

# **STATO DI NEW YORK PIANO SANITARIO E DI RECUPERO MANUALE DEL SOCIO**

**Novembre 2018**

Questo manuale dirà come utilizzare il piano MetroPlus avanzato.

Conservare questo manuale in maniera tale che sia facilmente reperibile.

**"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."

**Spanish: 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.

**French: 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.

**Haitian Creole: 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."

**Italian: "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."

**Russian: «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».

**Chinese (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。

**Chinese (Taiwan) 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。

BENVENUTI al Piano sanitario e di riabilitazione MetroPlus Enhanced .....	5
COME FUNZIONA IL PIANO SANITARIO E DI RIABILITAZIONE .....	5
COME USARE QUESTO MANUALE .....	7
SUPPORTO DALL'ASSISTENZA ADERENTI .....	7
LA TUA TESSERA IDENTIFICATIVA DEL PIANO .....	8
PARTE I --- Le cose che devi sapere .....	8
COME SCEGLIERE IL TUO MEDICO DI BASE (PCP).....	8
GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE.....	10
ASSISTENZA SANITARIA ORDINARIA.....	11
COME OTTENERE ASSISTENZA SPECIALISTICA E IMPEGNATIVE.....	13
OTTENERE QUESTI SERVIZI DAL NOSTRO PIANO <i>SENZA</i> UNA IMPEGNATIVA.....	14
Emergenze.....	17
Cure urgenti.....	19
VOGLIAMO CHE TU RESTI IN SALUTE .....	19
PARTE 2 - LE PRESTAZIONI E LE PROCEDURE DEL PIANO .....	21
PRESTAZIONI.....	21
SERVIZI COPERTI DAL NOSTRO PIANO.....	21
ASSISTENZA COMPORTAMENTALE.....	26
Prestazioni offerte dal nostro Piano <i>OPPURE</i> con la tessera Medicaid .....	29
Prestazioni ottenibili solo con la tua TESSERA MEDICAID.....	29
Servizi NON coperti.....	30
Autorizzazione dei servizi .....	31
Autorizzazione preventiva:.....	31
Come sono retribuiti i nostri fornitori .....	36
Tu puoi aiutare le regole del Piano.....	36
Ricevere informazioni dall'Assistenza aderenti.....	37
Tienici informati.....	37
REVOCA DELL'ADESIONE E TRASFERIMENTI .....	38
1. Se TU vuoi lasciare il Piano.....	38
2. Potresti risultare non idoneo per l'assistenza gestita Medicare e i Piani sanitari e di riabilitazione .....	39
3. Possiamo chiederti di lasciare MetroPlus Enhanced.....	39
<b>Assistenza aderenti 1-800-303-9626</b>	<b>TTY 711</b> 3
<b>Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228</b>	

4. Se perdi la copertura Medicaid: I programmi di cura dell'HIV per i non assicurati possono aiutarti. .....	39
Ricorsi esterni .....	44
Udienze imparziali .....	46
Procedura di ricorso .....	48
Come presentare un reclamo nei confronti del nostro Piano:.....	49
Cosa succede dopo: .....	50
Ricorso d'appello: .....	51
DIRITTI E RESPONSABILITÀ DEI MEMBRI .....	52
Indicazioni preventive .....	53
Numeri di telefono importanti .....	56

## **Manuale per i membri del piano sanitario e di recupero**

### **BENVENUTI al Piano sanitario e di riabilitazione MetroPlus Enhanced**

Siamo lieti che tu abbia deciso di partecipare al piano MetroPlus Enhanced. MetroPlus Enhanced è un piano sanitario e di recupero (o HARP) approvato dallo Stato di New York. HARP è un nuovo tipo di piano che fornisce assistenza sanitaria e trattamenti di salute comportamentale agli aderenti Medicaid. In questo manuale, per "salute comportamentale" si intende salute mentale, disturbi da uso di sostanze e riabilitazione.

Siamo uno speciale piano di assistenza sanitaria con fornitori che hanno notevole esperienza nell'assistenza a persone con disturbi di salute mentale e/o di abuso di sostanze. Forniamo anche servizi di gestione di cura per aiutare te e la tua équipe di assistenza sanitaria a lavorare insieme per mantenerti il più sano possibile.

Il manuale sarà la guida per l'intera gamma di servizi di assistenza sanitaria a tua disposizione. Vogliamo essere sicuri di consentirti un buon inizio come membro di MetroPlus Enhanced. Al fine di conoscerci meglio, ci metteremo in contatto con te entro le prossime due settimane. Potrai porre qualsiasi domanda o potremo aiutarti a prendere appuntamenti. Se desideri contattarci prima, puoi chiamare il numero 1-800-303-9626. Puoi anche visitare il nostro sito [www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced) per maggiori informazioni su MetroPlus Enhanced.

## **COME FUNZIONA IL PIANO SANITARIO E DI RIABILITAZIONE**

### **Il Piano, i nostri fornitori e tu**

Potresti aver visto o sentito parlare di cambiamenti nell'assistenza sanitaria. Molti consumatori ottengono prestazioni sanitarie attraverso un'assistenza gestita, che fornisce un punto di accesso unico per le tue cure. Se usufruivi di servizi sanitari comportamentali con la tua carta Medicaid, ora tali servizi saranno disponibili attraverso MetroPlus Enhanced.

In quanto membro di MetroPlus Enhanced, riceverai le prestazioni disponibili nel piano MetroPlus Enhanced. Inoltre potrai accedere a servizi speciali che ti aiutano a raggiungere i tuoi obiettivi sanitari. Offriamo ampi servizi per aiutarti a rimanere in buona salute e ad aiutarti nella tua guarigione.

MetroPlus Enhanced offre ai membri che ne hanno diritto nuovi servizi, denominati "Servizi domiciliari e territoriali per la salute comportamentale" (Behavioral Health Home and Community Based Services, BHHCBS).

I servizi BHHCBS possono aiutarti a:

- Trovare un alloggio.
- Vivere in modo indipendente.
- Tornare a scuola.

- Trovare un impiego.
- Ottenere aiuto da persone che hanno già fruito del servizio.
- Gestire lo stress.
- Prevenire le crisi.

In qualità di membro di MetroPlus Enhanced, avrai anche un Coordinatore sanitario domiciliare (Health Home Care Manager), che lavorerà con tutti i tuoi fornitori di trattamenti psicofisici per rispondere a tutti i tuoi bisogni sanitari. Il Coordinatore sanitario domiciliare ti aiuterà ad avvalerti di tutti i servizi sanitari, comportamentali e sociali di cui tu possa avere bisogno, come l'assistenza abitativa e alimentare.

Potrai utilizzare la tua carta Medicaid per ottenere i servizi disponibili attraverso MetroPlus Enhanced. Per scoprire se un servizio che già ricevi è fornito da MetroPlus Enhanced, contatta l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.

- Tu e la tua équipe sanitaria lavorerete insieme per assicurare che tu goda della migliore salute fisica e psicologica possibile. È possibile ottenere servizi speciali per vivere una vita sana, come corsi di nutrizione e aiuto per smettere di fumare.
- MetroPlus Enhanced è convenzionata con il Dipartimento della Salute dello Stato di New York per soddisfare le esigenze sanitarie degli aderenti Medicaid. A turno, scegliamo un gruppo di operatori specializzati nell'assistenza sanitaria, nella salute mentale e nell'abuso di sostanze per soddisfare i tuoi bisogni. Tali medici e specialisti, ospedali, cliniche, laboratori, coordinatori sanitari, e altre strutture sanitarie costituiscono la nostra **rete di fornitori**. Li troverai nel nostro Elenco dei fornitori. Se non hai l'elenco, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 per riceverne una copia, oppure visita [www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced).
- Quando aderisci a MetroPlus Enhanced, uno dei nostri fornitori si prenderà cura di te. Sarai seguito principalmente dal **Medico di base (PCP)**. Ti invitiamo a scegliere un PCP che opera nella tua clinica di salute mentale o per l'abuso di sostanze. Se devi sottoporsi a un test, contatta un altro specialista o recati in ospedale; il tuo Medico di base organizzerà la cosa.
- Il tuo Medico di base è a tua disposizione tutti i giorni, giorno e notte. Se devi parlare con lui quando lo studio è chiuso o nei fine settimana, lascia un messaggio e indica in che modo vuoi essere contattato. Il tuo Medico di base ti contatterà il prima possibile. Anche se il tuo Medico di base è il tuo referente principale per l'assistenza sanitaria, in alcuni casi puoi rivolgerti direttamente ad altri medici per certi servizi. Vedi pagina 29 per ulteriori dettagli.
- L'accesso ad alcuni fornitori potrebbe essere limitato se:
  - ricevi trattamenti da diversi medici per lo stesso problema
  - ricevi trattamenti medici più spesso di quanto necessario
  - utilizzi farmaci da prescrizione in un modo che può essere pericoloso per la salute
  - consenti ad altre persone di utilizzare la tua tessera identificativa del Piano

## Riservatezza

Noi rispettiamo il tuo diritto alla privacy. MetroPlus Enhanced è consapevole della necessità di stabilire relazioni di fiducia tra te, la tua famiglia, i tuoi medici e gli altri fornitori. MetroPlus Enhanced non potrà mai rendere nota la tua storia clinica o comportamentale senza la tua autorizzazione scritta. Le uniche persone che avranno accesso alle tue informazioni cliniche saranno MetroPlus Enhanced, il tuo Medico di Base, il Coordinatore sanitario domiciliare, gli altri operatori sanitari di cui fruisce e il tuo rappresentante autorizzato. L'accesso a tali fornitori sarà sempre discusso preventivamente con il tuo Medico di Base, o con il tuo Coordinatore sanitario domiciliare se ne hai uno. Il personale di MetroPlus Enhanced ha ricevuto formazione per garantire la massima riservatezza sui membri.

## COME USARE QUESTO MANUALE

- Questo manuale descrive come funziona il nuovo piano sanitario, e come è possibile ottenere il massimo da MetroPlus Enhanced. Questo manuale è la tua guida ai servizi di salute e benessere. Indica le misure da adottare per fare in modo che il Piano risponda ai tuoi bisogni.
- Nelle prime pagine trovi le informazioni che devi conoscere subito. Il resto del manuale può essere consultato quando ne hai bisogno. Usalo per riferimento o scopritelo un poco alla volta. Sei hai dei dubbi, consultare questo Manuale oppure chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626. Puoi anche chiamare il numero verde di New York Medicaid Choice 1- 800-505-5678.

## SUPPORTO DALL'ASSISTENZA ADERENTI

L'Assistenza per gli aderenti è a tua disposizione:

da lunedì a sabato dalle 8:00 alle 20:00

numero verde: 1-800-303-9626

Se sei un non udente (o hai problemi di udito) e disponi di un dispositivo TDD/TTY, puoi contattare il numero verde: **711**.

Se hai un problema di vista e desideri utilizzare un manuale in braille o ascoltare una audioregistrazione di questo manuale, contatta l'Assistenza per gli aderenti.

Se hai bisogno di assistenza medica dopo l'orario lavorativo, nei fine settimana o nei giorni festivi, chiama il numero verde di MetroPlus attivo 24 ore su 24 al **1-800-442-2560**.

**Per le crisi di salute comportamentale, chiama il numero verde 1-855-371-9228**

- Puoi chiamare l'Assistenza per gli aderenti per ricevere aiuto **in qualsiasi momento se hai una domanda**. Puoi chiamarci per scegliere o cambiare il tuo Medico di Base (PCP in breve) oppure per ottenere informazioni su prestazioni e servizi, ricevere aiuto con le visite mediche, sostituire una tessera smarrita, segnalare una gravidanza o la nascita di un bambino, o chiedere chiarimenti su eventuali variazioni che possano influenzare le tue prestazioni.

- Offriamo **sessioni gratuite** per descrivere il nostro piano sanitario e spiegare come possiamo aiutarti al meglio. È il momento giusto per porre domande e incontrare altri aderenti. Se desideri partecipare a una delle sessioni, telefona per trovare la data e il luogo migliori per te.
- **Se non parli inglese**, possiamo aiutarti. Vogliamo che tu comprenda come utilizzare il piano di assistenza sanitaria, indipendentemente dalla lingua che parli. Devi solo chiamarci e noi troveremo un modo di parlare con te nella tua lingua. Abbiamo un gruppo di persone che possono aiutarti. Possiamo aiutarti a trovare un Medico di base (PCP) che è in grado di comunicare con te nella tua lingua.
- **Per le persone con disabilità:** Se utilizzi una sedia a rotelle, sei un non vedente o hai problemi di udito o di comprensione, chiamaci qualora ti serva ulteriore assistenza. Possiamo farti sapere se l'ufficio di un particolare fornitore è accessibile ai disabili o è dotato di dispositivi di comunicazione speciali. Inoltre, prestiamo servizi come:
  - Dispositivo TTY/TDD (il nostro numero di telefono TTY è 711)
  - Documenti con caratteri ingranditi
  - Gestione dei casi
  - Aiuto per fissare appuntamenti e raggiungere il luogo dell'appuntamento
  - Nomi e indirizzi di fornitori specializzati nella tua disabilità
- **Se stai ricevendo assistenza domiciliare**, l'infermiere o un operatore potrebbero non sapere che hai aderito al nostro piano. **Chiamaci subito per** assicurarti che la tua assistenza domiciliare non sia interrotta improvvisamente.

## LA TUA TESSERA IDENTIFICATIVA DEL PIANO

Dopo la registrazione, ti invieremo una **lettera di benvenuto**. La tua carta MetroPlus dovrebbe arrivare entro 14 giorni dalla data di iscrizione. La carta riporta il nome e il numero di telefono del Medico di base (PCP). Indica anche il Numero di identificazione del cliente (CIN). In caso di errori sulla carta MetroPlus, chiamaci subito. La tua tessera Metroplus non indica che fai parte di Medicaid né che MetroPlus Enhanced è un particolare tipo di piano sanitario.

Porta sempre con te la tessera, e mostrala ogni volta che fruisce di una prestazione sanitaria. Se hai bisogno di cure prima che la tessera ti sia recapitata, potrai utilizzare la Lettera di benvenuto in MetroPlus Enhanced. Conserva anche la tua tessera per le prestazioni Medicaid. Avrai bisogno della tessera Medicaid per ottenere servizi non coperti da MetroPlus Enhanced.

## PARTE I --- Le cose che devi sapere

### COME SCEGLIERE IL TUO MEDICO DI BASE (PCP)

- Forse hai già scelto il tuo PCP (Medico di base). **Se non hai scelto un PCP, ti consigliamo di farlo immediatamente.** Se non scegli un medico entro 30 giorni, sceglieremo noi al posto tuo.



L'Assistenza per gli aderenti (1-800-303-9626) può verificare se un Medico di Base è stato scelto per te, o aiutarti a sceglierne uno. **Puoi anche scegliere un PCP presso la tua clinica di medicina comportamentale.**

Puoi consultare il tuo Elenco fornitori online su [www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced). L'Elenco fornitori riporta tutti i medici, le cliniche, gli ospedali, i laboratori e gli altri operatori che lavorano con MetroPlus. Elenca l'indirizzo, il numero di telefono e la formazione specifica dei medici.

L'Elenco fornitori mostrerà i medici e i fornitori che sono in grado di accettare nuovi pazienti.

Quando scegli un PCP, ti consigliamo di chiamare il suo studio per verificare che accetti nuovi pazienti. Puoi anche richiedere una copia dell'Elenco fornitori per la Contea in cui vivi, o quella in cui intendi cercare il tuo fornitore, visitando il sito [www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced) o chiamando l'Assistenza per gli aderenti 1-800-303-9626.

Ti consigliamo di trovare un medico che:

- ti ha già visitato in passato,
  - comprenda i tuoi problemi di salute,
  - accetti nuovi pazienti,
  - parli la tua lingua,
  - sia facile da raggiungere,
  - eserciti in una clinica che tu frequenti.
- Le donne possono anche scegliere uno dei nostri Ostetrici/Ginecologi che si occupano della salute femminile.
  - Abbiamo inoltre attuato contratti con numerosi FQHC (Federally Qualified Health Centers, Centri sanitari con accredito federale). Tutti gli FQHC offrono cure di base e specialistiche. Alcuni pazienti preferiscono rivolgersi agli FQHC in quanto i centri vantano una storia consolidata nel quartiere. In alcuni casi vengono scelti perché sono facilmente raggiungibili. Devi sapere che puoi scegliere liberamente. Puoi scegliere uno dei nostri fornitori. Oppure puoi optare per un PCP in uno dei FQHC con cui collaboriamo, indicati di seguito. Chiama l'Assistenza per gli aderenti (1-800-303-9626) per ricevere aiuto.

**L'elenco dei FQHC disponibili si trova nelle pagine 11-13 dell'Elenco fornitori.**

- In quasi tutti i casi, i medici sono fornitori di MetroPlus Enhanced. In quattro casi è possibile **consultare un altro fornitore a cui ti eri rivolto prima di aderire a MetroPlus Enhanced.** In questi casi, il fornitore deve accettare di lavorare con MetroPlus Enhanced. Puoi continuare a rivolgerti al tuo fornitore se:
  - sei in gravidanza da oltre 3 mesi quando aderisci a MetroPlus Enhanced e richiedi cure prenatali. In questo caso, è possibile conservare il tuo medico fino a dopo il parto attraverso l'assistenza post-parto.
  - Nel momento in cui aderisci a MetroPlus Enhanced, hai una malattia che mette a rischio la tua vita o una patologia che peggiora con il tempo. In questo caso, puoi richiedere di mantenere il tuo fornitore per un massimo di 60 giorni.

- Nel momento in cui aderisci a MetroPlus Enhanced sei in cura per un disturbo comportamentale. In questo caso, puoi richiedere di mantenere il tuo fornitore per un massimo di 2 giorni.

Nel momento aderisci a MetroPlus Enhanced, la copertura ordinaria Medicaid pagava l'assistenza domiciliare, e hai bisogno che tale copertura sia mantenuta per un periodo di almeno 120 giorni. In tale caso, puoi mantenere la medesima agenzia di cure domiciliari, lo stesso infermiere o operatore, e la stessa quantità di assistenza domiciliare per almeno 90 giorni. MetroPlus Enhanced deve comunicare eventuali modifiche alla tua assistenza domiciliare prima che le modifiche entrino in vigore.

- Se ne hai bisogno, puoi **modificare il tuo PCP** nei primi 30 giorni dopo il primo appuntamento con lui. Successivamente, potrai cambiare una volta ogni sei mesi, senza motivazione o più spesso, se sussiste una valida ragione. Puoi inoltre cambiare il tuo Ostetrico/Ginecologo o uno specialista che sia stato prescritto dal tuo PCP.
- Se il tuo **fornitore lascia** MetroPlus Enhanced, te lo comunicheremo entro 5 giorni dalla data in cui ne veniamo a conoscenza. Se lo desideri, potrai avere quel fornitore *se* sei in stato di gravidanza da più di tre mesi oppure sei attualmente in terapia per una determinata malattia. In caso di gravidanza, ti sarà possibile continuare a rivolgerti al tuo medico lungo tutta la fase di assistenza post-parto. Se consulti un medico regolarmente per un problema sanitario particolare, puoi continuare la terapia in corso fino a 90 giorni. Il medico deve accettare di lavorare con MetroPlus Enhanced durante questo periodo. Contatta il tuo PCP o l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 per verificare se queste condizioni sono pertinenti per il tuo caso.

## **GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE**

MetroPlus Enhanced è responsabile della prestazione e del coordinamento dei servizi per la tua salute fisica e comportamentale. Ci avvaliamo di programmi di assistenza domiciliare per coordinare i servizi per i nostri membri. Puoi scegliere un programma di assistenza domiciliare e noi ti inviteremo a iscriverti a un programma di assistenza domiciliare (Health Home) per la tua gestione dalle tue cure.

MetroPlus Enhanced può aiutarti ad aderire a un programma di assistenza sanitaria domiciliare, che ti assegnerà il tuo Coordinatore sanitario domiciliare. Il Coordinatore sanitario domiciliare può aiutarti a fissare gli appuntamenti, a ottenere servizi sociali e a tenere traccia dei tuoi progressi.

Il tuo Coordinatore sanitario domiciliare è responsabile di fornire una valutazione per capire quali servizi comportamentali su base domiciliare e territoriale siano necessari per te. Utilizzando la valutazione, tu e il tuo Coordinatore sanitario domiciliare metterete a punto insieme un Piano di cura su misura per te.

Il Coordinatore sanitario domiciliare può:

- Collaborare con il tuo PCP e altri fornitori per coordinare tutti i tuoi trattamenti sanitari e comportamentali;

- Collaborare con le persone di cui ti fidi, come i tuoi familiari o i tuoi amici, per aiutarti a pianificare e a seguire la terapia;
- Sostenerti per ottenere servizi sociali, come SNAP (buoni pasto) e altre prestazioni di servizio sociale;
- Sviluppare un piano di cura con te per aiutarti a identificare le tue esigenze e i tuoi obiettivi;
- Svolgere una valutazione per stabilire le tue esigenze di servizio sociale;
- Aiutarti per gli appuntamenti con il tuo PCP e altri fornitori;
- Aiutarti a gestire le patologie croniche, come diabete, asma e ipertensione;
- Aiutarti a trovare i servizi per la perdita di peso, l'alimentazione sana, l'esercizio fisico e smettere di fumare;
- Fornirti supporto durante il trattamento;
- Identificare le risorse necessarie che si trovano nella tua comunità;
- Aiutarti nella ricerca o nella presentazione di domande per trovare un alloggio stabile;
- Aiutarti a tornare tranquillamente a casa dopo una degenza in ospedale; e
- Assicurare che tu riceva le terapie post intervento, i tuoi farmaci e gli altri servizi necessari.

Il Coordinatore sanitario domiciliare si metterà in contatto con te immediatamente per capire quali siano le cure necessarie e per aiutarti con gli appuntamenti. Il tuo Coordinatore sanitario domiciliare, o un rappresentante del tuo fornitore di assistenza domiciliare, sono disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Puoi contattare l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 dal lunedì al sabato, tra le 8:00 e le 20:00 oppure, se devi parlare con qualcuno fuori dall'orario d'ufficio, la domenica, nei festivi e in caso di crisi, chiamando il 1-855-371-9228.

## **ASSISTENZA SANITARIA ORDINARIA**

- La tua assistenza sanitaria include controlli regolari per tutte le esigenze mediche. Forniamo impegnative per visite presso ospedali o specialisti. Vogliamo che i nuovi membri incontrino il proprio Medico di base per una prima visita medica subito dopo l'adesione a MetroPlus Enhanced. Questo ti darà la possibilità di parlare con il tuo Medico di base dei problemi di salute di cui hai sofferto in passato, dei farmaci che assumi e di eventuali domande che intendi rivolgere.
- Di giorno o di notte, ti basta chiamare il tuo PCP. Chiama il tuo PCP ogni volta che hai una domanda o un problema di salute. Se hai bisogno di parlargli al termine dell'orario di ufficio o nei fine settimana, lascia un messaggio e indica in che modo puoi essere raggiunto. Il tuo PCP ti richiamerà il più rapidamente possibile. Ricorda che il tuo PCP ti conosce, e sa come funziona il piano sanitario.
- Puoi contattare MetroPlus Enhanced 24 ore su 24, sette giorni su sette al numero 1-800-303-9626, se vuoi rivolgere domande sull'accesso ai servizi oppure se non riesci, per qualsiasi motivo, a parlare con il tuo Medico di base.

- La tua terapia deve essere **cl clinicamente necessaria**; i tuoi trattamenti devono essere indicati per:
  - prevenire o diagnosticare e correggere ciò che potrebbe causare maggiore sofferenza, o
  - affrontare una situazione che possa mettere a repentaglio la tua vita, o
  - affrontare un problema che possa causare una patologia, o
  - affrontare una problematica in grado di limitare le tue ordinarie attività.
  
- Il tuo PCP si prenderà cura della maggior parte delle tue esigenze sanitarie. Per incontrare il PCP è necessario fissare un appuntamento. Se non riesci a essere presente all'appuntamento, comunicalo al tuo PCP.
  
- Non appena avrai scelto un PCP, chiamalo per fissare il primo appuntamento. Se ti è possibile, preparati per il tuo primo appuntamento. Il tuo PCP avrà bisogno di sapere il più possibile circa la tua storia clinica. Fai un elenco della tua storia clinica, gli eventuali problemi di cui soffri ora, tutti i farmaci che stai assumendo e le domande che intendi rivolgere al tuo PCP. Nella maggior parte dei casi, la tua visita dovrebbe svolgersi entro quattro settimane dalla tua adesione al piano. Se hai bisogno di un trattamento nelle prossime settimane, prendi il primo appuntamento già nella prima settimana di adesione al piano MetroPlus Enhanced. Il Coordinatore sanitario domiciliare potrà aiutarti a prepararti per il primo appuntamento.
  
- **Se hai bisogno di trattamenti prima del primo appuntamento**, potrai chiamare lo studio del PCP e spiegare la tua situazione. Lui o lei ti darà un appuntamento con precedenza in relazione a tale problema. (Mantieni comunque il tuo primo appuntamento per discutere la tua storia clinica e rivolgere le domande che ritieni opportune).
  
- Utilizza l'elenco che segue come una guida per il periodo di attesa successivo alla tua richiesta di appuntamento. Il tuo Coordinatore sanitario potrà anche aiutarti a fissare gli appuntamenti.
  - cure urgenti: entro 24 ore
  - visite per patologie non urgenti: entro 3 giorni
  - di routine, cure preventive: entro 4 settimane
  - prima visita pre-natale: entro 3 settimane durante il primo trimestre (2 settimane durante il 2°, entro 1 settimana durante il 3°)
  - prima visita pianificazione familiare: entro 2 settimane
  - visita di follow-up dopo accesso al pronto soccorso o ricovero per problema di salute mentale/abuso di sostanze: 5 giorni
  - visita psichiatrica non urgente o visita con specialista per abuso di sostanze: entro 2 settimane.
  - visita di base e di routine per adulti: entro 4 settimane

## **SERVIZI DOMICILIARI E TERRITORIALI PER LA SALUTE COMPORTAMENTALE (BHHCBS)**

L'assistenza comportamentale comprende i servizi sanitari e quelli per il trattamento delle dipendenze. Puoi accedere ai servizi che migliorano la tua salute psichica. È anche possibile ottenere aiuto in caso di alcolismo o di altri problemi legati all'abuso di sostanze.

Se hai bisogno di aiuto per la tua vita sociale, MetroPlus Enhanced fornisce servizi aggiuntivi noti come Servizi domiciliari e territoriali per la salute comportamentale (Behavioral Health Home and Community Based Services, BHHCBS). Questi servizi possono aiutarti a stare fuori dall'ospedale e a reinserirti socialmente. Alcuni servizi possono aiutarti a raggiungere gli obiettivi della tua vita in termini di occupazione, scuola o altre aree su cui vorresti lavorare.

Per beneficiare di questi servizi, sarà necessario ottenere una valutazione. Per saperne di più, chiamaci al 1-800-303-9626 oppure chiedi al tuo Coordinatore sanitario.

Vedi pagina 27 di questo Manuale per ulteriori informazioni su questi servizi e su come ottenerli.

## **COME OTTENERE ASSISTENZA SPECIALISTICA E IMPEGNATIVE**

- Se hai bisogno di trattamenti che il tuo PCP non è in grado di offrire, il tuo Medico di base ti potrà DARE UNA IMPEGNATIVA per altri specialisti. Se il PCP ti prescrive una visita presso un altro medico della nostra rete di fornitori, la prestazione sarà coperta dal Piano. La maggior parte di questi specialisti sono fornitori di MetroPlus Enhanced. Parla con il tuo PCP per assicurarti di sapere come funzionano le impegnative per gli specialisti.
- Se pensi che lo specialista non soddisfi le tue esigenze, rivolgiti al tuo PCP. Il tuo PCP può aiutarti se hai bisogno di vedere uno specialista diverso.
- Esistono alcuni trattamenti e servizi per la cui prescrizione il PCP deve chiedere l'approvazione *preventiva* del piano MetroPlus Enhanced. Il tuo PCP sarà in grado di indicarti quali sono.
- Se hai difficoltà a raggiungere il professionista che devi incontrare, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.
- **Se nella nostra rete non sono presenti fornitori in grado di prestare le cure necessarie, potrai rivolgerti a uno specialista al di fuori della rete del nostro Piano. Ciò è noto come prescrizione presso un fornitore esterno alla rete. Il tuo PCP o fornitore convenzionato deve chiedere a MetroPlus Enhanced l'approvazione *prima di ottenere* una visita presso uno specialista esterno. Se il PCP o il fornitore convenzionato ti prescrive una visita presso uno specialista esterno non sarai responsabile dei costi, fatte salve le eventuali quote a carico dell'assicurato, così come descritte in questo manuale.**
- **Per ottenere una visita presso uno specialista, il medico ci deve fornire alcune informazioni. Una volta ottenute tutte queste informazioni, decideremo entro 1-3 giorni se puoi recarti dallo specialista esterno. In ogni caso, la decisione non ti sarà mai**

**comunicata oltre 14 giorni dalla data di ricezione della tua richiesta. Tu o il tuo medico potrete richiedere un riesame veloce, se il medico ritiene che un ritardo possa provocare un danno grave alla tua salute. In quel caso, decideremo e ti comunicheremo la nostra decisione entro 1-3 giorni lavorativi. Per informazioni sullo stato della tua richiesta, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.**

- A volte non approviamo la visita di uno specialista esterno perché abbiamo un fornitore in MetroPlus Enhanced che può prenderti in cura. Se pensi che il fornitore del nostro piano non abbia la formazione o l'esperienza giusta per prendersi cura di te, puoi chiederci di verificare se la visita dello specialista esterno è clinicamente necessaria. Dovrai **presentare ricorso al Piano**. Vedi pagina 37 per scoprire come.
  - A volte potremmo non approvare la visita di uno specialista esterno per un trattamento specifico, in quanto la terapia da te richiesta non è molto diversa da quella del fornitore di MetroPlus Enhanced. Potrai chiedere di verificare se la terapia da te richiesta, prestata da uno specialista esterno, sia clinicamente necessaria. Dovrai presentare ricorso al Piano. Vedi pagina 37 per scoprire come.
- Se hai bisogno di accedere a uno specialista per trattamenti a lungo termine, il tuo PCP può darti impegnative per un determinato numero di visite o per un determinato periodo (una **impegnativa ripetibile**). Se hai ricevuto una impegnativa ripetibile, non avrai bisogno di una nuova prescrizione ogni volta che dovrai sottoposti al trattamento.
  - *Se sei affetto da una malattia a lungo termine o da una malattia invalidante che peggiora nel corso del tempo*, il tuo PCP può organizzare quanto segue:
    - fare in modo che il tuo specialista operi come PCP; o
    - prescriverti una visita medica specialistica in un centro di cura specializzato nel trattamento della tua patologia.Puoi anche contattare l'Assistenza per gli aderenti per ottenere aiuto per l'accesso a un centro specialistico.

## **OTTENERE QUESTI SERVIZI DAL NOSTRO PIANO SENZA UNA IMPEGNATIVA**

### **Salute della donna**

L'impegnativa del tuo PCP non è necessaria per ricevere una visita presso uno dei nostri fornitori, SE

- sei incinta, o
- hai bisogno di servizi di Ostetricia/Ginecologia, o
- hai bisogno di servizi di Pianificazione familiare, o
- desideri consultare un'ostetrica; o
- devi sottoposti a una visita senologica o pelvica.

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 14**

## **Pianificazione familiare**

- Puoi ottenere i seguenti servizi di pianificazione familiare: consigli sul controllo delle nascite, prescrizioni per il controllo delle nascite, preservativi maschili e femminili, test di gravidanza, sterilizzazione o aborto. Durante tali visite, è anche possibile ottenere test per le malattie sessualmente trasmissibili, esami per il cancro al seno o esami pelvici.
- *Non hai bisogno di una impegnativa* del tuo PCP per fruire di questi servizi. In realtà, è possibile scegliere dove ricevere questi servizi. Puoi utilizzare la *carta MetroPlus* per rivolgerti a uno dei nostri specialisti in pianificazione familiare. Controlla l'Elenco fornitori o chiama l'Assistenza per gli aderenti per identificare un fornitore.
- In alternativa, puoi utilizzare la carta *Medicaid*, se desideri andare da un medico o recarti in una clinica esterna al nostro piano. Chiedi al tuo PCP o all'Assistenza per gli aderenti 1-800-303-9626 l'elenco delle strutture dove puoi ottenere tali servizi. Puoi anche chiamare la linea verde Growing Up Healthy (1-800-522-5006) dello Stato di New York per conoscere gli specialisti in pianificazione familiare della tua zona.

## **Screening HIV e MTS**

Tutti dovrebbero conoscere il proprio stato di sieropositività. L'HIV e le infezioni a trasmissione sessuale fanno parte dell'ordinaria assistenza sanitaria cui hai diritto.

- Puoi richiedere un test per l'HIV o per le MTS ogni volta che ti rechi presso lo studio o la clinica per una visita.
- Puoi richiedere un test per l'HIV o per le MTS ogni volta che ricevi servizi di pianificazione familiare. *Non hai bisogno di una impegnativa* del tuo PCP (Medico di base). Basta prendere un appuntamento con qualsiasi consulente in pianificazione familiare. Se desideri sottoporsi a un test per HIV o per le MTS, ma *non nell'ambito di un servizio di pianificazione familiare*, il tuo PCP può fornirtelo o organizzarlo per te.
- Oppure, se preferisci non rivolgerti a uno dei fornitori di MetroPlus Enhanced, puoi utilizzare la carta Medicaid per rivolgerti a uno specialista in pianificazione familiare esterno alla nostra rete. Per trovare un fornitore convenzionato con il Piano o con Medicaid che presti servizi di pianificazione familiare, ti invitiamo a chiamare l'Assistenza per gli aderenti 1-800-303-9626.
- Tutti dovrebbero parlare con il proprio medico per sottoporsi a un test per l'HIV. Per ottenere un test HIV gratuito o un test anonimo, chiama il 1-800-541-AIDS (inglese) o il 1-800-233-SIDA (spagnolo).

Alcuni esami sono "test diagnostici rapidi" e i risultati sono pronti in giornata. Il fornitore che svolge il test ti illustrerà i risultati e organizzerà la terapia di follow-up, se necessaria. Potrai anche

imparare a proteggere il tuo partner. Se il tuo test è negativo, possiamo aiutarti restare in questa condizione.

### **Servizi di prevenzione per l'HIV**

Avrai a disposizione numerosi servizi di prevenzione per l'HIV. Ti parleremo di qualsiasi comportamento che possa mettere te stesso o gli altri a rischio di trasmettere l'HIV o altre malattie a trasmissione sessuale. Siamo in grado di aiutarti a imparare come proteggerti. Possiamo anche aiutarti a ottenere profilattici gratuiti per uomini e donne, e siringhe pulite.

Se sei sieropositivo, possiamo aiutarti a parlare con il tuo partner. Possiamo aiutarti a parlare con la tua famiglia e gli amici e ad aiutarli a comprendere l'HIV e l'AIDS; possiamo aiutarti inoltre a ottenere le terapie. Se hai bisogno di aiuto per parlare della tua sieropositività con partner futuri, il personale di MetroPlus Enhanced ti assisterà. Possiamo anche aiutarti a parlare ai tuoi figli dell'HIV.

### **Cure oftalmologiche**

L'offerta comprende i servizi necessari di un oculista, optometrista e un oftalmologo, e include un esame della vista e un paio di occhiali, se necessari. In generale, tali servizi possono essere richiesti una volta ogni due anni o più frequentemente, se clinicamente necessari. Gli aderenti diabetici possono chiedere automaticamente un esame della retina (con pupille dilatate) una volta ogni 12 mesi. Sarà sufficiente scegliere uno dei nostri fornitori.

I nuovi occhiali da vista, con montatura approvata da Medicaid, sono di solito forniti una volta ogni due anni. Le nuove lenti possono essere ordinate più spesso, se, ad esempio, il tuo visus cambia di più di metà diottria. Se gli occhiali si rompono, possono essere riparati. Gli occhiali persi o rotti che non possono essere riparati saranno sostituiti con la stessa prescrizione e con una montatura analoga. Se hai bisogno di una visita di un oculista per una malattia o un difetto della vista, il tuo PCP ti manderà dallo specialista.

### **Medicina comportamentale (salute mentale e abuso di sostanze)**

Vogliamo aiutarti a ottenere i servizi relativi alla salute mentale e all'abuso di sostanze di cui tu possa avere bisogno.

Se in qualsiasi momento pensi di aver bisogno di aiuto per la salute mentale o l'abuso di sostanze, puoi rivolgerti a uno specialista in medicina comportamentale che accetti Medicaid, per comprendere i servizi di cui tu hai bisogno. Ciò include servizi come clinica e disintossicazione.

**Non hai bisogno dell'impegnativa del tuo PCP.**



## **Smettere di fumare**

È possibile ottenere farmaci, forniture e consulenza se vuoi aiuto per smettere di fumare. Non hai bisogno dell'impegnativa del tuo PCP per fruire di questi servizi.

## **Screening per depressione materna**

Se sei incinta e pensi di aver bisogno di aiuto per la depressione, puoi ottenere uno screening per capire quali servizi potrebbe essere necessari. Non hai bisogno dell'impegnativa del tuo PCP. Puoi sottoporsi a uno screening durante la gravidanza e per un massimo di un anno dopo il parto.

## **Servizi di riduzione del rischio**

Se hai bisogno di aiuto per disturbi legati all'abuso di sostanze, i Servizi di riduzione del rischio offrono un approccio centrato sul paziente per migliorare la tua salute e il tuo benessere. MetroPlus Enhanced copre servizi che possono aiutarti a ridurre l'uso di sostanze e altri pericoli correlati. Questi servizi comprendono:

- Un piano di cura sviluppato da operatori esperti nei trattamenti per i tossicodipendenti.
- Servizi di supporto per aiutarti a raggiungere i tuoi obiettivi.
- Gruppi di supporto in contesti sicuri, per parlare con gli altri di questioni che condizionano la tua salute e il tuo benessere.
- Consulenza per aiutarti ad assumere i tuoi farmaci da prescrizione e proseguire il trattamento.
- Gruppi di supporto per aiutarti a comprendere meglio l'abuso di sostanze e individuare strategie e abilità che possano funzionare per te.

Per conoscere meglio questi servizi, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

## **Emergenze**

Sei sempre coperto a fronte di qualsiasi emergenza. Nello Stato di New York, per situazione di emergenza si intende una condizione sanitaria o comportamentale:

- che si manifesta all'improvviso; e
- presenta dolore o altri sintomi.

Per emergenza si intende un caso in cui una persona con una conoscenza medica media abbia il timore che qualcuno possa subire gravi danni a parti o funzioni del suo organismo o gravi deturpazioni senza cure adeguate e immediate.

Gli esempi di emergenza includono:

- attacco di cuore o dolore al petto di intensità elevata
- emorragia che non si arresta o ustione di grado elevato
- fratture ossee
- difficoltà respiratorie / convulsioni / perdita di coscienza

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 17**

- sentire che si possa ferire se stessi o gli altri
- in caso di gravidanza, presenza di dolore, sanguinamento, febbre o vomito
- overdose da droga

Esempi di **situazioni non emergenziali** sono: raffreddore, mal di gola, mal di stomaco, piccoli tagli e contusioni o lesioni muscolari.

Le situazioni non emergenziali possono essere anche problemi familiari, l'interruzione di una relazione o il desiderio di consumare alcool o altre droghe. Tali situazioni possono essere percepite come una situazione di emergenza, ma non sono un motivo per recarsi al pronto soccorso.

**Se ci si trova in una situazione di emergenza, ecco cosa fare:**

- *Se credi di trovarti in una situazione di **emergenza***, chiama il 911 o recati al pronto soccorso. Per ottenere cure di emergenza non è necessaria l'approvazione di MetroPlus Enhanced né del proprio PCP, e non sei tenuto a utilizzare i nostri ospedali o i nostri medici.
- *Se non sei sicuro, chiama il tuo PCP o MetroPlus Enhanced.*

Segnala al tuo interlocutore cosa sta accadendo. Il tuo rappresentante PCP o MetroPlus Enhanced interverrà come segue:

- ti dirà cosa fare a casa, o
  - ti inviterà a recarti presso la sede del PCP,
  - ti parlerà dei servizi territoriali cui puoi accedere, come gli incontri in 12 tappe o una comunità, o
  - ti inviterà a recarti al pronto soccorso più vicino.
- **Puoi contattare inoltre l'Assistenza per gli aderenti di MetroPlus Enhanced al 1-800-303-9626, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, se hai una crisi o hai bisogno di aiuto per un problema di salute mentale o di abuso di sostanze.**
  - *Se sei fuori zona* quando si verifica la situazione di emergenza:
    - chiama il 911 oppure dirigi al pronto soccorso più vicino.
    - Chiama MetroPlus Enhanced non appena possibile (entro 48 ore, se possibile).

## **Ricorda**

**Non occorre alcuna previa autorizzazione per i servizi di emergenza.**

Utilizza il pronto soccorso **solo** in caso di **REALE EMERGENZA**.

Il Pronto Soccorso **NON** deve essere utilizzato per problemi come influenza, mal di gola o le infezioni dell'orecchio.

Se hai domande ti invitiamo a contattare il tuo PCP o il nostro piano al numero 1-800-303-9626.

**Numero di telefono del Servizio per crisi comportamentali 1-855-371-9228.**

## **Cure urgenti**

Puoi essere vittima di un infortunio o di una malattia che non costituisce non rappresenta un'emergenza, ma richiede comunque cure tempestive.

- Potrebbe essere l'influenza o la necessità di applicare punti di sutura.
- Potrebbe essere una distorsione alla caviglia o una brutta scheggia non riesci a rimuovere da te.

È possibile ottenere un appuntamento per una visita urgente per il giorno stesso o quello seguente. Se sei a casa o fuori, chiama il PCP a qualsiasi ora del giorno e della notte. Se non riesci a contattarlo, contattaci al numero 1-800-303-9626. Segnala al tuo interlocutore cosa sta accadendo. Ti dirà cosa fare.

## **Cure al di fuori degli Stati Uniti**

Se viaggi al di fuori degli Stati Uniti, è possibile ottenere cure urgenti e di emergenza solo nel Distretto di Columbia, a Porto Rico, alle Isole Vergini, a Guam, alle Isole Marianne Settentrionali e nella Samoa Americane. Se hai bisogno di cure mediche mentre ti trovi in tutti gli altri Paesi (compresi Canada e Messico), le cure saranno a tuo carico.

## **VOGLIAMO CHE TU RESTI IN SALUTE**

Oltre ai regolari controlli e alle vaccinazioni di cui hai bisogno, elenchiamo qui alcuni servizi e strategie che offriamo per farti stare in salute:

- Corsi per smettere di fumare
- Assistenza prenatale e nutrizionale

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 19**

- Assistenza in caso di lutto/perdita
- Allattamento al seno e cura del bambino
- Gestione dello stress
- Controllo del peso
- Controllo del colesterolo
- Consulenza per diabete e corsi per l'autocontrollo
- Consulenza per asma e corsi per l'autocontrollo
- Test per le malattie a trasmissione sessuale (MTS) e protezione dalle MTS
- Servizi per la violenza domestica

Chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 o visita il nostro sito [www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced) per scoprire di più e consultare l'elenco dei prossimi corsi.

## **PARTE 2 - LE PRESTAZIONI E LE PROCEDURE DEL PIANO**

Il resto di questo manuale è per tua informazione quando ne avrai bisogno. Elenca i servizi coperti e non coperti. Se vuoi presentare reclamo, il manuale ti dice cosa fare. Il manuale contiene altre informazioni che possono risultare utili. Tieni il manuale a portata di mano per la tua futura necessità.

\*\*\*\*\*

### **PRESTAZIONI**

**I piani sanitari e di riabilitazione forniscono una serie di servizi aggiuntivi rispetto a quelli coperti di norma da Medicaid. Forniremo o organizzeremo la maggior parte dei servizi di cui avrai bisogno. Alcuni servizi, tuttavia, possono essere ottenuti senza la mediazione del tuo PCP. Questi comprendono cure di emergenza, pianificazione familiare, test HIV, servizi mobili per le crisi; e specifici servizi di prescrizione autonoma presso gli specialisti, compresi quelli ottenibili nell'ambito di MetroPlus Enhanced e altri prestati da qualsiasi fornitore Medicaid.**

### **SERVIZI COPERTI DAL NOSTRO PIANO**

**Potrai ottenere questi servizi dai fornitori convenzionati con il Piano.** Tutti i servizi devono essere necessari dal punto di vista sanitario o clinico, e devono essere forniti o prescritti dal tuo PCP (Medico di base). Chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 se hai bisogno di informazioni o aiuto per uno qualsiasi dei servizi sottostanti.

#### **Assistenza medica ordinaria**

- visite nello studio del tuo PCP
- impegnative per gli specialisti
- esami diagnostici per la vista/udito
- aiuto per non ritardare l'assunzione di farmaci
- coordinamento per i trattamenti e le prestazioni

#### **Cure preventive**

- check-up regolari
- accesso ad aghi e siringhe gratuiti
- consulenza per smettere di fumare
- educazione per HIV e riduzione del rischio
- impegnative per Strutture territoriali (CBO) per le terapie di supporto
- assistenza per smettere di fumare

#### **Assistenza alla maternità**

- assistenza durante la gravidanza
- medici/ostetrici e servizi ospedalieri

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 21**

- screening per la depressione durante la gravidanza e fino a un anno dopo la nascita

### **Assistenza sanitaria domiciliare**

- Deve essere necessaria dal punto di vista medico e organizzata da MetroPlus Enhanced
- Una visita post-parto clinicamente necessaria, visite aggiuntive che si rendano necessarie per le gravidanze ad alto rischio
- Altre forme di assistenza domiciliare come necessarie e indicate dal PCP/specialista

### **Cura personale/Assistenza domiciliare/Servizi di assistenza personale orientati all'utente (CDPAS)**

- Devono essere clinicamente necessarie e organizzate da MetroPlus Enhanced
- Cura personale/Assistente domiciliare - Aiuto per igiene personale, per vestirsi e alimentarsi, aiuto per la preparazione dei pasti e per le pulizie domestiche.
- CDPAS - Assistenza per lavarsi, vestirsi e mangiare, aiuto per preparare i pasti e fare le pulizie, oltre ad aiuto domiciliare e assistenza infermieristica. Tale servizio è fornito da un operatore scelto da te, che segue le tue indicazioni. Per informazioni contatta MetroPlus Enhanced al 1-800-303-9626.

### **Sistema di risposta alle emergenze personali (PERS)**

Questo è un dispositivo che si indossa quando si ha bisogno di aiuto per un'emergenza. Per avere diritto a tale servizio, devi ricevere i servizi di assistenza domiciliare o CDPA. Il sistema PERS è gestito da MetroPlus Enhanced.

### **Cure sanitarie diurne per adulti**

- Devono essere raccomandate dal tuo Medico di base (PCP) e gestite da MetroPlus Enhanced.
- Includono educazione sanitaria, assistenza nutrizionale, infermieristica e sociale, aiuto per la vita quotidiana, terapia riabilitativa, servizi di farmacia, oltre a impegnative per cure specialistiche dentistiche e altre cure specialistiche.

### **Terapia per tubercolosi**

- È l'assistenza per assumere farmaci per la tubercolosi e nella terapia di follow-up.

### **Trattamenti di fine vita**

- I trattamenti di fine vita aiutano i pazienti e le loro famiglie ad affrontare i bisogni particolari che emergono durante le fasi finali della malattia e dopo la morte.
- Devono essere clinicamente necessari e gestiti da MetroPlus Enhanced
- Includono servizi di supporto e alcuni servizi sanitari per i pazienti malati che hanno un'aspettativa di vita pari o inferiore a un anno.

- È possibile ottenere questi servizi a casa propria o presso una struttura infermieristica.

In caso di domande su questi servizi, ti invitiamo a chiamare l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.

### **Cure odontoiatriche**

MetroPlus Enhanced ritiene che fornirti valide cure ortodontiche sia importante per il complesso dei trattamenti che ricevi. Offriamo cure dentali tramite la collaborazione con HealthPlex, una società specializzata nella fornitura di servizi odontoiatrici di qualità. I servizi coperti comprendono cure dentistiche regolari e di routine come controlli preventivi, igiene, radiografie, otturazioni e altri servizi per verificare la presenza di cambiamenti o anomalie che potrebbero richiedere un trattamento e/o un percorso di cura. *Non hai bisogno dell'impegnativa del tuo PCP per andare dal dentista!*

### **Come ottenere i servizi odontoiatrici:**

**Devi scegliere un dentista per le cure primarie. MetroPlus si affida a HealthPlex per i propri servizi odontoiatrici. HealthPlex può contare su dentisti specializzati in odontoiatria generale, odontoiatria pediatrica, chirurgia orale e malattie gengivali. Contatta HealthPlex al 1-888-468-2189 per scegliere un dentista per le cure primarie. Puoi consultare online l'elenco dei dentisti convenzionati su [www.Metroplus.org](http://www.Metroplus.org) o richiederlo chiamando l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626. Se non scegli un dentista, te ne sarà assegnato uno d'ufficio. È sempre possibile modificare il proprio dentista. Chiama il tuo dentista di fiducia per chiedere se è convenzionato con HealthPlex.**

- Se devi trovare o cambiare un dentista, chiama HealthPlex al numero 1-888-468-2189 oppure MetroPlus Enhanced al 1-800-303-9626. Gli operatori dell'Assistenza aderenti sono qui per aiutarti. Molti parlano la tua lingua o hanno un contratto con Language Line Services.
- Mostra la tua tessera di adesione al piano per accedere alle prestazioni odontoiatriche. Non riceverai una tessera separata per fruire delle cure odontoiatriche. Quando ti rechi dal dentista, devi mostrare la tessera del piano.
- Puoi anche recarti in una clinica dentale gestita da un centro odontoiatrico universitario, senza alcuna prescrizione. Chiama l'Assistenza per gli aderenti 1-800-303-9626 se ti serve aiuto per trovare un centro odontoiatrico universitario.

### **Cure oculistiche**

- servizi di oftalmologi, fornitrice di ausili oftalmici e optometristi.

- copertura per lenti a contatto, lenti in policarbonato, occhi artificiali; e/o sostituzione di occhiali smarriti o persi comprese le riparazioni, quando clinicamente necessarie. Gli occhi artificiali sono coperti secondo quanto indicato da un fornitore del piano
- visite oculistiche, generalmente ogni due anni, a meno che sia necessaria una maggiore frequenza per ragioni sanitarie
- occhiali, con una nuova montatura approvata da Medicaid ogni due anni, o più spesso se ciò sia necessario per ragioni mediche
- esame di ipovisione e ausili correttivi ordinati dal tuo medico
- prescrizione specialista per patologie o difetti visivi

## **Farmacia**

- Farmaci da prescrizione
- Farmaci da banco
- Forniture di insulina e prodotti per diabetici
- Prodotti per smettere di fumare, compresi quelli da banco
- Batterie per apparecchi acustici
- Contraccezione di emergenza (6 per anno di calendario)
- Forniture mediche e chirurgiche

Una quota a carico dell'assicurato può essere richiesta per alcune persone, farmaci e prodotti farmaceutici. Non sono previste quote a carico dell'assicurato per i seguenti membri o servizi:

- Aderenti in gravidanza: durante la gravidanza e per i due mesi successivi al mese in cui la gravidanza si conclude.
- Farmaci e prodotti per la pianificazione familiare, come pillole anticoncezionali, preservativi maschili o femminili, siringhe e aghi.
- Aderenti a un programma Comprehensive Medicaid Care Management (CMCM) o a un programma di coordinamento dei servizi.
- Aderenti a un programma di esenzione OMH o OPWDD per i Servizi domiciliari e territoriali (HCBS).
- Aderenti a un programma di esenzione HCBS del DOH per persone con lesioni cerebrali traumatiche (TBI).
- Farmaci e prodotti per la pianificazione familiare, come pillole anticoncezionali e preservativi maschili o femminili.
- Quote generiche a carico dell'assicurato
- Farmaci per malattie psichiatriche (psicofarmaci) e tubercolosi



<b>Voce della prescrizione</b>	<b>Quota a carico dell'assicurato</b>	<b>Dettagli quota a carico dell'assicurato</b>
Farmaci di marca da prescrizione	3,00/1,00 \$	1 addebito a carico dell'assicurato per ciascuna prescrizione e ciascuna ripetizione
Farmaci generici da prescrizione	1,00 \$	
Farmaci da banco, come ad es. farmaci per smettere di fumare e per il diabete	0,50 \$	

- Se vi è una quota a carico dell'assicurato, la quota a carico dell'assicurato si applica a ciascuna nuova prescrizione e a ciascuna ricarica.
- Se è prevista una quota a tuo carico, sarai responsabile di un massimo di 200 \$ per ciascun anno di calendario.
- Se passi a un nuovo piano nel corso dell'anno di calendario, conserva le ricevute a titolo di giustificativo delle quote a tuo carico, oppure chiedi alla farmacia la ricevuta delle quote a tuo carico che hai pagato. Dovrai darne una copia al nuovo piano.
- Per alcuni farmaci, il tuo medico deve ottenere l'autorizzazione preventiva per farti la prescrizione. Il medico può collaborare con MetroPlus Enhanced per assicurare che tu ottenga i farmaci di cui hai bisogno. Per saperne di più sull'autorizzazione, leggi questo manuale.
- Potrai scegliere dove ritirare i farmaci delle tue prescrizioni. Puoi recarti in qualsiasi farmacia convenzionata oppure rivolgerti a una farmacia che consegna i farmaci a domicilio. Per maggiori informazioni, contatta l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.

### **Assistenza ospedaliera**

- assistenza ospedaliera
- cure ambulatoriali
- test di laboratorio, radiografie, altri esami

### **Cure d'emergenza**

- Le Cure d'emergenza sono procedure, trattamenti o servizi necessari per valutare o stabilizzare un caso di emergenza.
- Dopo aver ricevuto cure d'emergenza, possono essere necessarie altre terapie per stabilizzare la situazione. A seconda delle necessità, le cure possono essere prestate al Pronto soccorso, durante una degenza ospedaliera o in un altro contesto. Questi vengono chiamati **Servizi di post-stabilizzazione**.

- Per maggiori informazioni sui servizi di emergenza, vedi pagina 17.

## **Cure specialistiche**

Comprendono i servizi di altri specialisti, tra cui

- Fisioterapisti, limitati a 40 visite per anno civile
- Specialisti del lavoro e logopedisti, limitati a 20 visite per anno civile
- audiologo
- ostetriche
- riabilitazione cardiaca
- altre specializzazioni quali:  
reumatologia, gastroenterologia, otorinolaringoiatria, ematologia/oncologia, pneumologia, allergologia/immunologia, neurologia

I limiti relativi ai fisioterapisti, agli specialist del lavoro e ai logopedisti non si applicano a chi non abbia compiuto 21 anno, sia stato dichiarato affetto da disabilità dello sviluppo dall'Ufficio per le persone con disabilità dello sviluppo (Office for People with Developmental Disabilities) o chi ha subito una lesione cerebrale traumatica.

Per maggiori informazioni su tali servizi, è possibile telefonare ai Servizi per i partecipanti, al numero 1-800-303-9626.

## **Trattamenti in residenze assistenziali (case di cura)**

- comprendono assistenza a breve termine, riabilitazione, ricoveri e assistenza a lungo termine;
- devono essere ordinati da un medico e autorizzati da MetroPlus Enhanced;
- i servizi infermieristici domiciliari coperti comprendono supervisione medica, assistenza infermieristica 24 ore su 24, assistenza per la vita quotidiana, fisioterapia, terapia occupazionale e disturbi del linguaggio.

Se hai bisogno di alloggiare per un lungo periodo in una casa di cura, il tuo dipartimento locale per i servizi sociali deve determinare se siano soddisfatti determinati requisiti di reddito per la copertura Medicaid. MetroPlus e la casa di cura possono aiutarti a presentare la domanda. Le permanenze a lungo termine nelle residenze assistenziali (permanenti) non sono un servizio coperto dall'offerta HARP di MetroPlus. Se hai diritto alla degenza a lungo termine, devi revocare l'adesione dal Piano HARP di MetroPlus. Questa prestazione è coperta dalla formula fee-for-service di Medicaid finché aderisci a un piano di assistenza sanitaria gestita Medicaid.

## **ASSISTENZA COMPORTAMENTALE**

L'assistenza comportamentale comprende i servizi per la salute mentale, oltre ai trattamenti e alla riabilitazione per l'abuso di sostanze (alcol e droghe). Tutti i nostri membri hanno accesso a servizi per il benessere psichico o il trattamento della dipendenza da alcool o altre sostanze. Questi servizi comprendono:

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 26**

## **Trattamenti per la salute mentale**

- Programmi di riabilitazione psichiatrica intensiva (IPRT)
- Servizi in regime ambulatoriale
- Servizi ospedalieri per la salute mentale
- Cure ospedaliere parziali
- Terapia diurna continua
- Servizi personalizzati per la riabilitazione (PROS)
- Sistema di terapia assertivo comunitario (ACT)
- Counseling individuale e di gruppo
- Servizi di intervento per crisi

## **Trattamenti per l'abuso di sostanze**

- Trattamento ospedaliero e ambulatoriale per l'abuso di sostanze (alcol e droghe)
- Servizi ospedalieri di disintossicazione
- Terapie di mantenimento con oppioidi, compreso il metadone
- Trattamento residenziale per l'abuso di sostanze
- Servizi ambulatoriali di trattamento per l'abuso di alcol e droga
- Servizi di disintossicazione

## **Servizi domiciliari e territoriali per la salute comportamentale (BHHCBS)**

I servizi BHHCBS possono aiutarti a raggiungere gli obiettivi della tua vita in termini di occupazione, scuola o altre aree in cui vorresti migliorare. Per scoprire se ne hai diritto, un Coordinatore sanitario domiciliare svolgerà un rapido screening con te per stabilire se puoi accedere a tali servizi. Se lo screening indicherà che puoi beneficiarne, il Coordinatore sanitario effettuerà una valutazione complessiva con te per individuare tutte le tue esigenze, compresi i servizi fisici, comportamentali e di riabilitazione.

I servizi BHHCBS includono:

- Riabilitazione psicosociale (PSR) - aiuta a migliorare le tue abilità per raggiungere i tuoi obiettivi.
- Supporto e terapia psichiatrica territoriale (CPST) - è un modo per ottenere le terapie necessarie per un breve periodo presso un luogo di tua scelta, per esempio a casa tua. Grazie ai CPST potrai entrare in contatto con un piano terapeutico accreditato.

- Servizi di abilitazione - ti aiuta a imparare nuove competenze, al fine di vivere in modo indipendente in società.
- Supporto e formazione per la famiglia - insegna competenze per aiutare le persone che vivono con te a sostenerti nella tua riabilitazione.
- Sollievo a breve termine: ti offre un posto sicuro dove andare quando devi lasciare una situazione stressante.
- Sollievo intensivo: ti aiuta a non andare in ospedale quando stai attraversando una crisi offrendoti un luogo sicuro dove stare che possa offrirti il trattamento.
- Servizi di supporto per la formazione - ti aiutano a tornare a scuola per ottenere l'istruzione e la formazione per trovare un posto di lavoro.
- Servizi pre-professionali - ti forniscono le competenze necessarie per prepararti a un impiego.
- Servizi transitori per l'impiego - ti danno un supporto per un breve periodo di tempo, facendoti provare diversi lavori. Questi comprendono anche la formazione pratica sul lavoro, per rafforzare le competenze utili per mantenere un lavoro con retribuzione minima o superiore.
- Servizi di supporto intensivo per l'impiego - ti aiutano a trovare e mantenere un lavoro con retribuzione minima o superiore.
- Servizi di supporto continuativo per l'impiego - ti aiutano a mantenere il posto di lavoro e ad avere successo.
- Empowerment - Supporto da pari - persone che hanno affrontato le tue stesse difficoltà e ti aiutano a riabilitarti.
- Trasporto non sanitario - trasporto per attività non sanitarie correlate a un obiettivo del tuo piano di cura.

### **Altri servizi coperti**

- Dispositivi medici durevoli (DME) / Apparecchi acustici / Protesi / Ortosi
- Servizi ordinati dai tribunali
- Servizi di sostegno sociale (aiuto per ottenere servizi territoriali)
- FQHC o servizi simili

## **Prestazioni offerte dal nostro Piano *OPPURE* con la tessera Medicaid**

Per alcuni servizi, puoi scegliere il luogo in cui sottoporsi alla cura. Puoi ottenere questi servizi utilizzando la tua tessera MetroPlus Enhanced. Puoi anche recarti presso fornitori che accettano la tua tessera Medicaid Benefit. *Non hai bisogno dell'impegnativa del tuo PCP per fruire di questi servizi.* In caso di dubbi, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.

### **Pianificazione familiare**

Puoi recarti presso qualsiasi medico o clinica che accetti Medicaid e offra servizi di pianificazione familiare. Oppure puoi recarti presso uno dei nostri fornitori di servizi di pianificazione familiare. In entrambi i casi, l'impegnativa del tuo PCP non è necessaria.

Puoi ottenere farmaci anticoncezionali e dispositivi per il controllo delle nascite (IUD e diaframmi) disponibili dietro prescrizione, nonché per la contraccezione d'emergenza, la sterilizzazione, i test di gravidanza, le cure prenatali e i servizi per l'aborto. Puoi anche rivolgerti a uno specialista in pianificazione familiare per esami e terapie per HIV e infezioni sessualmente trasmissibili (IST), e per ricevere consulenza sui risultati dei test. Nelle visite di pianificazione familiare sono inclusi anche gli screening per il cancro e altre condizioni correlate.

### **Screening per HIV e MTS**

Puoi richiedere questo servizio in qualsiasi momento al tuo PCP o ai medici di MetroPlus Enhanced. Se questo servizio fa parte di una visita di pianificazione familiare, puoi recarti da qualsiasi medico o clinica che accetti Medicaid e offra servizi di pianificazione familiare. Non hai bisogno dell'impegnativa se vuoi usufruire di questo servizio durante una visita di pianificazione familiare.

Tutti dovrebbero parlare con il proprio medico per sottoporsi a un test per l'HIV. Per accedere gratuitamente a esami HIV o a test anonimi, chiama il numero 1-800-541-AIDS (in inglese) o 1-800-233-SIDA (in spagnolo).

### **Diagnosi e terapia della TBC**

Puoi scegliere di recarti dal tuo PCP o dalla struttura sanitaria pubblica della tua Contea per la diagnosi e/o la terapia. Non hai bisogno dell'impegnativa per andare all'azienda sanitaria pubblica della tua Contea.

## **Prestazioni ottenibili solo con la tua TESSERA MEDICAID**

Ci sono alcuni servizi che MetroPlus Enhanced non fornisce. Puoi ottenere questi servizi da qualsiasi fornitore convenzionato Medicaid utilizzando la tua carta Medicaid Benefit.

## Trasporto

Il trasporto di emergenza non è incluso nell'ordinaria copertura Medicaid.

Per ottenere il trasporto non emergenziale, tu o il fornitore dovete rivolgervi ai Medical Answering Services (MAS) al 1-844-666-6270. Se possibile, tu o il tuo fornitore dovete chiamare i servizi MAS almeno 3 giorni prima del tuo appuntamento, fornendo il tuo numero di identificazione Medicaid (es. AB12345C), la data e l'ora dell'appuntamento, l'indirizzo che devi raggiungere e il medico che devi incontrare. Per maggiori informazioni sull'accesso ai servizi di trasporto, chiama il 1-844-666-6270 o visita il sito [www.medanswering.com](http://www.medanswering.com)

Il trasporto non emergenziale include: veicolo privato, autobus, taxi, furgone e mezzi di trasporto pubblico.

Se sei in una situazione di emergenza e hai bisogno di un'ambulanza, devi chiamare il 911.

## Disabilità dello sviluppo

- Terapie a lungo termine
- Day treatment
- Servizi a domicilio
- Programma Medicaid Service Coordination (MSC)
- Servizi ricevuti nell'ambito dei Servizi domiciliari e territoriali (HCBS).
- Servizi di esenzione di tipo non medico (Care-at-Home)

## Servizi NON coperti

*Questi servizi non sono prestati da MetroPlus Enhanced né da Medicaid.* Se richiedi uno di questi servizi, dovrai pagarne il costo.

- Interventi di chirurgia estetica non indicati clinicamente
- Oggetti transizionali e di conforto
- Terapie contro la sterilità
- Servizi prestati da un fornitore che non aderisce a MetroPlus Enhanced, a meno che si tratti di un fornitore che ti è stato consentito di vedere, come descritto altrove in questo manuale, o che MetroPlus Enhanced o il tuo PCP ti abbiano mandato da quel fornitore.

Dovrai pagare di tasca tua qualsiasi servizio che il tuo PCP non ha approvato. Oppure, se accetti di essere un paziente che "paga di tasca sua" o "paga da sé" prima di richiedere un servizio, dovrai pagare per il servizio.

Questi comprendono:

- servizi non coperti (di cui sopra),
- servizi non autorizzati,
- servizi prestati da fornitori che non aderiscono a MetroPlus Enhanced

## Se ricevi una fattura

Se ricevi una fattura per una terapia o un servizio che ritieni di non dover pagare, non ignorarla. Chiama MetroPlus Enhanced al 1-800-303-9626 immediatamente. MetroPlus Enhanced ti può aiutare a capire perché hai ricevuto la fattura da pagare. Se non devi pagare, MetroPlus Enhanced contatterà il fornitore e provvederà a risolvere il problema per te.

Tu hai diritto di richiedere un'udienza imparziale se pensi che ti sia chiesto di pagare per servizi che Medicaid o MetroPlus Enhanced dovrebbero coprire. Consulta la sezione per Udienza imparziale più avanti in questo manuale.

**In caso di domande, chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626.**

## Autorizzazione dei servizi

### Autorizzazione preventiva:

Alcune terapie e servizi richiedono di ottenere la previa autorizzazione per ottenerli o al fine di continuare a riceverli. Ciò è noto come **autorizzazione preventiva**. Può essere richiesta da te o da una persona di tua fiducia. Questi trattamenti e servizi devono essere approvati prima di poterne fruire:

Il tuo PCP deve approvare le impegnative per i **fornitori convenzionati** per ottenere:

- Cure specialistiche
- Servizi di laboratorio

Tu o il tuo PCP dovete ricevere un OK da MetroPlus se:

- Hai una impegnativa per un fornitore che non fa parte della rete MetroPlus, a meno che tu abbia bisogno di cure in un pronto soccorso
- Hai richiesto una impegnativa ripetibile per uno specialista
- Sei stato ammesso in ospedale, a meno che si tratti di una situazione di emergenza o di un parto
- Devi sottoporsi a un intervento chirurgico ambulatoriale in qualsiasi ospedale che non è gestito dalla HHC
- Potresti essere sottoposto a interventi di chirurgia plastica.
- Ricevi terapie per la disfunzione erettile.
- Ricevi trattamenti chiropratici
- Ti sottoponi a esami prenatali o genetici
- Partecipi a sperimentazioni cliniche
- Ricevi terapie endovenose a domicilio
- Ricevi un trapianto
- Ricevo trasporto aereo d'emergenza
- Ricevo trasporto aereo non emergenziale
- Ti sottoponi ad anestesia per la chirurgia orale
- Ti servono lenti a contatto
- Richiedi interventi per cambiare genere

- Richiedi servizi di aderenza terapeutica
- Ti è stata assegnata un'infermiera privata in ospedale
- Sei stato ammesso in una struttura infermieristica qualificata o in un centro di riabilitazione acuta, inclusi tutti i servizi sanitari prestati durante la degenza in una struttura infermieristica qualificata.
- Sei stato ammesso in ospedale per la terapia a osservazione diretta per la tubercolosi
- Ricevi trattamenti domiciliari
- Ricevi trattamenti di fine vita
- Ricevi servizi di cura personale o CDPAS
- (Servizi di cura personale orientati all'utente)
- Hai richiesto il PERS (Sistema di risposta alle emergenze personali)
- Ricevi cure sanitarie diurne per adulti o cure sanitarie diurne per adulti con AIDS
- Ricevi assistenza infermieristica domiciliare a lungo termine
- Ricevi dispositivi medici durevoli (DME) compresi protesi e ortesi, formule enterali e forniture (la formula è ottenuta dal responsabile delle prestazioni farmaceutiche)
- Ti sottoponi a oltre 40 visite di fisioterapia o 20 visite terapia occupazionale o del linguaggio E TALI VISITE sono in una delle categorie elencate di seguito:
  - Bambini fino a 20 anni
  - Chiunque presenti una disabilità dello sviluppo
  - Chiunque presenti una lesione cerebrale traumatica

La richiesta di approvazione di una terapia o un servizio è chiamata **richiesta di autorizzazione al servizio**. Per ottenere l'approvazione per queste terapie o servizi di cui hai bisogno:

Chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 o invia la richiesta via fax al numero 212-908-8521. Un operatore dell'Assistenza aderenti risponderà a tutte le tue domande che hai sul processo e, se necessario, trasferirà la tua chiamata al Reparto Verifica dell'utilizzo (Utilization Review, UR). La verifica dell'utilizzo è ciò che facciamo per decidere se la terapia è clinicamente necessaria e se sarà approvata o pagata dal Piano sanitario MetroPlus. Medici e infermieri prendono le decisioni. Lo fanno controllando il tuo piano di terapia rispetto agli standard clinicamente accettabili. Il nostro personale UR è disponibile dalle 8:30 alle 17:00, da lunedì a venerdì. Il numero verde Health Care Hotline 1-800-442-2560 è attivo 24 ore su 24 se hai bisogno di aiuto per un problema sanitario. Il personale UR risponderà al tuo messaggio il giorno lavorativo successivo.

Tu o il tuo medico potete anche presentare una richiesta di autorizzazione al servizio per iscritto inviandola a:

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



Dovrai inoltre ottenere l'autorizzazione preventiva se stai usufruendo ora di questi servizi, ma hai bisogno di continuare a riceverli o ricevere trattamenti più intensi. Questa si chiama **riesame concomitante**.

### **Che cosa succede dopo che abbiamo ricevuto la tua richiesta di autorizzazione al servizio:**

Il piano sanitario ha una équipe di valutazione che verifica che tu riceva il servizio che ti abbiamo promesso. Verifichiamo che i servizi richiesti siano coperti dal nostro piano sanitario. Medici e infermieri fanno parte dell'équipe di valutazione. Il loro compito è assicurarsi che il trattamento o il servizio richiesto sia indicato clinicamente e adatto a te. Lo fanno controllando il tuo piano di terapia rispetto agli standard clinicamente accettabili.

Potremmo scegliere di rifiutare una richiesta di autorizzazione al servizio, o di approvarla per un importo che è inferiore a quanto richiesto. Queste decisioni saranno prese da un operatore sanitario qualificato. Se decidiamo che il servizio richiesto non è clinicamente necessario, la decisione sarà presa da un revisore clinico indipendente, che potrà essere un medico o un operatore sanitario qualificato che normalmente presta il trattamento che hai richiesto. Puoi richiedere gli standard medici specifici, detti **criteri di valutazione clinica**, utilizzati per prendere la decisione per le azioni relative alle necessità mediche.

Dopo aver ricevuta la tua richiesta, la esamineremo avviando una procedura **standard** o **accelerata**. Tu o il tuo medico potete chiedere una verifica con procedura accelerata, se ritenete che un ritardo causerà gravi danni per la tua salute. Se la tua richiesta di riesame accelerato viene negata, te lo diremo e il tuo caso sarà oggetto di una valutazione standard.

La tua valutazione sarà accelerata qualora:

- Un ritardo possa mettere a rischio la tua salute, la tua vita o le tue abilità funzionali;
- Il tuo fornitore dichiara che la valutazione deve essere più rapida;
- Stai richiedendo di aumentare un servizio che già ricevi;

In tutti i casi, garantiremo che la tua richiesta sia valutata in tempi compatibili con quanto richiesto dalle tue condizioni mediche, ma comunque non oltre quanto menzionato di seguito.

Comunicheremo a te e al tuo fornitore sia al telefono che per iscritto se la tua richiesta è approvata o respinta. Ti comunicheremo anche il motivo della decisione. Ti spiegheremo quali richieste di ricorso o udienza imparziale puoi presentare qualora tu non sia d'accordo con la nostra decisione. (Consulta la sezione Udienza imparziale più avanti in questo manuale).

### **Tempistiche delle richieste di autorizzazione preventiva:**

- **Verifica standard:** Prenderemo una decisione in merito alla tua richiesta entro 3 giorni lavorativi da quando disporremo di tutte le informazioni che ci servono, ma te la

comunicheremo entro e non oltre 14 giorni dalla ricezione della tua richiesta. Ti comunicheremo entro il 14° giorno se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.

- **Verifica con procedura accelerata:** Prenderemo una decisione e te la comunicheremo entro 72 ore. Ti comunicheremo entro 72 ore se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.

### **Tempistiche delle richieste di riesame concomitante:**

- **Verifica standard:** Prenderemo una decisione in merito alla tua richiesta entro 1 giorno lavorativo da quando disporremo di tutte le informazioni che ci servono, ma te la comunicheremo entro e non oltre 14 giorni dalla ricezione della richiesta. Ti comunicheremo entro il 14° giorno se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.
- **Verifica con procedura accelerata:** Prenderemo una decisione entro 1 giorno lavorativo dal momento in cui disporremo di tutte le informazioni necessarie. In qualsiasi caso, ti comunicheremo la nostra decisione entro e non oltre 72 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta. Ti comunicheremo entro 1 giorno lavorativo se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.

### **Tempistiche speciali per altre richieste:**

- Se sei in ospedale o hai appena lasciato l'ospedale e chiedi di avere assistenza sanitaria domiciliare, prenderemo una decisione entro e non oltre 72 ore dalla tua richiesta.
- Se hai richiesto una terapia ospedaliera per l'abuso di sostanze e chiedi ulteriori servizi almeno 24 ore prima di essere dimesso, prenderemo una decisione entro e non oltre 24 ore dalla tua richiesta.
- Se richiedi servizi per la salute mentale o per l'abuso di sostanze che possono essere legati a un'udienza in tribunale, prenderemo una decisione entro 72 ore dalla tua richiesta.
- Se richiedi farmaci da prescrizione in regime ambulatoriale, prenderemo una decisione entro 24 ore dalla tua richiesta.
- Una terapia progressiva significa che ti chiediamo di provare un farmaco alternativo prima di approvare quello che hai richiesto. Se richiedi di non seguire la terapia progressiva, prenderemo una decisione entro 24 ore per i farmaci da prescrizione in regime ambulatoriale. Se richiedi altri farmaci, prenderemo una decisione entro 14 giorni dalla tua richiesta.

Se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni per prendere una decisione standard o accelerata in merito alla tua richiesta di assistenza, noi:

- Ti scriveremo e ti diremo quali informazioni sono necessarie. Se la tua richiesta è inclusa in una verifica con procedura accelerata, ti chiameremo subito e ti invieremo successivamente una comunicazione scritta.

- Ti spiegheremo perché il ritardo è nel tuo interesse.
- Prenderemo una decisione entro e non oltre 14 giorni dal giorno in cui abbiamo chiesto maggiori informazioni.

Tu, il tuo fornitore o qualcuno di tua fiducia potrà anche chiederci di prendere la decisione in tempi più lunghi. Ciò può essere dovuto al fatto tu vuoi fornire altre informazioni per aiutarci a prendere la decisione. Puoi farlo chiamando il 1-800-303-9626 o scrivendo a:

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

Tu o il tuo rappresentante potete presentare un reclamo contro il piano, qualora tu non sia d'accordo con la nostra decisione di riesaminare la tua richiesta in tempi più lunghi. Tu o una persona di fiducia potete anche presentare reclamo per le tempistiche del riesame al Dipartimento della Salute dello Stato di New York chiamando il 1-800-206-8125.

Ti informeremo prima della scadenza della data prevista per la nostra risposta. Ma se per qualche motivo non ricevi una risposta da noi entro tale data, è come se ti avessimo respinto la richiesta di autorizzazione. Se non rispondiamo alla richiesta di non seguire la terapia progressiva in tempo, la tua richiesta sarà approvata.

Se non sei d'accordo con il nostro rifiuto della richiesta di autorizzazione, hai il diritto di ricorrere in appello contro di noi. Vedi la sezione Ricorso d'appello di questo manuale.

#### **Altre decisioni riguardo la tua assistenza:**

In certi casi faremo un riesame concomitante dei trattamenti che stai ricevendo, per verificare se tu abbia ancora bisogno della cura. Possiamo anche verificare altri trattamenti e servizi che hai già ricevuto. Questa si chiama **riesame retrospettivo**. Ti comunicheremo se intraprenderemo queste azioni.

#### **Tempistiche delle altre decisioni riguardo alla tua assistenza:**

- Nella maggior parte dei casi, se decidiamo di ridurre, sospendere o interrompere un servizio che abbiamo già approvato e tu stai ricevendo ora, dobbiamo comunicartelo almeno 10 giorni prima della variazione del servizio.
- Dobbiamo comunicartelo almeno 10 giorni prima di prendere qualsiasi decisione riguardo i servizi e i supporti a lungo termine, come ad esempio l'assistenza sanitaria domiciliare, la cura personale, i CDPAS, cure sanitarie diurne per adulti, e assistenza infermieristica domiciliare.
- Se stiamo verificando la cura che ti è stata prescritta in passato, prenderemo una decisione sul pagamento entro 30 giorni dalla ricezione delle informazioni necessarie per la verifica

retrospettiva. Se rifiutiamo il pagamento di un servizio, invieremo una notifica a te e al tuo fornitore il giorno in cui il pagamento viene respinto. Questi avvisi non sono fatture. **Non devi pagare per le cure coperte dal piano o da Medicaid che hai ricevuto, anche se successivamente abbiamo rifiutato il pagamento al fornitore.**

Puoi chiamare la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) per ottenere consulenza indipendente e gratuita sulla copertura, i reclami e gli appelli. Gli operatori possono aiutarti a gestire il ricorso d'appello. Contatta la rete ICAN per maggiori informazioni:

**Telefono:** 1-844-614-8800 (**Servizio TTY:** 711)

**Sito internet:** [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | **Email:** [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

## Come sono retribuiti i nostri fornitori

Hai diritto di chiederci se abbiamo sottoscritto qualsiasi accordo finanziario speciale con i nostri medici che possa influenzare il tuo accesso ai servizi sanitari. Puoi chiamare l'Assistenza per gli aderenti (1-800-303-9626) per domande specifiche. Vogliamo anche farti sapere che la maggior parte dei nostri fornitori sono retribuiti in uno o più dei seguenti modi.

- Se i nostri PCP lavorano in una clinica o in un centro medico, probabilmente ricevono **uno stipendio**. Il numero di pazienti che visitano non influisce su di esso.
- I nostri PCP che lavorano nei loro studi possono ricevere una commissione fissa mensile mese per ogni paziente che hanno in cura. La commissione rimane la stessa sia che il paziente necessiti di una o più visite o addirittura non ne abbia bisogno. Questo si chiama **capitazione**.
- A volte i fornitori ricevono una commissione fissa per ogni persona sul loro elenco di pazienti, ma parte del denaro (forse il 10%) può essere trattenuto quale fondo di **incentivazione**. Alla fine dell'anno, questo fondo viene utilizzato per premiare i PCP che hanno soddisfatto gli standard con riconoscimenti extra che erano stati fissati dal Piano.
- I fornitori possono anche essere pagati con la formula **fee-for-service**. Questo significa che ricevono una commissione concordata precedentemente con il Piano per ogni servizio che forniscono.

## Tu puoi aiutare le regole del Piano

Le tue idee per noi sono importanti. Puoi aiutarci a sviluppare regole che possano servire meglio i nostri membri. Se hai delle idee, puoi comunicarcelo. Ti potrebbe fare piacere lavorare con uno dei nostri consigli o comitati consultivi per i membri del piano. Chiama l'Assistenza per gli aderenti 1-800-303-9626 per scoprire come puoi aiutarci.

## Ricevere informazioni dall'Assistenza aderenti

Queste sono le informazioni che puoi ricevere chiamando l'Assistenza aderenti al 1-800-303-9626.

- Un elenco di nomi, indirizzi e titoli dei membri del Consiglio di amministrazione, dei funzionari, dei soggetti controllanti, dei titolari e dei partner di MetroPlus Enhanced.
- Una copia delle più recenti bilanci d'esercizio/bilanci consolidati, resoconti su entrate e uscite.
- Una copia del più recente contratto di sottoscrizione per pagamento diretto individuale.
- Informazioni del Dipartimento di Servizi finanziari riguardo i reclami dei consumatori contro MetroPlus Enhanced.
- Come teniamo riservate le tue cartelle cliniche e i dati personali sul tuo stato di salute.
- Per iscritto, ti informeremo come il nostro piano controlli la qualità delle cure per i nostri membri
- Ti comunicheremo con quali ospedali e fornitori sanitari lavoriamo.
- Se ce lo chiedi per iscritto, ti manderemo le linee guida che usiamo per verificare le condizioni o le malattie che sono coperti da MetroPlus Enhanced.
- Se ce lo chiedi per iscritto, ti manderemo le qualifiche necessarie e come i fornitori sanitari devono fare richiesta per entrare nella nostra MetroPlus Enhanced.
- Se ce lo chiedi, ti diremo 1) se i nostri contratti o subcontratti comprendono accordi di incentivazione medico che influenzano l'uso dei relativi servizi e se, in caso affermativo, 2) i tipi di meccanismi che usiamo e 3) se è prevista una protezione di tipo "stop loss" (interruzione delle perdite) per i medici e gruppi di medici.
- Informazioni su come la nostra società è organizzata e come funziona.

## Tienici informati

Chiama l'Assistenza per gli aderenti al 1-800-303-9626 quando questi cambiamenti avvengono nella tua vita:

- Cambi il tuo proprio nome, indirizzo o numero di telefono
- È avvenuto un cambio riguardo alla tua ammissibilità a Medicaid
- Sei incinta
- Hai partorito
- È avvenuto un cambiamento nella tua assicurazione
- Quando ti iscrivi in un nuovo piano di gestione dei casi o ricevi servizi di gestione dei casi in un altro organizzazione basata sulla comunità

**Se non fai più parte di Medicaid**, effettua una verifica presso il New York State of Health. *Potresti* essere idoneo a entrare in altri programmi.

## REVOCA DELL'ADESIONE E TRASFERIMENTI

### 1. Se TU vuoi lasciare il Piano

Devi stare con noi per almeno 90 giorni. Puoi lasciare MetroPlus Enhanced ed entrare in un altro piano sanitario in qualsiasi momento durante quel periodo. Se tu non lasci il piano nei primi 90 giorni, tuttavia, devi stare in MetroPlus Enhanced per altri nove mesi, *a meno che non* abbiate una buona ragione (giusta causa).

Alcuni esempi di giusta causa sono:

- Il nostro piano sanitario non soddisfa i requisiti dello Stato di New York e membri sono danneggiati a causa di esso.
- Ti trasferisci fuori dalla zona di validità del nostro piano.
- Tu, il piano o il tuo dipartimento locale per i servizi sociali concordano che per te la soluzione migliore sia l'uscita dal piano.
- Sei o sei diventato esente o sei stato escluso dall'assistenza gestita.
- Noi non offriamo un servizio di assistenza gestita Medicaid che puoi ricevere da un altro piano sanitario nella tua zona.
- Tu ha bisogno di un servizio che è relativo a una prestazione che abbiamo deciso di non coprire e la tua salute sarebbe a rischio se ricevesti quel servizio separatamente.
- Non siamo stati in grado di fornirti i servizi nel modo in cui ci viene richiesto in base al nostro contratto con lo Stato.

Per cambiare piani:

- Chiama il personale dell'assistenza gestita presso tuo dipartimento locale per i servizi sociali.
- Se vivi nelle Contee del Bronx, di Kings, di New York, di Richmond o di Queens, chiama New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. I consulenti di New York Medicaid Choice ti possono aiutare a cambiare i piani sanitari.

Potrebbe essere possibile uscire da un piano o entrare in un altro piano direttamente per telefono. Se devi fruire di una assistenza gestita, dovrai scegliere un altro piano sanitario.

Possono essere necessarie da due a sei settimane per completare il processo, a seconda di quando la tua richiesta viene ricevuta. Riceverai una comunicazione che il cambiamento di piano avverrà entro una certa data. MetroPlus Enhanced ti fornirà le cure di cui hai bisogno fino ad allora.

Puoi chiedere di agire più velocemente se ritieni che i tempi del processo normale possano causare ulteriori danni alla tua salute. Puoi anche chiedere di agire più velocemente se hai fatto

un reclamo in quanto non sei d'accordo con l'adesione. Devi solo chiamare il tuo tuo dipartimento locale per i servizi sociali o New York Medicaid Choice.

## **2. Potresti risultare non idoneo per l'assistenza gestita Medicare e i Piani sanitari e di riabilitazione**

- Potresti essere obbligato a lasciare MetroPlus Enhanced se:
  - ti trasferisci al di fuori della Contea o della zona di validità del Piano
  - passi a un altro piano di assistenza gestita,
  - entri in un HMO o in un altro piano di assicurazione grazie al tuo lavoro,
  - vai in prigione, o
  - perdi in altro modo l'idoneità.
- **Se devi lasciare MetroPlus Enhanced o sei diventato non idoneo per Medicaid, tutti i servizi che ricevi si potrebbe interrompere all'improvviso, ivi comprese le cure che ricevi a casa.** Chiama immediatamente New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 se dovesse succedere.

## **3. Possiamo chiederti di lasciare MetroPlus Enhanced**

Puoi anche perdere la tua iscrizione al MetroPlus Enhanced se tu, spesso:

- ti rifiuti di collaborare con il tuo PCP per quanto riguarda la tua cura,
- non rispetti gli appuntamenti,
- vai al pronto soccorso per cure non di emergenza
- non segui le regole di MetroPlus Enhanced,
- non compili i moduli in modo veritiero o non dai informazioni vere (commetti una frode),
- agire in modo da renderci difficile per noi fare del nostro meglio per te e gli altri membri anche dopo che abbiamo cercato di risolvere i problemi

Puoi anche perdere la tua iscrizione a MetroPlus Enhanced se abusi o crei danno a membri, fornitori o personale del piano.

## **4. Se perdi la copertura Medicaid: I programmi di cura dell'HIV per i non assicurati possono aiutarti.**

Se sei sieropositivo e hai perso la copertura di Medicaid, puoi risultare idoneo per i Programmi di cura dell'HIV per i non assicurati (noti anche come ADAP), erogati dal Dipartimento della Sanità dello Stato di New York. I programmi prevedono una copertura limitata per la cura e il trattamento dell'HIV. Se disponi di un'assicurazione sanitaria privata, potresti anche essere idoneo per ricevere aiuto per pagare i premi di assicurazione. Chiama il numero 1-800-542-AIDS (2437) per ulteriori informazioni.

**5. Qualsiasi sia il motivo per cui tu esca dal piano,** ti prepareremo un piano di dimissione per aiutarti a ottenere servizi necessari.

### **Ricorso d'appello contro il Piano**

Alcune terapie e servizi richiedono di ottenere la previa autorizzazione per ottenerli o al fine di continuare a riceverli. Ciò è noto come **autorizzazione preventiva**. La richiesta di approvazione di una terapia o un servizio è chiamata **richiesta di autorizzazione al servizio**. Questo processo è descritto più sopra in questo manuale. Qualsiasi decisione di negare una richiesta di autorizzazione al servizio o di approvarla per un importo inferiore a quanto richiesto viene chiamata una **decisione sfavorevole iniziale**.

Se non sei soddisfatto della nostra decisione in merito alla tua cura, ci sono misure che puoi prendere.

#### **Il tuo fornitore può chiedere un riesame:**

Se abbiamo deciso che la tua richiesta di autorizzazione al servizio non era clinicamente necessaria o era sperimentale o in fase di sperimentazione, e non abbiamo discusso di questo con il tuo medico, quest'ultimo può chiedere un colloquio con il Direttore sanitario. Il Direttore sanitario parlerà con il tuo medico entro un giorno lavorativo.

#### **Puoi ricorrere in appello contro il Piano:**

Se ritieni che la nostra decisione in merito alla tua richiesta di autorizzazione al servizio sia errata, puoi chiederci di esaminare nuovamente il tuo caso. Ciò è noto come **ricorso in appello contro il Piano**.

- Hai **60 giorni di calendario** dalla data della decisione sfavorevole iniziale per ricorrere in appello.
- Puoi chiamare l'Assistenza aderenti 1-800-303-9626 se vuoi ricorrere in appello o ricevere aggiornamenti sull'esito della tua istanza. Se hai bisogni speciali a causa di problemi di udito o vista, oppure ti serve un interprete, possiamo aiutarti.
- Puoi fare un ricorso in appello contro il Piano o chiedere a qualcun altro, ad esempio un familiare, un amico, un dottore o un avvocato di farlo in tua vece. Tu e quella persona dovreste firmare e datare una dichiarazione dicendo che tu vuoi che quella persona ti rappresenti.
- Noi non ti tratteremo in modo diverso o ci comporteremo male verso di te, se fai ricorso d'appello contro il Piano.



**Supporto per continuare la cura mentre fai ricorso contro una decisione sulla cura:**

Se decidiamo di ridurre, sospendere o interrompere i servizi che stai ricevendo ora, puoi essere in grado di continuare a fruire dei servizi mentre attendi che venga presa una decisione del tuo ricorso d'appello contro il Piano. **Devi fare richiesta di ricorso in appello contro il Piano:**

- **Entro dieci giorni dalla data in cui ti sarà comunicato che le tue cure cambieranno; oppure**
- **Entro la data in cui è previsto che si verifichi il cambiamento dei servizi, a seconda di quale evento si verifica per ultimo.**

Se il tuo ricorso d'appello contro il Piano è causa di un altro rifiuto, potresti dover pagare il costo di eventuali prestazioni che hai continuato a ricevere.

Dovrai chiamare o scrivere per presentare un ricorso d'appello contro il Piano. Quando fai un ricorso d'appello contro il Piano o subito dopo, dovrai fornirci:

- Il tuo nome e indirizzo
- Numero iscritto
- Servizio che hai richiesto e motivo/i del ricorso
- Qualsiasi informazione che si desidera sia presa in considerazione da noi, ad esempio cartelle cliniche, lettere di medici oppure altre informazioni esplicative delle ragioni per cui hai bisogno del servizio.
- Qualsiasi informazione specifica che avevamo richiesto nell'avviso di "Decisione sfavorevole iniziale" come necessaria.
- Per aiutarti a prepararti per il tuo ricorso d'appello contro il Piano, puoi chiedere di consultare le linee guida, le cartelle cliniche e altri documenti che abbiamo utilizzato per prendere la Decisione sfavorevole iniziale. Se il tuo ricorso contro il Piano rientra in una procedura accelerata, potresti avere poco tempo per inviarci la documentazione che dobbiamo prendere in esame. Puoi chiedere di vedere questi documenti o chiederne una copia gratuita chiamando 1-800-303-9626.

Ci puoi fornire le informazioni e i materiali per telefono, fax o posta:

Telefono..... 1-800-303-9626  
Fax..... 1-212-908-8824  
Posta..... Appeals Coordinator  
160 Water Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
New York, NY 10038

Se ha fatto un ricorso d'appello contro il Piano tramite telefono, a meno che non rientri in una procedura accelerata, dovrai inviarci il tuo ricorso d'appello contro il Piano anche per iscritto.

Se stai richiedendo un servizio o un fornitore di servizi al di fuori della rete:

- se abbiamo dichiarato che il servizio richiesto non è molto diverso da un servizio disponibile presso un fornitore partecipante, puoi chiederci di verificare se questo servizio sia necessario per te dal punto di vista medico. Dovrai chiedere al medico di inviare le seguenti informazioni unitamente al ricorso d'appello contro il Piano:
  - 1) una dichiarazione scritta del tuo medico, da cui si evinca che il servizio al di fuori della rete è molto diverso dal servizio erogato dal fornitore partecipante. Il tuo medico deve essere uno specialista certificato o idoneo alla certificazione che abbia in cura pazienti che ricevono le cure da te richieste.
  - 2) due documenti medici o scientifici che dimostrino che il servizio che stai richiedendo è più utile per il tuo caso, e che non nuocerà più del servizio da te ricevuto attualmente dal piano tramite il fornitore partecipante.
- Se pensi che il fornitore del nostro piano non abbia la formazione o l'esperienza giusta per fornirti il servizio, puoi chiederci di verificare se rivolgerti ad un fornitore esterno alla rete sia per te clinicamente necessario. Dovrai chiedere al medico di inviare le seguenti informazioni unitamente al ricorso d'appello contro il Piano:
  - 1) una dichiarazione scritta in cui si afferma che il fornitore partecipante non è in possesso della formazione o dell'esperienza necessaria per soddisfare le tue esigenze; e
  - 2) che raccomandi un fornitore esterno alla rete con la formazione o l'esperienza necessaria per essere in grado di erogare il servizio.

Il tuo medico deve essere uno specialista certificato o idoneo alla certificazione che abbia in cura pazienti che ricevono le cure da te richieste.

Se il medico non invia queste informazioni, prenderemo comunque in esame il tuo ricorso d'appello contro il Piano. Tuttavia, non potrai beneficiare di un Ricorso esterno. Vedi la sezione Ricorso esterno più avanti in questo manuale.

### **Che cosa succede dopo che abbiamo ricevuto il tuo ricorso d'appello contro il Piano:**

- Entro 15 giorni, ti invieremo una lettera per farti sapere che stiamo esaminando il tuo ricorso d'appello contro il Piano.
- Ti invieremo una copia gratuita delle cartelle cliniche e ogni altra informazione che useremo per prendere una decisione in merito al ricorso. Se il tuo ricorso contro il Piano rientra in una procedura accelerata, ci potrebbe essere poco tempo per esaminare la documentazione.
- Puoi anche fornire, di persona o per iscritto, ulteriori informazioni che potranno essere utilizzare per prendere la decisione. Chiama MetroPlus Enhanced al numero 1-800-303-9626 se non sei sicuro su quali informazioni devi darci.
- I ricorso d'appello contro il Piano su questioni cliniche saranno decisi da professionisti sanitari qualificati che non hanno preso la prima decisione e almeno uno di loro sarà un revisore clinico indipendente.

- Le decisioni non cliniche saranno trattate da persone che operano ad un livello superiore rispetto alle persone che hanno preso la prima decisione.
- Ti saranno spiegati i motivi della nostra decisione e la nostra motivazione clinica, se è prevista dal caso. L'avviso della decisione del ricorso d'appello contro il Piano che rifiuta la tua richiesta o la approva per un importo inferiore a quanto richiesto viene chiamata una **Decisione sfavorevole iniziale**.
- **Se ritieni che la nostra Decisione sfavorevole finale sia sbagliata:**
  - puoi chiedere un'Udienza imparziale. Consulta la sezione per l'Udienza imparziale in questo manuale.
  - per alcune decisioni, potresti avere la possibilità di chiedere un ricorso esterno. Vedi la sezione Ricorso d'appello esterno di questo manuale.
  - puoi presentare un reclamo nei confronti del Dipartimento della Sanità dello Stato di New York chiamando il numero 1-800-206-8125.

### **Tempistiche per i ricorsi in appello contro il Piano:**

- **Ricorsi standard contro il Piano:** Se abbiamo tutte le informazioni che ci servono, ti comunicheremo la nostra decisione entro trenta giorni di calendario dal tuo ricorso d'appello contro il Piano.
- **Ricorsi d'appello contro il Piano con procedura accelerata** Se abbiamo tutte le informazioni che ci servono, le decisioni su un ricorso d'appello contro il Piano con procedura accelerata verranno prese entro 2 giorni lavorativi dal tuo ricorso d'appello contro il Piano, ma non oltre 72 ore da quanto hai fatto il tuo ricorso d'appello contro il Piano.
  - Ti comunicheremo entro 72 ore se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.
  - Se la tua richiesta è stata negata quando hai richiesto un ulteriore trattamento ospedaliero per una terapia per l'abuso di sostanze almeno 24 ore prima di quando avresti dovuto lasciare l'ospedale, prenderemo una decisione sul tuo ricorso entro 24 ore.
  - Ti diremo la nostra decisione per telefono e ti invieremo successivamente una comunicazione scritta.

### **Il tuo ricorso d'appello contro il Piano sarà valutato all'interno di un processo con procedura accelerata se:**

- Tu o il tuo medico chiedete che il tuo ricorso d'appello contro il Piano sia valutato all'interno di un processo con procedura accelerata. Il tuo medico dovrà spiegare in che modo un eventuale ritardo potrebbe causare dei danni alla tua salute. Se la tua richiesta di procedura accelerata ti viene negata, te lo diremo e il tuo ricorso d'appello contro il Piano sarà trattato nell'ambito del processo di verifica standard, **oppure**
- se la tua richiesta è stata negata quando hai chiesto di continuare a ricevere le cure che stai già ricevendo o hai bisogno di estendere un servizio che ti è stato fornito, **oppure**
- Se la tua richiesta è stata negata quando hai chiesto di ricevere assistenza sanitaria

- domiciliare mentre eri in ospedale; oppure
- se la tua richiesta è stata negata quando hai richiesto un ulteriore trattamento ospedaliero per una terapia per l'abuso di sostanze almeno 24 ore prima di quando avresti dovuto lasciare l'ospedale.

Se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni per prendere una decisione standard o con procedura accelerata in merito al tuo ricorso d'appello contro il Piano, noi:

- Ti scriveremo e ti diremo quali informazioni sono necessarie. Se la tua richiesta è inclusa in una verifica con procedura accelerata, ti chiameremo subito e ti invieremo successivamente una comunicazione scritta.
- Ti spiegheremo perché il ritardo è nel tuo interesse.
- Prenderemo una decisione entro e non oltre 14 giorni dal giorno in cui abbiamo chiesto maggiori informazioni.

Tu o il tuo rappresentate potrete anche chiederci di prendere la decisione in tempi più lunghi. Ciò può essere dovuto al fatto tu vuoi fornire altre informazioni per aiutarci a prendere la decisione. Puoi farlo chiamando il 1-800-303-9626 o scrivendo.

Tu o il tuo rappresentante potete presentare un reclamo contro il piano, qualora tu non sia d'accordo con la nostra decisione di riesaminare il ricorso d'appello contro il Piano in tempi più lunghi. Tu o una persona di fiducia potete anche presentare reclamo per le tempistiche del riesame al Dipartimento della Salute dello Stato di New York chiamando il 1-800-206-8125.

Se non ricevi una risposta al tuo ricorso d'appello contro il Piano o non prendiamo una decisione in tempo, comprese le proroghe, puoi richiedere un'Udienza imparziale. Consulta la sezione per l'Udienza imparziale in questo manuale.

Se non prendiamo in tempo una decisione riguardo il tuo ricorso al Piano e abbiamo dichiarato che il servizio che stai richiedendo è:

1) non necessario dal punto di vista medico; 2) sperimentale o di ricerca; 3) non diverso dall'assistenza che puoi ottenere tramite la rete del piano o 4) disponibile da un fornitore partecipante che ha una formazione ed esperienza corrette per soddisfare le tue esigenze, il rifiuto originale sarà annullato. Ciò significa che la tua richiesta di autorizzazione al servizio sarà approvata.

## **Ricorsi esterni**

Hai altri diritti di ricorso se abbiamo dichiarato il servizio che stai richiedendo è:

- 1) Clinicamente necessario;
- 2) Servizio sperimentale o in fase di sperimentazione;
- 3) non diverso dall'assistenza che puoi ottenere tramite la rete del piano; o

4) disponibile presso un fornitore partecipante che ha una formazione ed esperienza adeguate per soddisfare le tue esigenze.

Per questo tipo di decisioni, puoi chiedere allo Stato di New York un **Ricorso esterno** indipendente. Questo viene chiamato Ricorso esterno, perché viene deciso da ispettori che non lavorano per il piano sanitario né per lo Stato. Tali ispettori sono risorse qualificate approvate dallo Stato di New York. Il servizio deve essere incluso nel pacchetto di prestazioni del piano o essere una terapia sperimentale, una sperimentazione clinica o una terapia per una malattia rara. Non devi pagare per fruire del Ricorso esterno.

Prima di chiedere un Ricorso esterno:

- È necessario presentare un ricorso d'appello contro il Piano e ottenere la Decisione definitiva contraria del piano; **oppure**
- Se non si è ottenuto il servizio e si richiede un ricorsi d'appello contro il Piano con procedura accelerata, è possibile richiedere al tempo stesso un Ricorso esterno accelerato. Il medico dovrà dichiarare che si rende necessario un Ricorso esterno accelerato; **oppure**
- Tu e il piano potete decidere di saltare il processo di ricorso contro il Piano e procedere direttamente con il Ricorso esterno; **oppure**
- Puoi dimostrare che il piano non ha seguito correttamente le regole mentre elaborava il tuo ricorso d'appello contro il Piano.

Hai **4 mesi** da quanto ricevi la Decisione sfavorevole finale espressa dal Piano per richiedere un Ricorso esterno. Se tu e il piano decidete di comune accordo di saltare la procedura di ricorso prevista dal piano, sarà possibile richiedere un Ricorso esterno entro 4 mesi dalla data in cui l'accordo è stato sottoscritto.

Per richiedere un Ricorso esterno, devi compilare una domanda e inviarla al Dipartimento dei Servizi Finanziari. Puoi chiamare il Servizio Clienti al numero 1-800-303-9626 se hai bisogno di aiuto per compilare un ricorso. Tu e il tuo medico dovreste dare informazioni sul tuo problema sanitario. La richiesta di Ricorso esterno dice quali informazioni saranno necessarie.

Di seguito sono descritti alcuni modi per fare una richiesta:

- Chiamare il Dipartimento dei Servizi Finanziari (Department of Financial Services), 1-800-400-8882
- Visitare il sito del Dipartimento dei Servizi Finanziari all'indirizzo [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Contattare il piano sanitario al n. 1-800-303-9626

Il tuo Ricorso esterno sarà deciso entro 30 giorni. Potrà essere necessario più tempo (sino a cinque giorni lavorativi) qualora l'ispettore incaricato del Ricorso esterno richieda più informazioni. A te e il piano sarà comunicata la decisione definitiva entro due giorni dalla decisione stessa.

È possibile ottenere una decisione più veloce se:

- Il medico dichiara che un ritardo causerà gravi danni per la salute, o

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

**TTY 711 45**

- Ti trovi in ospedale dopo una visita in pronto soccorso e il piano ti nega l'assistenza ospedaliera.

Ciò è noto come **Ricorso esterno accelerato**. Il revisore del Ricorso esterno deciderà per un ricorso accelerato entro 72 ore o meno.

Se hai chiesto un ricovero ospedaliero per un problema relativo ad abuso di sostanze almeno 24 ore prima della dimissione, il piano continuerà a pagare la tua permanenza se:

- hai chiesto un Ricorsi d'appello contro il Piano con procedura accelerata entro 24 ore, E
- hai chiesto un Ricorso esterno con procedura accelerata entro lo stesso periodo.

Il piano continuerà a pagare il tuo ricovero sino al momento in cui non sarà presentata una decisione in merito ai tuoi ricorsi. Il piano prenderà una decisione sul tuo Ricorsi d'appello contro il Piano con procedura accelerata entro 24 ore. Il piano deciderà sul Ricorso esterno con corsia preferenziale entro 72 ore.

L'ispettore del Ricorso esterno comunicherà immediatamente la decisione a te e al piano per telefono o a mezzo fax. Più avanti ti sarà inviata una lettera che ti informa sulla decisione.

Se fai ricorso d'appello contro il Piano e ricevi una Decisione sfavorevole finale che nega, riduce, sospende o interrompe il servizio, puoi richiedere un'Udienza imparziale. Potrai richiedere un'Udienza imparziale e chiedere un Ricorso esterno, o entrambi. Se chiedi un'Udienza imparziale e un Ricorso esterno, farà fede la decisione presa dal funzionario che effettua l'Udienza.

### **Udienze imparziali**

In alcuni casi potrai chiedere un'Udienza imparziale dallo Stato di New York se:

- Non sei soddisfatto della decisione sulla tua permanenza o sull'abbandono di MetroPlus Enhanced presa dal tuo Dipartimento di assistenza sociale locale o dal Dipartimento della Sanità.
- Non sei soddisfatto della decisione da noi presa in relazione alla limitazione dei tuoi servizi. Pensi che la decisione limiti le prestazioni cui hai diritto nell'ambito di Medicaid. Hai 60 giorni di calendario dalla data dell'Avviso di intenzione di limitare per chiedere un'Udienza imparziale. Se richiedi un'Udienza imparziale entro 10 giorni dall'avviso di Intenzione di limitare, o entro la data effettiva della limitazione, a seconda di quale evento si verifica per ultimo, puoi continuare a ottenere i tuoi servizi fino a quando l'Udienza imparziale prenderà una decisione. Tuttavia se l'Udienza imparziale prende una decisione a te sfavorevole, può darsi che tu debba sostenere i costi dei servizi di cui hai beneficiato nell'attesa della decisione.
- Non sei soddisfatto della decisione del tuo medico, che non ha richiesto i servizi da te desiderati. Pensi che la decisione sospenda o limiti le prestazioni cui hai diritto nell'ambito di Medicaid. È necessario presentare un reclamo nei confronti di MetroPlus Enhanced. Se

MetroPlus Enhanced è d'accordo con il medico, potrai fare Ricorso d'appello contro il Piano. Hai 120 giorni di calendario dalla data di ricevimento della Decisione sfavorevole finale per chiedere un'Udienza imparziale.

- Non sei soddisfatto della decisione da noi presa in relazione alla cura di cui beneficiavi. Pensi che la decisione limiti le prestazioni cui hai diritto nell'ambito di Medicaid. Non sei d'accordo sulla nostra decisione di:
  - ridurre, sospendere o interrompere le cure che stavi ricevendo; o
  - negare le cure che hai richiesto;
  - negare il pagamento delle cure di cui hai beneficiato; o
  - non consentirti di contestare un importo di co-pagamento, un altro importo dovuto o un pagamento effettuato per la tua assistenza sanitaria.

Devi prima fare un ricorso d'appello contro il Piano e ricevere una Decisione sfavorevole finale. Hai 120 giorni di calendario dalla data della Decisione sfavorevole finale per chiedere un'Udienza imparziale.

**Se hai fatto un ricorso d'appello contro il Piano e hai ricevuto una Decisione sfavorevole finale che riduce, sospende o interrompe le cure che stai ricevendo ora, puoi continuare a ricevere i servizi che il tuo medico ti ha prescritto mentre aspetti che venga presa una decisione nell'Udienza imparziale. Dovrai chiedere un'Udienza imparziale entro 10 giorni dalla data della Decisione sfavorevole finale o dalla data in cui il cambiamento sarà efficace, a seconda di quale evento si verifica per ultimo.**

Tuttavia se scegli di chiedere che i servizi vengano portati avanti e l'Udienza imparziale prende una decisione a te sfavorevole, può darsi che tu debba sostenere i costi dei servizi di cui hai beneficiato nell'attesa della decisione.

- Hai fatto un ricorso d'appello contro il Piano e il tempo a noi concesso per prendere una decisione su tale ricorso è scaduto, comprese tutte le proroghe. Se non ricevi una risposta al tuo ricorso d'appello contro il Piano o non prendiamo una decisione in tempo, puoi richiedere un'Udienza imparziale.

La decisione che riceverai dal funzionario che ha condotto l'udienza sarà definitiva.

È possibile utilizzare uno dei seguenti modi per richiedere un'audizione imparziale:

1. Per telefono, chiamare il numero verde 1-800-342-3334
2. Via fax – 518-473-6735
3. Via internet – [www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp)
4. Per posta – NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

Quando si chiede un'Udienza imparziale in merito a una decisione presa da MetroPlus Enhanced, dobbiamo inviare una copia del **pacchetto di prove**. Si tratta di informazioni che abbiamo usato per prendere la nostra decisione relativa alla tua terapia. Il piano fornirà tali informazioni al funzionario che segue l'udienza, per consentirgli di seguire l'azione. Se non c'è abbastanza tempo per inviarti una comunicazione tramite email, ti sottoporremo copia del pacchetto di prove dell'udienza. Se il pacchetto di prove non ti viene consegnato entro la settimana precedente la tua Udienza, puoi chiamare il n. 1-800-303-9626.

Ricorda, puoi anche sporgere reclamo presso il Dipartimento della Sanità dello Stato di New York chiamando il numero 1-800-206-8125.

Puoi chiamare la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) per ottenere consulenza indipendente e gratuita sulla copertura, i reclami e gli appelli. Gli operatori possono aiutarti a gestire il ricorso d'appello. Contatta la rete ICAN per maggiori informazioni:

**Telefono:** 1-844-614-8800 (**Servizio TTY:** 711)

**Sito web:** [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | **Email:** [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

## **Procedura di ricorso**

### **Reclami:**

Speriamo che il nostro piano sanitario risponda alle tue aspettative. Se hai un problema, rivolgiti al tuo PCP oppure chiama o scrivi all'Assistenza aderenti. La maggior parte dei problemi possono essere risolti immediatamente. Se hai un problema o una controversia con l'assistenza o con i servizi, puoi presentare un reclamo nei confronti del piano. I problemi che non sono risolti subito al telefono e qualsiasi reclamo che arrivi per posta sarà gestito in conformità con la nostra procedura di gestione delle contestazioni, così come descritta di seguito.

Puoi chiamare l'Assistenza aderenti 1-800-303-9626 se vuoi inviare un ricorso o seguire le fasi del processo di gestione del reclamo. Se hai bisogni speciali a causa di problemi di udito o vista, oppure ti serve un interprete, possiamo aiutarti.

Non ti creeremo problemi nè prenderemo alcun provvedimento nei tuoi confronti per aver sporto reclamo contro di noi.

Hai anche il diritto di contattare il Dipartimento della Sanità dello Stato di New York in merito al tuo reclamo al numero 1-800-206-8125 o puoi scrivere a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPKO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

Puoi anche contattare il tuo Dipartimento di assistenza sociale locale in qualsiasi momento per il tuo reclamo: Puoi chiamare il Dipartimento di Stato di New York per i Servizi Finanziari al numero (1-800-342-3736) se il reclamo riguarda un problema di fatturazione.



### **Come presentare un reclamo nei confronti del nostro Piano:**

Puoi inviare un reclamo o chiedere a qualcun altro, ad esempio un familiare, un amico, un dottore o un avvocato di farlo in tua vece. Tu e quella persona dovrete firmare e datare una dichiarazione dicendo che tu vuoi che quella persona ti rappresenti.

Per presentarlo al telefono, chiama l'Assistenza aderenti al numero 1-800-303-9626, da lunedì a sabato dalle 8:00 alle 20:00. Se ci chiami fuori orario, lascia un messaggio. Ti richiameremo il giorno lavorativo successivo. Se abbiamo bisogno di maggiori informazioni per prendere una decisione, te lo diremo.

Puoi inviarci qui il tuo reclamo per iscritto:

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

oppure chiamare il numero dell'Assistenza aderenti e richiedere un modulo di reclamo. Devono essere inviate per posta a:

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

### **Cosa succede dopo:**

Se non riusciamo a risolvere il problema subito per telefono o dopo avere ricevuto il tuo reclamo scritto, ti invieremo una lettera entro 15 giorni lavorativi. La lettera ti comunicherà:

- chi si sta occupando del tuo reclamo
- come puoi contattare questa persona
- se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.

Puoi anche fornire, di persona o per iscritto, ulteriori informazioni che potranno essere utilizzare per prendere la decisione sul tuo reclamo. Chiama MetroPlus Enhanced al numero 1-800-303-9626 se non sei sicuro su quali informatori devi darci.

Il tuo reclamo sarà esaminata da una o più persone qualificate. Se il tuo reclamo riguarda argomenti clinici, il tuo caso sarà esaminato da uno o più professionisti sanitari qualificati.

### **Dopo passiamo verificato il tuo reclamo:**

- ti faremo sapere la nostra decisione entro 45 giorni a partire da quando abbiamo ricevuto tutte le informazioni necessarie per rispondere al tuo reclamo, ma ti contatteremo comunque entro 60 giorni da quando abbiamo ricevuto il tuo reclamo. Ti scriveremo e ti spiegheremo le ragioni della nostra decisione.
- Qualora un ritardo dovesse comportare un rischio per la tua salute, ti comunicheremo la nostra decisione entro 48 ore a partire dal momento in cui abbiamo ricevuto tutte le

informazioni necessarie per rispondere al tuo reclamo, ma ti contatteremo comunque entro 7 giorni da quando abbiamo ricevuto il tuo reclamo. Ti contatteremo per comunicarti la nostra decisione, o cercheremo di farlo. Riceverai, dopo la nostra comunicazione, una lettera entro 3 giorni lavorativi.

- Ti verrà spiegato come ricorrere contro la nostra decisione se non sei soddisfatto della risposta, e includeremo tutti i moduli di cui potresti avere bisogno.
- Se non fossimo in grado di prendere una decisione in relazione al tuo reclamo, perché non disponiamo delle informazioni necessarie, te lo comunicheremo per posta.

### **Ricorso d'appello:**

Se non sei d'accordo con una decisione che abbiamo preso in relazione al tuo appello puoi presentare un **ricorso d'appello** nei confronti del piano.

### **Come presentare un ricorso d'appello:**

- Se non sei soddisfatto su quanto abbiamo deciso, hai almeno 60 giorni per presentare un ricorso d'appello dopo la nostra comunicazione;
- Puoi farlo direttamente tu o chiedere a qualcuno di fiducia di presentare l'appello in tua vece;
- Il ricorso d'appello dovrà essere presentato in forma scritta. Nel caso tu faccia il ricorso d'appello per telefono, questo deve essere poi seguito da una comunicazione per iscritto a:

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

### **Che cosa succede dopo che abbiamo ricevuto il tuo ricorso d'appello:**

Ti invieremo una lettera entro i 15 giorni lavorativi successivi alla ricezione del ricorso d'appello. La lettera ti comunicherà:

- chi si sta occupando del tuo ricorso d'appello
- come puoi contattare questa persona
- se abbiamo bisogno di maggiori informazioni.

Il tuo ricorso d'appello sarà esaminato da una o più persone qualificate, che operano a un livello superiore rispetto a quello delle persone che hanno preso la prima decisione sul tuo reclamo. Se il tuo ricorso d'appello riguarda questioni cliniche, il tuo caso sarà esaminato da uno o più professionisti sanitari, e almeno uno di loro sarà un revisore clinico indipendente, che non sono stati coinvolti nella fase riguardante la prima decisione sul tuo reclamo.

Dopo aver ottenuto tutte le informazioni necessarie, ti comunicheremo la nostra decisione entro 30 giorni lavorativi. Nel caso in cui un ritardo potrebbe mettere a rischio la tua salute, ti comunicheremo la nostra decisione entro 2 giorni lavorativi da quando abbiamo ricevuto tutte le informazioni necessarie per decidere sull'appello. Ti saranno spiegati i motivi della nostra decisione e la nostra motivazione clinica, se è prevista dal caso. Tu o qualcuno di tua fiducia può anche presentare un reclamo nei confronti del Dipartimento della Sanità dello Stato di New York chiamando il numero 1-800-206-8125.

Puoi chiamare la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) per ottenere consulenza indipendente e gratuita sulla copertura, i reclami e gli appelli. Gli operatori possono aiutarti a gestire il ricorso d'appello. Contatta la rete ICAN per maggiori informazioni:

**Telefono:** 1-844-614-8800 (**Servizio TTY:** 711)

**Sito web:** [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | **Email:** [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

## **DIRITTI E RESPONSABILITÀ DEI MEMBRI**

### **I tuoi diritti**

Come membro di MetroPlus Enhanced, hai diritto a:

- essere curati con rispetto, senza riguardo per il tuo stato di salute, sesso, razza, colore, religione, nazionalità, età, stato civile o orientamento sessuale.
- sapere da MetroPlus Enhanced dove, quando e come ottenere i servizi di cui hai bisogno.
- essere informato dal tuo PCP, in un linguaggio che tu possa capire facilmente, se qualcosa non va, cosa si può fare per te e quale sarà probabilmente il risultato,
- ricevere un secondo parere sulla tua cura.
- dare il tuo benessere per qualsiasi terapia o un piano per le tue cure dopo che il piano ti è stato completamente spiegato.
- rifiutare delle cure ed essere informato su rischi che puoi correre se lo fai.
- rifiutare l'inserimento in un servizio di assistenza sanitaria domiciliare ed essere informato su come ricevere l'assistenza sanitaria fisica e comportamentale di cui hai bisogno senza che ti venga assegnato un Responsabile dell'assistenza sanitaria domiciliare.
- ottenere una copia della tua cartella clinica e potere parlarne con il tuo PCP e chiedere, se necessario, che la tua cartella clinica venga modificata o corretta.
- essere certo che la tua cartella clinica è riservata e non sarà condivisa con nessuno ad eccezione di quanto richiesto dalla legge, dal contratto o previa tua approvazione.
- utilizzare il sistema di reclami di MetroPlus Enhanced per sporgere eventuali reclami, oppure puoi sporgere reclamo al New York State of Health ogni volta che ritieni di non essere stato trattato in modo equo.
- utilizzare il sistema statale di udienza imparziale.
- nominare una persona (parente, amico, avvocato, ecc) che parli in tua vece se non sei in grado di parlare riguardo la tua cura e terapia.
- ricevere cure premurose e rispettose in un ambiente pulito e sicuro, senza restrizioni inutili.

**Assistenza aderenti 1-800-303-9626**

**TTY 711 52**

**Crisi salute comportamentale 1-855-371-9228**

## **Le tue responsabilità**

Come membro di MetroPlus Enhanced, accetti di:

- collaborare con il tuo team di assistenza per proteggere e migliorare la tua salute.
- verificare come funziona il sistema di assistenza sanitaria.
- ascoltare i consigli del tuo PCP e porre domande quando hai dei dubbi.
- chiamare o tornare dal tuo PCP, se non ti senti bene o vuoi chiedere un secondo parere.
- trattare il personale sanitario con il rispetto che ti aspetti verso te stesso.
- comunicarci qualsiasi problema tu abbia con qualsiasi membro del personale sanitario. Chiama l'Assistenza aderenti.
- rispettare i tuoi appuntamenti. se devi annullarli, avverti il prima possibile.
- utilizzare il pronto soccorso solo per le emergenze reali.
- chiamate il tuo PCP quando hai bisogno di cure mediche, anche se è al di fuori dell'orario.

## **Indicazioni preventive**

Potrebbe arrivare il momento in cui non sarai più in grado di prendere delle decisioni riguardo la tua assistenza sanitaria. Pianificandolo in anticipo, potrai definire ora le scelte che vuoi che vengano prese. In primo luogo, fai sapere alla tua famiglia, ai tuoi amici e al tuo medico che tipo di terapia vuoi o non vuoi. In secondo luogo, puoi nominare un adulto di cui ti fidi che prenda le decisioni in tua vece. Assicurati di parlare con il tuo PCP, la tua famiglia o i tuoi cari, in modo che tutti sappiamo quali sono le tue volontà. In terzo luogo, è meglio che tu metta queste tue scelte per iscritto. I documenti elencati di seguito ti potranno aiutare. Non è necessaria la presenza di un avvocato, ma se lo desideri, parlane con lui di questo. Potrai cambiare idea e modificare questi documenti in qualsiasi momento. Siamo a tua disposizione per spiegarti o trovare questi documenti. Questo non cambierà il tuo diritto di ricevere prestazioni sanitarie di qualità. L'unico scopo è quello di far sapere agli altri ciò che vuoi, nel caso tu non sia più in grado di farlo direttamente.

## **Delega per le cure sanitarie**

Con questo documento, tu nomini un altro adulto di cui ti fidi (di solito un amico o un familiare) che dovrà decidere le cure mediche per te, nel caso in cui tu non sia in grado di farlo da solo. Se fai ciò, devi parlare con quella persona, in modo che sia a conoscenza di quello che vuoi.

## **CPR e DNR**

Tu hai il diritto di decidere se desidera una terapia speciale o di emergenza per riavviare il cuore o i polmoni nel caso in cui la tua respirazione o circolazione si ferma. Se non richiedi un trattamento

speciale, compresa la rianimazione cardiopolmonare (CPR), devi mettere le tue scelte per iscritto. Il tuo PCP inserirà un ordine DNR (Non rianimare) nella tua cartella clinica. Puoi anche richiedere un modulo DNR che potrai portare con te e/o un braccialetto da indossare che consentirà a qualsiasi operatore sanitario di conoscere i tuoi desideri.

### **Tessera del donatore di organi**

Questa tessera da portafoglio dichiara che sei disposto a donare parti del tuo corpo per aiutare gli altri quando morirai. Inoltre, metti un segno di spunta sul retro della tua patente di guida per far sapere agli altri che desideri donare i tuoi organi.

**(Nota: Pagina intenzionalmente vuota  
per lasciare spazio agli adattamenti locali.)**

## Numeri di telefono importanti

Il tuo PCP.....		
Assistenza aderenti MetroPlus Enhanced .....		1-800-303-9626
Altre unità..... (ad es. Nurse Hotline, Utilization Review, ecc.)		
Il tuo più vicino pronto soccorso .....		
Dipartimento della Sanità dello Stato di New York (reclami) .....		1-800-206-8125
Reclami OMH		
Reclami OASAS		
Ombudsman		
Servizi sociali della contea.....		
Informazioni sull'assistenza gestita Medicare nello Stato di New York		
Dipartimento della Sanità dello Stato di New York .....		
New York Medicaid Choice.....		1-800-505-5678
Numero verde HIV/AIDS dello Stato di New York .....		1-800-541-AIDS (2437)
Spagnolo.....		1-800-233-SIDA (7432)
TDD.....		1-800-369-AIDS (2437)
Numero verde HIV/AIDS della città New York (inglese e spagnolo) .....		1-800-TALK-HIV (8255-448)
Programmi di assistenza sull'HIV per non assicurati.....		1-800-542-AIDS (2437)
TDD.....	Relay, poi	1-518-459-0121
Child Health Plus .....		1 855-693-6765
- Assicurazione malattia per bambini gratuita o a basso costo		
PartNer Assistance Program.....		1-800-541-AIDS (2437)
- A New York City (CNAP) .....		1- (212) 693-1419
Uffici della Previdenza sociale .....		1-(800)-772-1213
Numero verde per la violenza domestica dello Stato di New York .....		1-800-942-6906
Spagnolo.....		1-800-942-6908
Ipoudenti.....		1-800-810-7444
Linea informativa Americans with Disabilities Act (ADA) ....		1-800-514-0301
TDD.....		1-800-514-0383
Farmacia locale.....		
Altri fornitori sanitari:		



## Siti web importanti

### **MetroPlus Enhanced**

[www.metroplus.org/enhanced](http://www.metroplus.org/enhanced)

### **NYS Dipartimento della Sanità / Department of Health**

[www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)

### **NYS OMH**

[www.omh.ny.gov](http://www.omh.ny.gov)

### **NYS OASAS**

[www.oasas.ny.gov](http://www.oasas.ny.gov)

### **Informazioni su HIV/AIDS DOH NYS**

[www.treathiv1.com/info](http://www.treathiv1.com/info)

### **Programmi di cura dell'HIV per i non assicurati del NYS**

<http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

### **Elenco risorse per il test HIV**

[www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/resource](http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/resource)

### **NYC DOHMH**

[www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)

### **Informazioni HIV/AIDS NYC DOHMH**

[www.nyhiv.com/office\\_of\\_aids\\_policy\\_dohmh\\_hiv\\_aids\\_bureau.html](http://www.nyhiv.com/office_of_aids_policy_dohmh_hiv_aids_bureau.html)