- Servicios para pacientes ambulatorios de tratamiento por consumo de alcohol y drogas, servicios de desintoxicación

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), audífonos, protésicos, ortóticos
- Servicios ordenados por un tribunal
- Administración de Casos
- Obtener ayuda para servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Servicios de un podólogo

Beneficios que puede obtener de MetroPlus O con la tarjeta de Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde desea recibir la atención. Puede obtener los servicios usando la tarjeta de membresía de MetroPlus. También puede consultar a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios. Llámenos al 1-800-303-9626 si tiene preguntas.

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de planificación familiar. También puede consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. En cualquiera de los dos casos, no necesita una remisión de su PCP.

Puede obtener anticonceptivos, dispositivos para el control de la natalidad (DIU y diafragmas) que están disponibles con una receta médica, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

consultar a un proveedor de planificación familiar para pruebas y tratamientos del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS), y para el asesoramiento relacionado con los resultados de la prueba. Los exámenes de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Examen de detección del VIH e ITS

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

Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Para acceder a una prueba del VIH gratuita o a una prueba del VIH anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TB)

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

Beneficios con su TARJETA DE MEDICAID únicamente

Hay ciertos servicios que MetroPlus no provee. Usted puede obtener estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Transporte

Medicaid regular será el encargado de cubrir el transporte médico de emergencias y/o que no sea de emergencia. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services (MAS) al 1-844-666-6270. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS **al menos 3 días antes de su cita médica** y proveer su número de identificación de Medicaid (por ejemplo, AB12345C), la fecha y hora de la cita, el domicilio adónde va y el médico al que visitará. El transporte que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, *ambulette* y transporte público.

Para obtener más información sobre cómo acceder a sus servicios de transporte, llame al 1-844-666-6270 o visite su sitio web en www.medanswering.com

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

Discapacidades en el desarrollo

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

- Tratamientos a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)
- Servicios recibidos en virtud de Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad
- Servicios de exenciones del modelo de atención médica (atención en el hogar)

Servicios que NO están cubiertos:

*Estos servicios **no están disponibles** a través de MetroPlus o Medicaid.* Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que deba pagar una factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales o de bienestar
- Tratamientos de infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte de MetroPlus, a menos que usted esté autorizado a consultar a ese proveedor, tal como se describe en otra parte de este manual, o que MetroPlus o su PCP lo remitan a ese proveedor.
- Servicios para los cuales usted necesite una remisión (aprobación) por anticipado y usted no la obtuvo.

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

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

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que debería pagar, no lo ignore. Llame a MetroPlus al 1-800-303-9626 de inmediato. MetroPlus puede ayudarlo a entender por qué recibió una factura. Si no es responsable del pago, MetroPlus se pondrá en contacto con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia justa si cree que se le solicita que pague algo que Medicaid o MetroPlus deberían cubrir. Consulte la sección Audiencia Justa más adelante en este manual.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

Autorización de servicios

Autorización previa:

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

Su PCP puede aprobar las remisiones a **Proveedores Participantes** para:

- Atención especializada
- Servicios de laboratorio

Usted o su PCP deben obtener la aprobación de MetroPlus si:

- Es remitido a un proveedor que no forma parte de la red de MetroPlus, a menos que requiera atención en una sala de emergencias
- Obtiene una remisión permanente a un especialista
- Es ingresado en un hospital, excepto en caso de emergencia o para dar a luz a un bebé
- Se somete a una cirugía como paciente ambulatorio en cualquier hospital, excepto en un hospital de HHC
- Se somete a una intervención potencialmente cosmética en cualquier centro
- Recibe tratamientos por una disfunción eréctil
- Recibe atención quiropráctica
- Recibe pruebas prenatales o genéticas
- Participación en estudios clínicos
- Recibe terapia de infusión en el hogar
- Recibe un trasplante
- Recibe transporte aéreo de emergencia
- Recibe transporte en casos que no son de emergencia
- Recibe anestesia para cirugía bucal
- Necesita lentes de contacto
- Requiere servicios de transgénero
- Requiere servicios de adherencia al tratamiento
- Se le asigna un enfermero privado en el hospital
- Es ingresado en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación para pacientes agudos, entre ellos, todos los servicios de médicos provistos durante un ingreso en un centro de enfermería especializada.
- Es ingresado en un hospital para la terapia de observación directa para la tuberculosis
- Recibe servicios de atención en el hogar
- Recibe servicios de cuidados paliativos
- Recibe servicios de cuidado personal o servicios del Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor

- Solicita PERS (Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales)
- Recibe atención médica diurna para adultos o atención médica diurna para adultos con SIDA
- Recibe atención en un hogar de ancianos a largo plazo
- Obtiene un equipo médico duradero (DME), incluso aparatos ortóticos, prótesis, fórmula enteral y suministros (la fórmula se obtiene a través del administrador del beneficio de farmacia), trastornos del espectro autista relacionado con DME
- Recibe más de 40 visitas de fisioterapia, 20 visitas de terapia ocupacional o terapia del habla Y se encuentra en una de las categorías que aparecen abajo:
 - Niños hasta 20 años de edad
 - Cualquier persona con una discapacidad en el desarrollo
 - Cualquier persona con un traumatismo cerebral

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, usted tiene que hacer lo siguiente:

Llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 o puede enviar una solicitud por fax al 212-908-8521. Un representante de Servicios al Miembro responderá cualquier pregunta que pudiera tener sobre el proceso y transferirá su llamada al Departamento de Revisión de la Utilización (UR, por sus siglas en inglés), en caso de ser necesario. Revisión de la utilización es lo que hacemos para decidir si un tratamiento es médicamente necesario y si MetroPlus Health Plan lo aprobará y pagará. Médicos y enfermeros toman las decisiones. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados. El personal de UR está disponible de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Puede llamar a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas al 1-800-442-2560 si necesita asistencia con un problema médico. El personal de UR responderá su mensaje el siguiente día hábil.

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

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

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

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

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

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

los estándares médicamente aceptados.

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

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

Haremos un seguimiento rápido de su revisión si:

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

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

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

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

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

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.

- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Le responderemos, como máximo, 72 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos de tiempo especiales para otras solicitudes:

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

En todos los casos, le responderemos, como máximo, 3 días hábiles después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el tercer día si necesitamos más información.

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

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

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

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

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

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

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

Otras decisiones sobre su atención:

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

Plazos de notificación de otras acciones:

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

Cómo se les paga a los proveedores

Usted tiene el derecho de preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de los servicios de atención médica. Puede llamar a

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes maneras.

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

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas para prestar mejores servicios a nuestros miembros.

Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o consejos asesores para miembros. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 para obtener información sobre cómo puede ayudar.

Información de Servicios al Miembro

A continuación presentamos la información que puede obtener llamando a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626.

- Una lista de los nombres, domicilios y cargos del Directorio, de funcionarios, partes controlantes, propietarios y miembros del MetroPlus Health Plan.
- Una copia de los estados contables/financieros más actualizados, y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato actualizado con suscriptores de pago directo individual.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre reclamos de consumidores sobre MetroPlus.
- Cómo mantenemos la privacidad de su historial médico y de su información de miembro.
- Por escrito, le informaremos cómo MetroPlus controla la calidad de la atención que se le provee a los miembros.
- Le informaremos en qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos la pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que están cubiertas por MetroPlus.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo pueden solicitar formar parte de MetroPlus los proveedores de atención médica.
- Si usted nos lo solicita, le informaremos: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

remisión; y, en ese caso, 2) información sobre los tipos de acuerdos de incentivos que usamos; y 3) si se provee una protección para limitar pérdidas a los médicos y grupos de médicos.

- Información sobre cómo está constituida nuestra empresa y cómo funciona.

Manténganos informado

Llame a Servicios al Miembro 1-800-303-9626 al cuando se produzcan los siguientes cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambia su elegibilidad de Medicaid
- Se queda embarazada
- Da a luz
- Hay un cambio en el seguro para usted y para sus hijos

Si usted ya no recibe Medicaid, consulte con New York State of Health. *Quizá* pueda inscribirse en otro programa.

DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea dejar el plan

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

Algunos ejemplos de causa justificada incluyen:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York y los miembros se ven perjudicados por ello.
- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el departamento local de servicios sociales todos acuerdan que la desafiliación es para su beneficio.
- Usted está o se convierte en exento o excluido de la atención administrada.
- No ofrecemos servicios de atención administrada de Medicaid que puede obtener de otro plan de salud en su área.
- Usted necesita un servicio que está relacionado con un beneficio que hemos optado por no cubrir y obtener el servicio por separado implicaría poner en riesgo su salud.
- No hemos podido proveerle servicios a usted, tal como estamos obligados en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Para cambiar de plan:

Servicios al Miembro 1-800-303-9626
Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

TTY 711

- Llame al personal de Atención Administrada del New York State of Health.
- Si usted vive en Bronx, Kings, Nueva York, Richmond o Queens, llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan:

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

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

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

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

- Es posible que usted o su hijo(a) deba abandonar MetroPlus si usted o su hijo(a):
 - se muda fuera del condado o del área de servicio,
 - se cambia a otro plan de atención administrada,
 - se inscribe en un plan HMO o en otro plan de seguro a través del trabajo,
 - va a prisión,
 - pierde la elegibilidad de otra forma;
1. Es posible que su hijo(a) deba abandonar MetroPlus o *cambiar de planes si usted o su hijo(a):
 - se une a un Programa de Niños con Discapacidades Físicas, o
 - si una agencia que tiene un contrato para proporcionar esos servicios para el *New York State of Health* lo(a) coloca bajo cuidado tutelar, incluyendo a todos los niños bajo cuidado tutelar en la Ciudad de Nueva York, o
 - * que el Estado de Nueva York lo(a) coloque bajo cuidado tutelar dentro de un área en la que el plan actual de su hijo(a) no atiende.
- **Si tiene que abandonar el MetroPlus Health Plan o se convierte en inelegible para Medicaid, todos sus servicios se pueden cancelar inesperadamente, incluso toda atención que usted recibe en el hogar.** Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 inmediatamente si sucede esto.

3. Podemos pedirle que abandone el MetroPlus Health Plan

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

- se rehúsa a trabajar con su PCP sobre su atención,
- no se presenta a las citas,
- va a la sala de emergencias por atención que no sea de emergencia,
- no respeta las normas del MetroPlus Health Plan
- no completa los formularios con sinceridad o no da información verdadera (comete fraude),
- si abusa o provoca daños a miembros, proveedores o al personal del plan, o
- actúa de maneras que nos dificulta dar lo mejor de nosotros para usted y los demás miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas.

Apelaciones al Plan

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe más arriba en este manual. El aviso de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **Determinación Adversa Inicial**.

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

Su proveedor puede pedirnos una redeterminación:

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era de carácter experimental o de investigación y no hablamos con su médico acerca de ello, este nos puede pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en un día hábil.

Puede presentar una Apelación al Plan:

- Cuenta con 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de Determinación Adversa Inicial para solicitar una Apelación al Plan.
- Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si necesita ayuda para solicitar una Apelación al Plan, o para seguir los pasos del proceso de apelaciones. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.
- Usted mismo puede solicitar una Apelación al Plan, o alguien más puede hacerlo en su nombre, como un familiar, amigo, médico o abogado. Usted y esa persona tendrá que firmar y fechar una declaración que deje por asentado que esa persona lo represente.

- No lo trataremos diferente ni tomaremos represalias contra usted por solicitar una Apelación al Plan.

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

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

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

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

Puede llamar o escribir para solicitar una Apelación del Plan. Cuando solicite una Apelación al Plan, tarde o temprano tendrá que proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, tales como historiales médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el servicio.
- Cualquier información específica que indiquemos que necesitamos en el aviso de Determinación Adversa Inicial.
- Para ayudarse a preparar para la Apelación al Plan, usted puede solicitar ver los lineamientos, los historiales médicos y demás documentos que utilizamos para tomar la Determinación Adversa Inicial. Si su Apelación al Plan tiene un seguimiento rápido, es posible que cuente con un tiempo acotado para proporcionarnos la información que usted desea que nosotros revisemos. Usted puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratis llamando al 1-800-303-9626.

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

Teléfono.....1-800-303-9626
 Fax.....1-212-908-8824
 Correo.....Appeals Coordinator
 160 Water Street, 3rd Floor
 New York, NY 10038

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

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

Servicios al Miembro 1-800-303-9626
 Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

TTY 711

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

- Si usted considera que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindar un servicio, usted puede solicitar que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea remitido a un proveedor fuera de la red. Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación:
 1. una declaración por escrito que establezca que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
 2. que recomiende a un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

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

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

Qué sucede después de recibir su Apelación al Plan:

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su Apelación al Plan.
- Le enviaremos una copia gratis de sus historiales médicos y cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su Apelación al Plan tiene un seguimiento rápido, es posible que se cuente con un tiempo acotado para revisar esta información.
- También puede proporcionar información para la toma de dicha decisión en persona o por escrito. Llame a MetroPlus al 1-800-303-9626 si no está seguro de qué información darnos.
- Las Apelaciones al Plan de asuntos clínicos las decidirán profesionales de atención médica calificados que no tomaron la primera decisión y al menos uno de ellos será un revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que tomaron su primera decisión.
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión de la Apelación al Plan de denegar una solicitud de

autorización o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina Determinación Adversa Definitiva.

- Si usted considera que nuestra Determinación Adversa Definitiva es incorrecta:
 - puede solicitar una Audiencia Imparcial. Consulte la sección Audiencia Imparcial más adelante en este manual.
 - para algunas decisiones, usted quizá pueda solicitar una Apelación Externa. Consulte la sección Apelación Externa de este manual.
 - usted puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1- 800-206-8125.

Plazos para las Apelaciones al Plan:

- **Apelaciones al Plan estándar:** Si contamos con toda la información necesaria, le daremos a conocer nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario posteriores a la fecha en que solicitó la Apelación al Plan.
- **Apelaciones al Plan rápidas:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de Apelación al Plan rápidas se tomarán en 2 días hábiles posteriores a la Apelación al Plan, pero no más allá de 72 horas posteriores a la solicitud de la Apelación al Plan.
 - Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.
 - Si se denegó su solicitud de recibir más tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación por escrito.

Se revisará su Apelación al Plan de acuerdo con el proceso rápido:

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

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

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

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

Usted o su representante pueden presentar un reclamo ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su Apelación al Plan. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Si usted no recibe una respuesta a su Apelación del Plan o si nos demoramos en tomar una decisión, excluyendo las extensiones, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. Consulte la sección Audiencia Imparcial más adelante en este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su Apelación al Plan a tiempo, y alegamos que el servicio que usted está solicitando

1) no era médicamente necesario, 2) era experimental o de investigación, 3) no era diferente de la atención que puede obtener de la red del plan, o 4) estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, se revertirá la denegación original. Esto quiere decir que se aprobará su solicitud de autorización de servicio.

Apelaciones externas

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

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

Para estos tipos de decisiones, usted puede solicitar al estado de Nueva York una **Apelación Externa** independiente. Se denomina Apelación Externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan, ser un tratamiento experimental, un estudio clínico o un tratamiento de una enfermedad rara. Usted no tiene que pagar por la Apelación Externa.

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

Antes de solicitar una Apelación Externa:

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

Tiene **4 meses** después de recibir la Determinación Adversa Definitiva del plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y los representantes del plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe pedir la Apelación Externa dentro de los 4 meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico. La solicitud de Apelación Externa indica qué información será necesaria.

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-800-303-9626

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

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico indica que una demora le causaría daños graves a su salud; **o**
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan le deniega la atención hospitalaria.

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

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

- usted solicita una Apelación al Plan rápida dentro de las 24 horas, **Y**

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

TTY 711

- usted solicita una Apelación Externa rápida al mismo momento.

Continuaremos pagando su estancia hasta que se tome la decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su Apelación al Plan rápida en un plazo de 24 horas. La Apelación Externa rápida se decidirá en un plazo de 72 horas.

El revisor de la Apelación Externa comunicará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o por fax. Posteriormente, se le enviará una carta que le informa la decisión.

Si usted solicita una Apelación al Plan y recibe una Determinación Adversa Definitiva que rechaza, reduce, suspende o detiene su servicio, entonces usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial o solicitar una Apelación Externa, o ambas. Si solicita tanto una Audiencia Imparcial como una Apelación Externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.

Audiencias Imparciales

Debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Nueva York si:

- No está conforme con la decisión que tomó el Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del estado sobre su permanencia o no en MetroPlus.
- No está conforme con la decisión que tomamos sobre restringir sus servicios. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Cuenta con 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de Intento de Restricción para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de los 10 días posteriores al Aviso de Intento de Restricción, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que sea posterior, puede seguir recibiendo los servicios hasta la decisión de la Audiencia Imparcial. Sin embargo, si usted pierde la Audiencia Imparcial, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- Si no está conforme con la decisión de que su médico no ordene servicios que usted quería. Si considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar un reclamo ante MetroPlus. Si MetroPlus está de acuerdo con su médico, puede solicitar una Apelación al Plan. Si recibe una Determinación Adversa Definitiva, contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación Adversa Inicial para solicitar una Audiencia Imparcial.
- Si no está conforme con la decisión que tomamos sobre su atención. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Si no está conforme que decidimos:
 - reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
 - denegar la atención que usted quería;
 - denegamos el pago de la atención que recibió; o
 - no le permitimos cuestionar un monto de copago, otro monto que usted debe o pago que hizo para su atención médica.

Primero debe solicitar una Apelación al Plan y obtener una Determinación Adversa Definitiva. Contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación Adversa Definitiva para solicitar una Audiencia Imparcial.

Si usted solicitó una Apelación al Plan y recibió una Determinación Adversa Definitiva que rechaza, reduce, suspende o detiene la atención que está recibiendo ahora, entonces puede seguir recibiendo los servicios que su médico solicitó mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial. Debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los 10 días desde la fecha de la Determinación Adversa Definitiva o antes de la fecha en que esta medida entre en vigor, lo que sea posterior. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y pierde la Audiencia Imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Usted solicitó una Apelación al Plan, y el tiempo que teníamos para decidir sobre su Apelación al Plan expiró, incluyendo cualquier extensión. Si usted no recibe una respuesta a su Apelación del Plan o se demora en tomar la decisión, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial.

La decisión que reciba del funcionario de la Audiencia Imparcial será definitiva.

Para solicitar una Audiencia Justa, puede usar una de las siguientes maneras:

- Por teléfono: llame al número gratuito 1-800-342-3334
- Por fax: 518-473-6735
- Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicita una Audiencia Imparcial sobre una decisión que tomó MetroPlus, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencias**. Es la información que utilizamos para tomar la decisión sobre su atención. El plan le dará esta información al funcionario de la audiencia para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, le llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si aún no ha recibido el paquete de evidencias una semana antes de la audiencia, puede llamar al 1-800-303-9626 para pedirlo.

Recuerde que puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento llamando al 1-800-206-8125.

Proceso de reclamos

Reclamos:

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

Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 si necesita ayuda para presentar un reclamo, o para seguir los pasos del proceso de reclamos. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.

No le dificultaremos el proceso ni tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

También tiene el derecho de contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su reclamo llamando al 1-800-206-8125 o escribiendo a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

También puede comunicarse directamente con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a su reclamo en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al (1-800-342-3736) si su reclamo se debe a un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo ante el plan:

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

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 nos llama después del horario laboral, deje un mensaje. Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

Puede enviarnos una carta con su reclamo a:

MetroPlus Health Plan
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Complaints Manager

Servicios al Miembro 1-800-303-9626
Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

TTY 711

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

MetroPlus Health Plan
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Complaints Manager

Qué sucede luego:

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

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

También puede proporcionar información para revisar su reclamo en persona o por escrito. Llame a MetroPlus al 1-800-303-9626 si no está seguro de qué información darnos.

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

Después de que revisemos su reclamo:

- Le comunicaremos nuestra decisión en 45 días a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su reclamo, pero dicho plazo no excederá los 60 días posteriores a la recepción de su reclamo. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora pueda poner su salud en riesgo, le comunicaremos nuestra decisión en 48 horas a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su reclamo, pero dicho plazo no excederá los 7 días posteriores a la recepción de su reclamo. Nos comunicaremos con usted con respecto a nuestra decisión, o intentaremos contactarnos con usted para comunicárselo. Luego de nuestra comunicación, recibirá una carta en 3 días hábiles.
- Se le indicará cómo apelar nuestra decisión si no está de acuerdo e incluiremos cualquier formulario que pudiera necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo porque no tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una carta para informárselo.

Apelaciones de reclamos:

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su reclamo, usted puede presentar una **apelación del reclamo** ante el plan.

Servicios al Miembro 1-800-303-9626
Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

TTY 711

Cómo presentar una apelación de reclamos:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de nuestra comunicación para presentar una apelación de reclamo;
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre;
- La apelación de reclamo debe presentarse por escrito. Si presenta una apelación de reclamo por teléfono, luego deberá hacerlo por escrito a:

MetroPlus Health Plan
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Complaints Manager

Qué sucede después de recibir su apelación del reclamo:

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

- quién trabaja en su apelación del reclamo
- cómo comunicarse con dicha persona
- si necesitamos más información

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

Si contamos con toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión en un período de 30 días hábiles. Si un retraso puede poner en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contamos con toda la información necesaria para tomar la decisión sobre la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si todavía no está conforme, usted o alguna persona en su nombre pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de MetroPlus, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin importar su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de MetroPlus.

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

- Que su PCP le informe lo que está mal, lo que se puede hacer y cuál será el resultado probable, en un idioma que usted comprenda.
- Obtener una segunda opinión acerca de su atención.
- Dar su aprobación de cualquier tratamiento o plan para su atención una vez que se le explique bien el plan.
- Rechazar la atención y que se le informen los riesgos posibles en ese caso.
- Obtener una copia de su historial médico y hablar con su PCP acerca del mismo y, de ser necesario, solicitar que se modifique o corrija su historial médico.
- Tener la certeza de que su historial médico es privado y no se compartirá con nadie, excepto según lo estipule la ley, el contrato o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de reclamos de MetroPlus para resolver cualquier queja, o usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o ante el departamento de servicios sociales local en cualquier momento en que usted crea que no ha sido tratado de manera justa.
- Utilizar el sistema de Audiencias Justas del estado.
- Designar a una persona (pariente, amigo, abogado, etc.) para representarlo si usted no puede hablar por sí mismo acerca de su atención y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin que haya restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro de MetroPlus, usted acuerda lo siguiente:

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

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un día en el que usted no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificar con antelación, puede coordinar ahora para que se respeten sus deseos. En primer lugar, informe a la familia, a los amigos y a su médico qué tipos de tratamiento desea o no desea. En segundo lugar, puede designar a un adulto de su confianza para que tome decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que ellos sepan qué desea usted. En tercer lugar, es mejor si pone sus deseos por escrito. Los documentos

Servicios al Miembro 1-800-303-9626

TTY 711

Línea de Emergencias de Salud Conductual 1- 855-371-9228

que aparecen abajo pueden ayudar. No tiene que hacerlo con un abogado, pero es posible que desee hablar con uno al respecto. Puede cambiar de parecer y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a que entienda y obtenga estos documentos. No cambian sus deseos de beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es informarles a los demás qué es lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

Poder Legal para Decisiones de Atención Médica

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

CPR y DNR

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

Tarjeta de Donante de Órganos

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

Números de teléfono importantes

Su PCP.....

MetroPlus Health Plan

Servicios al Miembro..... 1-800-303-9626

Servicios al Miembro TTY/TDD..... 711

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

Su sala de emergencias más cercana.....

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (reclamos)..... 1-800-206-8125

_____ Departamento de Servicios Sociales del Condado.....

New York Medicaid Choice..... 1-800-505-5678

Farmacia local.....

Otros proveedores de salud:

