

ÉTAT DE NEW YORK RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉTABLISSEMENT LIVRET D'INFORMATION DE MEMBRE

Octobre 2015

Ce livret d'information vous expliquera comment utiliser votre régime MetroPlus Enhanced.

Veillez garder ce livret d'information à un endroit facilement accessible en cas de besoin.

MBR15.75

October 2015

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

“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.”

Espagnol : 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.

Français : 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.

Créole haïtien : 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. »

Italien : « 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. »

Russe : « 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 ».

Chinois (RPC) 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。

Chinois (taiwanais) 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。

BIENVENUE au régime de soins médicaux et de rétablissement MetroPlus Enhanced	5
COMMENT FONCTIONNENT LES RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉTABLISSEMENT	5
COMMENT UTILISER LE LIVRET D'INFORMATION	8
ASSISTANCE DU SERVICE CLIENTS	8
VOTRE CARTE D'IDENTITÉ DE RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX.....	9
PARTIE I --- Les premières choses que vous devriez savoir.....	10
COMMENT CHOISIR VOTRE PRESTATAIRE DE SOINS PRIMAIRES (PCP).....	10
GESTION DES SOINS DE FOYER DE SANTÉ	12
SOINS DE SANTÉ SUIVIS	13
COMMENT ACCÉDER AUX SOINS DE SPÉCIALITÉ ET OBTENIR DES ORIENTATIONS VERS DES SPÉCIALISTES	16
PROCUREZ-VOUS CES SERVICES DE NOTRE RÉGIME <i>SANS</i> orientation	18
Urgences.....	22
Soins urgents	23
NOUS VOULONS VOUS GARDER EN BONNE SANTÉ	24
Livret d'information -- Partie 2 VOS PRESTATIONS ET PROCÉDURES DU RÉGIME.....	25
PRESTATIONS	25
SERVICES COUVERTS PAR NOTRE RÉGIME	25
Services comportementaux de foyer de santé et communautaires (BHHCBS)	32
Prestations dont vous pouvez bénéficier de notre régime <i>OU</i> avec votre carte de Medicaid	34
Prestations en utilisant votre CARTE DE MEDICAID exclusivement	35
Services NON couverts	36
Autorisation de Service et Actions	36
Autorisation préalable :	37
Comment nos prestataires sont payés.....	42
Vous pouvez contribuer vos idées en ce qui concerne les politiques du régime.....	42
Informations du Service Clients	42
Tenez-nous au courant.....	43
DÉSINSCRIPTION ET AND TRANSFERTS.....	44
1. Si VOUS voulez quitter le régime	44
2. Vous pouvez devenir inéligible pour les soins gérés de Medicaid et les régimes de soins médicaux et de rétablissement.....	45
3. Nous pouvons vous demander de quitter MetroPlus Enhanced	45

4. Si vous perdez la couverture de Medicaid : Les programmes des soins VIH non assurés pourront vous aider.....	46
Appels à l'action	46
Appels externes	50
Auditions équitables	52
Processus de plainte.....	54
Comment déposer une plainte auprès de notre régime :	55
Qu'est-ce qui se passe après :	55
Appels sur la plainte :	56
DROITS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES.....	57
Directives anticipées.....	58
Numéros de téléphone importants	611

Livret d'information de membre sur le régime de soins médicaux et de rétablissement

BIENVENUE au régime de soins médicaux et de rétablissement MetroPlus Enhanced

Nous sommes ravis que vous vous soyez inscrit au régime MetroPlus Enhanced. MetroPlus Enhanced est un régime de soins médicaux et de rétablissement, ou HARP, approuvé par l'État de New York. Les HARP représentent un nouveau type de régime qui offrent aux membres de Medicaid leurs soins de santé, plus des soins pour la santé comportementale. Dans ce livret, la santé comportementale signifie la santé mentale, la dépendance aux drogues et la réadaptation. Nous sommes un régime spécial d'assurance-maladie avec des prestataires hautement expérimentés dans le traitement des patients nécessitant des soins de santé mentale et/ou des soins en cas de toxicomanie pour rester en bonne santé. Nous assurons également des services de gestion des soins pour permettre à vous et à votre équipe de soins de santé de travailler ensemble pour vous garder aussi sain que possible.

Ce livret vous servira de guide pour la gamme entière de services de soins de santé qui vous sont disponibles.

Nous voulons nous assurer que vous prenez un bon départ en tant que nouveau membre de MetroPlus Enhanced. Afin de mieux vous connaître, nous vous contacterons au cours des deux prochaines semaines. Vous pouvez nous poser toutes les questions que vous avez, ou obtenir notre aide pour fixer des rendez-vous. Si vous voulez nous parler plus tôt, appelez-nous tout simplement au 1-800-303-9626. Vous pouvez aussi visiter notre site Web www.metroplus.org/enhanced pour obtenir plus d'informations sur MetroPlus Enhanced.

COMMENT FONCTIONNENT LES RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉTABLISSEMENT

Le Régime, Nos Prestataires et Vous

Vous avez peut-être observé par vous-même ou entendu parler des changements qui ont eu lieu dans le domaine des soins de santé. De nombreux clients reçoivent leurs prestations de maladie par l'intermédiaire des soins gérés, qui offrent un foyer central pour vos soins. Si vous recevez des services de santé comportementale à l'aide de votre carte Medicaid, ces services seront désormais disponibles à travers MetroPlus Enhanced.

En tant que membre de MetroPlus Enhanced, vous bénéficierez de toutes les prestations disponibles dans le Medicaid classique, et en plus vous pourrez aussi accéder aux services de spécialité pour pouvoir atteindre vos objectifs de santé. Nous offrons des services étendus pour vous permettre de devenir et de rester sain et vous accompagner dans votre rétablissement.

MetroPlus Enhanced offre de nouveaux services, nommés les Services comportementaux de foyer de santé et communautaires (BHHCBS), aux membres éligibles.

Les BHHCBS vous aident à :

- Trouver un logement.
- Vivre indépendamment.
- Rentrer à l'école.
- Trouver un emploi.
- Trouver le soutien des gens qui ont vécu la même situation que vous.
- Gérer le stress.
- Empêcher des crises.

En tant que membre de MetroPlus Enhanced, vous aurez également un gestionnaire de soins de foyer de santé qui collaborera avec tous vos prestataires de soins de santé physique et comportementale en vue d'accorder une attention toute particulière à l'ensemble de vos besoins en matière des soins de santé. Le gestionnaire de soins de foyer de santé s'assurera que vous recevez les services médicaux, de santé comportementale et sociaux dont vous auriez besoin, tels que l'aide à obtenir un logement et les aides alimentaires.

Vous utilisez peut-être votre carte Medicaid pour obtenir un service qui vous est désormais disponible à travers MetroPlus Enhanced. Pour trouver si un service dont vous bénéficiez déjà est assuré maintenant par MetroPlus Enhanced, contactez le Service Clients au 1-800-303-9626.

- Vous et votre équipe de soins de santé collaborerez ensemble pour veiller à ce que vous profitiez de la meilleure santé physique et émotionnelle possible. Vous pouvez obtenir des services spéciaux pour jouir d'une vie saine, tels que des cours sur la nutrition et du soutien pour arrêter de fumer.
- MetroPlus Enhanced a un contrat avec le Département de la santé de l'État de New York pour répondre aux besoins de soins de santé des bénéficiaires de Medicaid. À notre tour, nous choisissons un groupe de prestataires de soins médicaux, de soins de la santé mentale et de soins en matière de la toxicomanie afin de nous permettre de répondre à vos besoins. Ces médecins et spécialistes, hôpitaux, cliniques, laboratoires, gestionnaires de cas et

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

d'autres établissements de soins de santé constituent notre **réseau de prestataires**. Vous en trouverez une liste dans notre annuaire des prestataires. Si vous n'avez pas un annuaire des prestataires, appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 pour obtenir un exemplaire ou visitez notre site Web au www.metroplus.org/enhanced.

- Quand vous vous inscrivez à MetroPlus Enhanced, un de nos prestataires s'occupera de vous. La plupart du temps cette personne sera votre **Prestataire de soins primaires (PCP)**. Vous voudriez peut-être choisir un PCP de votre clinique de soins de santé mentale ou de soins en matière de la toxicomanie. Si vous avez besoin de faire faire un examen médical, de consulter un autre spécialiste ou de vous hospitaliser, votre prestataire de soins primaires s'en occupera.
- Votre prestataire de soins primaires vous sera disponible chaque jour, jour et nuit. Si vous avez besoin de lui parler en dehors des heures ouvrables ou le weekend, laissez un message et vos coordonnées. Votre prestataire de soins primaires vous contactera dès que possible. Même si votre prestataire de soins primaires est votre source principale en matière de soins de santé, dans certains cas, vous pouvez vous référer par vous-même à certains médecins pour certains services. Voir la page 26 pour les détails.
- Vous serez peut-être limité à certains prestataires du régime si vous :
 - êtes soigné par de nombreux médecins pour un même problème
 - recevez des soins médicaux plus souvent que nécessaire
 - utilisez des médicaments délivrés sur ordonnance d'une manière qui pourrait s'avérer dangereuse pour votre santé
 - permettez à quelqu'un autre que vous-même de se servir de votre carte d'identité du régime

Confidentialité

Nous respectons votre droit à la vie privée. MetroPlus Enhanced reconnaît la confiance qui est nécessaire entre vous, votre famille, vos médecins et d'autres prestataires de soins. MetroPlus Enhanced ne divulguera jamais vos antécédents médicaux ou de santé comportementale sans votre approbation préalable par écrit. Les seules personnes qui auront accès à vos informations cliniques seront MetroPlus Enhanced, votre prestataire de soins primaires, votre gestionnaire de soins de foyer de santé et d'autres prestataires qui vous prodiguent des soins et votre représentant autorisé. Si vous êtes orienté vers ces prestataires de telles orientations feront toujours l'objet d'une discussion avec vous au préalable par votre prestataire de soins primaires et/ou gestionnaire de

soins de foyer de santé. Le personnel de MetroPlus Enhanced a été formé pour conserver de manière rigoureuse la confidentialité des membres.

COMMENT UTILISER LE LIVRET D'INFORMATION

- Ce livret vous expliquera comment fonctionnera votre nouveau régime d'assurance-maladie et comment vous pouvez tirer le maximum bénéfice de MetroPlus Enhanced. Ce livret est votre guide des services de santé et de bien-être. Il vous explique les démarches à faire pour que le régime marche pour vous.
- Les quelques premières pages vous expliqueront ce que vous avez besoin de savoir initialement. Le reste du livret peut attendre jusqu'à ce que vous en ayez besoin. Utilisez-le comme référence ou parcourez-le un petit peu à chaque fois. Si vous avez une question, consultez ce livret ou appelez notre unité de Service Clients au 1-800-303-9626. Vous pouvez appeler également l'assistance téléphonique de New York Medicaid Choice au 1- 800-505-5678.

ASSISTANCE DU SERVICE CLIENTS

Il y a quelqu'un pour vous assister au Service Clients :

Du lundi au samedi de 8h - 20h

appelez-nous gratuitement à notre numéro vert au : 1-800-303-9626

Si vous êtes malentendant (avez une déficience auditive) et avez accès à une machine TDD/TTY appelez-nous gratuitement à notre numéro vert au : **1-800-881-2812**.

Si vous avez des problèmes de vue et aimeriez utiliser un livret en braille ou un livret enregistré (bande audio), appelez le Service Clients.

Si vous avez besoin d'assistance médicale en dehors des heures de travail, le weekend ou les jours fériés, appelez le numéro d'urgence gratuit de soins de santé de MetroPlus, 24h/24, 7j/7 au **1-800-442-2560**.

En cas de crise de santé comportementale appelez notre numéro d'urgence gratuit au 1-855-371-9228

- Vous pouvez appeler le Service Clients pour recevoir l'assistance **chaque fois que vous avez une question**. Vous pouvez nous appeler pour choisir ou pour changer votre prestataire de soins primaires (*PCP en abréviation*), pour vous renseigner sur les prestations et les services, pour chercher l'aide pour être orienté vers un spécialiste, pour remplacer une carte

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

d'identité égarée, pour signaler que vous êtes enceinte, pour signaler la naissance d'un nouveau bébé ou pour vous renseigner sur toute modification qui peut impacter vos prestations.

- Nous proposons des **séances gratuites** pour expliquer notre régime de soins médicaux et comment nous pouvons vous aider au mieux. C'est le moment idéal pour vous de poser des questions et de rencontrer d'autres membres. Si vous aimeriez assister à une de ces séances, appelez-nous pour trouver un lieu et une heure qui vous conviendront le mieux.
- **Si vous ne parlez pas anglais**, nous pouvons vous aider. Nous voulons que vous sachiez comment utiliser votre régime d'assurance-maladie, quelle que soit la langue que vous parliez. Passez-nous un coup de fil tout simplement et nous trouverons un moyen pour vous parler dans votre propre langue. Nous avons un groupe de personnes qui peuvent vous aider. Nous pouvons également vous aider à trouver un PCP (Prestataire de soins primaires) qui peut communiquer avec vous dans votre langue.
- **Pour les gens avec des handicaps** : Si vous utilisez un fauteuil roulant, ou êtes aveugle, ou avez du mal à entendre ou à comprendre, appelez-nous si vous avez besoin d'aide supplémentaire. Nous pouvons vous dire si le cabinet d'un prestataire donné est accessible par fauteuil roulant ou est muni de dispositifs de communication spéciaux. Nous proposons également des services tels que :
 - Machine TTY/TDD (Notre numéro de téléphone TTY est le 1-800-881-2812)
 - Informations en gros caractères
 - Gestion de cas
 - Aide pour fixer des rendez-vous ou vous rendre au lieu du rendez-vous
 - Noms et adresses des prestataires qui sont des spécialistes dans le domaine de votre handicap
- **Si vous recevez actuellement des soins à domicile**, il se peut que votre infirmier ou assistant médical ne sache pas que vous vous êtes inscrit à notre régime. **Appelez-nous tout de suite** pour vous assurer que vos soins à domicile ne cessent pas de manière inattendue.

VOTRE CARTE D'IDENTITÉ DE RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Après votre inscription, nous vous enverrons une **Lettre de bienvenue**. Votre carte d'identité MetroPlus vous parviendra dans les 14 jours suivant votre date d'inscription. Votre carte comportera le nom et le numéro de téléphone de votre PCP (Prestataire de soins primaires). Elle comportera également votre numéro d'identification client (CIN). S'il y a quelque chose d'erroné sur votre carte d'identité MetroPlus, appelez-nous immédiatement. Votre carte d'identité n'indique

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

pas que vous bénéficiez de Medicaid ou que MetroPlus Enhanced est un type de régime de soins médicaux spécial.

Portez votre carte d'identité avec vous tout le temps et montrez-la chaque fois que vous allez vous soigner. Si vous avez besoin de soins avant l'arrivée de votre carte, votre lettre de bienvenue sert de preuve que vous êtes membre de MetroPlus Enhanced. Vous devez conserver également votre carte de prestations-maladie Medicaid. Vous aurez besoin de votre carte Medicaid pour obtenir des services qui ne sont pas couverts par MetroPlus Enhanced.

PARTIE I --- Les premières choses que vous devriez savoir

COMMENT CHOISIR VOTRE PRESTATAIRE DE SOINS PRIMAIRES (PCP)

- Vous avez peut-être déjà sélectionné votre PCP (Prestataire de soins primaires). **Si vous n'avez pas encore choisi votre PCP, vous devriez le faire tout de suite.** Si vous n'avez pas choisi un médecin d'ici 30 jours, nous allons en choisir un pour vous. Le Service Clients (1-800-303-9626) peut vérifier si vous avez déjà un PCP ou peut vous aider à choisir un PCP. **Vous pourriez également choisir un PCP dans votre clinique de santé comportementale.**

Vous pouvez accéder à votre annuaire des prestataires en ligne au www.metroplus.org/enhanced. L'annuaire des prestataires fait la liste de tous les médecins, cliniques, hôpitaux, laboratoires et d'autres personnes qui travaillent avec MetroPlus. Il énumère l'adresse, le numéro de téléphone et la formation spéciale des médecins. —L'annuaire des prestataires indiquera quels médecins et quels prestataires acceptent les nouveaux patients. Vous devez appeler leurs cabinets pour vous assurer qu'ils acceptent de nouveaux patients au moment où vous choisissez un PCP. Vous pouvez aussi demander un exemplaire de l'annuaire des prestataires pour le Comté où vous habitez ou pour le Comté dans lequel vous souhaitez consulter un prestataire sur le site Web de MetroPlus www.metroplus.org/enhanced ou en appelant le Service Clients au 1-800-303-9626.

Vous voulez peut-être consulter un médecin :

- que vous avez consulté auparavant,
- qui comprend vos problèmes de santé,
- qui accepte les nouveaux patients,
- qui peut communiquer avec vous dans votre langue,
- qui est facile d'accès,
- qui est dans une clinique que vous fréquentez.

- Les femmes peuvent également choisir un de nos médecins OB/GYN pour les soins de santé pour femmes.
- Nous avons aussi des contrats avec de nombreux FQHC (Centres de santé accrédités au niveau fédéral). Tous les FQHC prodiguent des soins primaires et de spécialité. Certains clients préfèrent recevoir des soins des FQHC parce que ces centres ont une longue histoire dans le voisinage. Vous voulez peut-être essayer d'y aller parce qu'ils sont facile à accéder. Il faut que vous sachiez que vous avez le choix. Vous pouvez choisir un de nos prestataires. Ou vous pouvez opter pour un PCP dans un des FQHC avec lesquels nous travaillons, énumérés ci-dessous. Appelez tout simplement notre Service Clients (1-800-303-9626) pour l'assistance.

Une liste des FQHC disponibles se trouve dans votre annuaire des prestataires sur les pages 11-13.

- Dans pratiquement tous les cas, vos médecins seront des prestataires de MetroPlus Enhanced. Il y a quatre cas de figure dans lesquels vous pourrez continuer à **consulter un autre prestataire que vous aviez avant de vous inscrire à MetroPlus Enhanced**. Dans de tels cas, votre prestataire doit accepter de travailler avec MetroPlus Enhanced. Vous pouvez continuer à consulter votre prestataire si :
 - Vous êtes enceinte de plus de 3 mois quand vous intégrez MetroPlus Enhanced et vous recevez des soins prénatals. Dans ce cas, vous pouvez conserver votre médecin jusqu'à après votre accouchement et jusqu'aux soins postnatals.
 - Au moment de votre inscription à MetroPlus Enhanced, vous êtes atteint d'une maladie grave ou d'une affection mettant en danger votre vie et qui empire avec le passage du temps. Dans ce cas, vous pouvez demander de conserver votre prestataire pour une période allant jusqu'à 60 jours.
 - Au moment où vous intégrez MetroPlus Enhanced, vous suivez un traitement pour une maladie comportementale. Dans ce cas, vous pouvez demander de conserver votre prestataire pendant le traitement pour une période allant jusqu'à 2 ans.

Au moment où vous intégrez MetroPlus Enhanced, le Medicaid classique prenait en charge vos soins à domicile et vous avez besoin de continuer à recevoir ces soins pendant au moins 120 jours. Dans ce cas, vous pouvez conserver cette même agence de soins à domicile, infirmier ou assistant médical, et le même degré de soins à domicile, pour au moins 90 jours. MetroPlus Enhanced se doit de vous avertir de toute modification de vos soins à domicile avant que ces modifications prennent effet.

- Le cas échéant, vous pouvez **changer votre PCP** dans les 30 premiers jours après votre premier rendez-vous avec votre PCP. Après cela, vous pouvez le changer une fois tous les six mois sans avoir à en donner la cause, ou plus souvent si vous avez une bonne raison pour effectuer ce changement. Vous pouvez également changer votre OB/GYN ou un spécialiste auquel votre PCP vous a envoyé.
- Si votre **prestataire quitte** MetroPlus Enhanced, nous vous le notifierons dans les 5 jours après que nous en avons pris connaissance. Si vous voulez, vous pouvez consulter ce prestataire *si* vous êtes enceinte de plus de trois mois ou si vous recevez un traitement en cours pour une maladie. Si vous êtes enceinte, vous pouvez continuer à consulter votre médecin jusqu'aux soins postnatals. Si vous consultez un médecin régulièrement pour un problème médical spécifique, vous pouvez continuer votre traitement actuel pendant encore 90 jours. Votre médecin doit accepter de travailler avec MetroPlus Enhanced pendant cette période. Si une de ces conditions s'applique dans votre cas, vérifiez auprès de votre PCP ou appelez le Service Clients au 1-800-303-9626.

GESTION DES SOINS DE FOYER DE SANTÉ

MetroPlus Enhanced est responsable de fournir et de coordonner vos soins de santé physique et vos services de santé comportementale. Nous employons le concept des Foyers de Santé pour coordonner les services pour nos membres. C'est votre choix d'intégrer un Foyer de Santé et nous vous encourageons à intégrer un Foyer de Santé pour la gestion de vos soins.

MetroPlus Enhanced peut vous aider à vous inscrire à un Foyer de Santé qui assignera votre gestionnaire de soins de foyer de santé personnel. Votre gestionnaire de soins de foyer de santé peut vous aider à fixer des rendez-vous, à obtenir des services sociaux et à assurer le suivi de votre progrès.

Votre Foyer de Santé est responsable de vous faire un bilan pour déterminer les services comportementaux de foyer de santé et communautaires dont vous auriez besoin. À l'aide de ce bilan, vous et votre gestionnaire de soins de foyer de santé travaillerez ensemble pour dresser un Plan de Soins qui sera conçu exclusivement pour vous.

Votre gestionnaire de soins de foyer de santé pourra :

- Collaborer avec votre PCP et d'autres prestataires pour coordonner l'ensemble de vos soins de santé physique et comportementale ;
- Collaborer avec les gens en qui vous avez confiance, comme les membres de famille ou amis, pour vous aider à planifier et à recevoir les soins dont vous avez besoin ;

- Vous soutenir pour que vous obteniez des services sociaux, tels que SNAP (coupons alimentaires) et d'autres aides sociales ;
- Élaborer un plan de soins avec vous pour pouvoir identifier vos besoins et vos objectifs ;
- Faire une évaluation pour déterminer vos besoins en matière d'aides sociales ;
- Vous aider à fixer des rendez-vous avec votre PCP et d'autres prestataires ;
- Vous aider à gérer des problèmes médicaux en cours tels que le diabète, l'asthme et l'hypertension ;
- Vous aider à trouver des services pour la perte de poids, l'alimentation saine, la culture physique et pour arrêter de fumer ;
- Vous accompagner lors du traitement ;
- Identifier les ressources dont vous avez besoin qui se trouvent dans votre quartier ;
- Vous aider à trouver ou à faire une demande pour un logement stable ;
- Vous aider à rentrer chez vous sain et sauf après un séjour à l'hôpital ; et
- S'assurer que vous recevez le suivi médical, des médicaments et d'autres services nécessaires.

Votre gestionnaire de soins de foyer de santé établira le contact avec vous immédiatement pour déterminer les soins dont vous avez besoin et vous aider à fixer les rendez-vous. Votre gestionnaire de soins de foyer de santé ou quelqu'un au sein de votre prestataire de Foyer de Santé restera à votre disposition 24h/24, 7j/7. Vous pouvez contacter le Service Clients au 1-800-303-9626 du lundi au samedi de 8h – 20h ou si vous avez besoin de parler à quelqu'un en dehors des heures de travail, le dimanche, les jours fériés ou si vous êtes en crise, appelez 1-855-371-9228.

SOINS DE SANTÉ SUIVIS

- Vos soins de santé incluront des examens médicaux suivis pour tous vos besoins de soins de santé. Nous vous dirigeons également vers des hôpitaux ou spécialistes. Nous voulons que les nouveaux membres consultent leur prestataire de soins primaires pour une première visite médicale dès leur inscription à MetroPlus Enhanced. Cela vous donnera la possibilité de discuter avec votre prestataire de soins primaires de vos antécédents médicaux, des médicaments que vous prenez et de lui poser toutes les questions que vous avez.
- Jour et nuit, votre PCP est accessible au moyen d'un simple coup de fil. N'oubliez pas d'appeler votre PCP chaque fois que vous avez une question ou une préoccupation d'ordre médical. Si vous lui téléphonez en dehors des heures de travail ou le weekend, laissez un

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

message et vos coordonnées. Votre PCP vous rappellera dès que possible. Rappelez-vous, votre PCP vous connaît et sait comment le régime de soins médicaux fonctionne.

- Vous pouvez appeler MetroPlus Enhanced vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre, sept (7) jours sur sept au 1-800-303-9626, si vous avez des questions sur comment obtenir les services ou si pour une raison quelconque vous n'arrivez pas à joindre votre prestataire de soins primaires.
- Les soins que vous recherchez doivent être **médicalement nécessaires** -- les services que vous obtenez doivent être nécessaires :
 - pour prévenir ou diagnostiquer et corriger ce qui pourrait causer plus de souffrance, ou
 - pour s'occuper d'un danger à votre vie, ou
 - pour s'occuper d'un problème qui pourrait provoquer une maladie, ou
 - pour s'occuper de quelque chose qui pourrait restreindre vos activités normales.
- Votre PCP s'occupera de la plupart de vos besoins de soins de santé. Vous devez fixer un rendez-vous pour rencontrer votre PCP. Si jamais vous ne pouvez pas honorer un rendez-vous, appelez votre PCP pour le prévenir.
- Dès que vous choisissez un PCP, appelez-le pour fixer un premier rendez-vous. Si vous pouvez, préparez-vous pour votre premier rendez-vous. Votre PCP aura besoin de connaître autant de détails sur vos antécédents médicaux que ce que vous pouvez lui dire. Faites une liste de vos antécédents médicaux, des problèmes que vous avez actuellement, des médicaments que vous prenez et des questions que vous voudriez poser à votre PCP. Dans la plupart des cas, votre première visite doit avoir lieu dans les quatre semaines après votre inscription au régime. Si vous avez besoin de traitement au cours des semaines à venir, fixez votre premier rendez-vous dans la première semaine qui suit votre inscription à MetroPlus Enhanced. Votre gestionnaire de soins de foyer de santé peut vous aider à fixer votre premier rendez-vous et à vous y préparer.
- **Si vous avez besoin de soins avant votre premier rendez-vous**, appelez le cabinet de votre PCP pour lui exprimer votre souci. Il vous accordera un rendez-vous plus tôt pour ce problème. (Vous devez quand-même toujours maintenir votre premier rendez-vous pour discuter de vos antécédents médicaux et poser des questions.)

- Utilisez la liste ci-dessous comme guide pour consulter le délai le plus long d'attente après votre demande de rendez-vous. Votre gestionnaire de soins peut vous aider également à fixer ou à obtenir des rendez-vous.
- soins urgents : dans les 24 heures
- visites non-urgentes pour maladie : dans les 3 jours
- soins ordinaires, préventifs : dans les 4 semaines
- première visite prénatale : dans les 3 semaines lors du 1er trimestre (2 semaines lors du 2ème, 1 semaine lors du 3ème)
- première visite pour la planification familiale : dans les 2 semaines
- visite de suivi médical après les urgences de santé mentale/consommation de drogues ou visite en tant qu'hospitalisé : 5 jours
- visite non-urgente de spécialiste des soins de santé mentale ou de toxicomanie : dans les 2 semaines.
- ligne de départ et examen médical routinier pour adulte : dans les 4 semaines

SOINS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE ET SERVICES DE FOYER ET COMMUNAUTAIRES (BHHCBS)

Les soins de santé comportementale comprennent les services de traitement de la santé mentale et de toxicomanie. Vous avez accès à des services qui peuvent vous aider en matière de la santé émotionnelle. Vous pouvez également obtenir de l'aide pour les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

Si vous avez besoin d'aide pour soutenir votre vie au sein de la communauté, MetroPlus Enhanced propose des services supplémentaires, nommés les services comportementaux de foyer de santé et communautaires (BHHCBS). Ces services peuvent vous aider à vivre en dehors de l'hôpital et à vivre dans la communauté. Certains de ces services vous aident à atteindre vos objectifs de vie pour l'emploi, les études ou pour d'autres aspects de votre vie que vous aimeriez améliorer.

Pour être éligible pour ces services, il vous faudra faire établir un bilan. Pour en savoir plus, appelez-nous au 1-800-303-9626 ou demandez à votre gestionnaire de soins à propos de ces services.

Voir la page 25 de ce Livret d'information pour obtenir plus d'informations sur ces services et comment y accéder.

COMMENT ACCÉDER AUX SOINS DE SPÉCIALITÉ ET OBTENIR DES ORIENTATIONS VERS DES SPÉCIALISTES

- Si vous avez besoin de soins que votre PCP ne peut vous prodiguer, il vous ORIENTERA vers d'autres spécialistes qui le peuvent. Si votre PCP vous oriente vers un autre médecin dans notre réseau de prestataires, nous assumerons les frais de vos soins. La plupart de ces spécialistes sont les prestataires de MetroPlus Enhanced. Parlez avec votre PCP pour vous assurer que vous savez comment marchent les orientations vers les spécialistes.
- Si vous pensez que le spécialiste ne répond pas à vos besoins, parlez-en à votre PCP. Votre PCP peut vous aider si vous avez besoin de consulter un autre spécialiste.
- Il y a certains traitements et services pour lesquels votre PCP doit demander l'approbation de notre régime *avant que* vous ne puissiez en bénéficier. Votre PCP pourra vous dire desquels il s'agit.
 - Si vous avez du mal à vous faire orienter vers un spécialiste dont vous pensez avoir besoin, contactez le Service Clients au 1-800-303-9626.
- Si nous n'avons aucun spécialiste dans notre réseau de prestataires qui peut vous prodiguer les soins dont vous avez besoin, nous vous procurerons les soins dont vous avez besoin d'un spécialiste qui ne fait pas partie de notre régime. Ceci se nomme une **orientation hors réseau**. Votre PCP ou prestataire du régime doit demander l'approbation de MetroPlus Enhanced *avant que* vous ne puissiez obtenir une orientation hors réseau. Si votre PCP ou prestataire du régime vous oriente vers un prestataire qui ne fait pas partie de notre réseau, vous n'avez à assumer aucun frais excepté d'éventuelles quote-parts tel que décrit dans ce livret.
 - Afin d'obtenir l'orientation vers un spécialiste, votre médecin doit nous donner quelques informations. Une fois que nous obtenons toutes ces informations, nous déciderons en 1-3 jours ouvrables si vous pouvez consulter ce spécialiste hors réseau. Dans tous les cas, nous ne prendrons jamais plus de 14 jours à compter de la date à laquelle nous recevons votre demande pour prendre cette décision. Vous ou votre médecin pouvez demander un examen accéléré si votre médecin pense qu'un retard causera des dommages graves à votre santé. Dans ce cas, nous déciderons et vous reviendrons en 1-3 jours ouvrables. Pour avoir des informations sur le statut de votre demande veuillez appeler le Service Clients au 1-800-303-9626. Quelquefois il est possible que nous n'approuvions pas une

orientation vers un spécialiste hors réseau parce que nous avons un prestataire dans MetroPlus Enhanced qui peut vous traiter. Si vous pensez que notre prestataire ne possède pas la bonne formation ou l'expérience adéquate pour vous traiter, vous pouvez nous demander de vérifier si votre orientation vers un spécialiste hors réseau est médicalement nécessaire. Il vous faudra demander un **appel à l'action**. Voir la page 35 pour trouver comment procéder.

Il vous faudra demander à votre médecin d'envoyer les informations qui suivent avec votre appel à l'action :

- 1) une déclaration par écrit qui constate que le prestataire de MetroPlus Enhanced ne possède pas la bonne formation ou l'expérience adéquate pour répondre à vos besoins, et
- 2) qu'il recommande un prestataire hors réseau qui possède la bonne formation et l'expérience adéquate qui est capable de vous traiter.

Votre médecin doit être un spécialiste certifié par le conseil ou admissible au conseil et traiter les patients qui ont besoin du traitement que vous demandez.

- Quelquefois il est possible que nous n'approuvions pas une orientation vers un spécialiste hors réseau pour un traitement spécifique parce que vous avez fait la demande pour des soins que vous pouvez obtenir d'un prestataire de MetroPlus Enhanced. Vous pouvez nous demander de vérifier si votre orientation vers un spécialiste hors réseau pour le traitement que vous voulez est médicalement nécessaire. Il vous faudra demander un **appel à l'action**. Voir la page 35 pour trouver comment procéder.

Il vous faudra demander à votre médecin d'envoyer les informations qui suivent avec votre appel à l'action :

- 1) une déclaration par écrit de votre médecin constatant que le traitement hors réseau est très différent du traitement que vous pouvez obtenir du prestataire de MetroPlus Enhanced. Votre médecin doit être un spécialiste certifié par le conseil ou admissible au conseil et traiter les patients qui ont besoin du traitement que vous demandez, et
- 2) deux documents médicaux ou scientifiques qui prouvent que le traitement que vous demandez vous est plus utile et ne vous nuira pas plus que le traitement que vous pouvez obtenir du prestataire de MetroPlus Enhanced.

- Même si votre médecin ne nous envoie pas ces informations, nous allons examiner votre appel à l'action. Il est possible cependant que vous ne soyez pas éligible pour un appel externe. Voir la Page 38 pour avoir plus d'informations à propos des

appels externes. Si vous pensez que notre prestataire ne possède pas la bonne formation ou l'expérience adéquate pour vous traiter, vous pouvez nous demander de vérifier si une orientation vers un spécialiste hors réseau est médicalement nécessaire. Il vous faudra demander un **appel à l'action**. Voir la page 35 pour trouver comment procéder.

Il vous faudra demander à votre médecin d'envoyer les informations qui suivent avec votre appel à l'action :

- 1) une déclaration par écrit qui constate que le prestataire de MetroPlus Enhanced ne possède pas la bonne formation ou l'expérience adéquate pour répondre à vos besoins, et
- 2) qu'il recommande un prestataire hors réseau qui possède la bonne formation et l'expérience adéquate qui est capable de vous traiter.

Votre médecin doit être un spécialiste certifié par le conseil ou admissible au conseil et traiter les patients qui ont besoin du traitement que vous demandez.

- *Vous pourriez avoir besoin de consulter un spécialiste pour les soins en cours pour une condition de santé médicale ou comportementale.* Votre PCP pourra peut-être vous orienter vers un spécialiste pour un nombre de visites ou une durée déterminée (une **recommandation permanente**). Si vous avez une recommandation permanente, vous n'aurez pas besoin d'une nouvelle recommandation chaque fois que vous aurez besoin de soins.
- *Si vous êtes atteint d'une maladie à long terme ou d'une maladie invalidante qui empire au cours du temps, votre PCP sera peut-être en mesure de mettre en place ce qui suit :*
 - votre spécialiste qui agira en tant que votre PCP ;
 - une orientation vers un centre de soins qui se spécialise dans le traitement de votre maladie.

PROCUREZ-VOUS CES SERVICES DE NOTRE RÉGIME SANS orientation

Soins de Santé pour Femmes

Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP pour consulter un de nos prestataires SI

- vous êtes enceinte, ou
- vous avez besoin des services OB/GYN, ou
- vous avez besoin des services de planification familiale, ou
- vous voulez consulter une sage-femme, ou
- vous avez besoin de vous faire faire un examen des seins ou d'un examen pelvien.

Planification familiale

- Vous pouvez bénéficier des services de planification familiale suivants : conseil sur la contraception, ordonnances pour les pilules contraceptives, préservatifs masculins et féminins, tests de grossesse, stérilisation ou avortement. Pendant vos visites pour les précédents, vous pouvez également vous faire faire des examens pour les infections sexuellement transmissibles, un examen du cancer du sein ou un examen pelvien.
- Vous *n'avez pas besoin d'une recommandation* de votre PCP pour obtenir ces services. En fait, vous pouvez choisir où vous voulez obtenir ces services. Vous pouvez *utiliser votre carte d'identité de MetroPlus* pour consulter un de nos prestataires de planification familiale. Consultez l'annuaire des prestataires du régime ou appelez le Service Clients pour obtenir l'aide à trouver un prestataire.
- Ou bien, vous pouvez *utiliser votre carte de Medicaid* si vous voulez consulter un médecin ou une clinique qui ne fait pas partie de notre régime. Demandez à votre PCP ou au Service Clients au 1-800-303-9626 une liste d'établissements où vous pouvez obtenir ces services. Vous pouvez également appeler le numéro d'urgence Grandir sainement de l'État de New York (1-800-522-5006) pour les noms des prestataires de planification familiale près de chez vous.

Dépistage VIH et IST

Tout le monde doit connaître son statut VIH. Les dépistages VIH et d'infections sexuellement transmissibles font partie de vos soins de santé routiniers.

- Vous pouvez vous faire faire un dépistage VIH ou IST chaque fois que vous avez programmé une visite au cabinet ou à la clinique.

Service Clients 1-800-303-9626

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

TTY 1-800-881-2812

- Vous pouvez vous faire faire un dépistage VIH ou IST chaque fois que vous avez programmé des services de planification familiale. Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP (prestataire de soins primaires). Fixez simplement un rendez-vous avec n'importe quel prestataire de planification familiale. Si vous voulez un dépistage VIH ou IST, mais *pas dans le cadre d'un service de planification familiale*, votre PCP peut vous le fournir ou l'organiser pour vous.
- Si vous préférez ne pas le faire faire chez un de nos prestataires de MetroPlus Enhanced, vous pouvez utiliser votre carte de Medicaid pour consulter un prestataire de planification familiale en dehors de MetroPlus Enhanced. Pour obtenir de l'aide à trouver soit un prestataire du régime ou un prestataire de Medicaid pour les services de planification familiale appelez le Service Clients au 1-800-303-9626.
- Tout le monde doit parler à son médecin à propos de se faire faire un dépistage VIH. Pour bénéficier d'un dépistage VIH gratuit ou d'un dépistage quand votre nom n'est pas inscrit, appelez 1-800-541-AIDS (anglais) ou 1-800-233-SIDA (espagnol).

Certains dépistages sont des « dépistages rapides » et les résultats sont prêts si vous attendez un peu. Le prestataire qui vous administre le test vous expliquera les résultats et s'occupera du suivi le cas échéant. Vous apprendrez aussi comment protéger votre partenaire. Si votre test est négatif, nous pouvons vous aider à rester ainsi.

Services de Prévention de VIH

De nombreux services de prévention de VIH sont à votre disposition. Nous vous parlerons des activités qui peuvent vous mettre ainsi que les autres en danger de transmettre le VIH ou de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Nous pouvons vous aider à apprendre comment vous protéger. Nous pouvons vous aider également à obtenir des préservatifs masculins et féminins gratuits et des seringues propres.

Si vous êtes séropositif, nous pouvons vous aider à en parler à vos partenaires. Nous pouvons vous aider à en parler à votre famille et à vos amis pour leur permettre de comprendre le VIH et le SIDA et comment se faire traiter. Si vous avez besoin d'aide pour parler de votre statut VIH avec vos futurs partenaires, le personnel de MetroPlus Enhanced vous assistera. Nous pouvons même vous aider à parler du VIH à vos enfants.

Soins des yeux

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

Le service couvert par le régime comprend les prestations nécessaires d'un ophtalmologiste, optométriste et opticien d'ordonnances et inclut un examen de la vue et une paire de lunettes, le cas échéant. En général, vous pouvez bénéficier des services précédents une fois tous les deux ans ou plus souvent si c'est médicalement nécessaire. Les inscrits diagnostiqués avec le diabète peuvent se référer par eux-mêmes pour un examen de pupille dilatée (examen rétinien) une fois sur une période de 12 mois. Vous devez simplement choisir un de nos prestataires participants.

De nouvelles lunettes, avec des montures approuvées par Medicaid, sont normalement fournies une fois tous les deux ans. Vous pouvez commander les nouvelles lentilles plus souvent, si, par exemple, votre vision change de plus d'un demi dioptre. Si vous cassez vos lunettes, vous pouvez les faire réparer. Les lunettes perdues ou les lunettes cassées qui ne peuvent pas être réparées seront remplacées avec la même ordonnance et le même style de monture. Si vous avez besoin de consulter un oculiste pour les soins d'une maladie ou d'un défaut oculaire, votre PCP vous orientera vers un spécialiste.

Santé comportementale (Santé mentale et consommation de drogues)

Nous voulons vous aider à obtenir les services de santé mentale et de toxicomanie dont vous pourriez avoir besoin.

Si à un moment quelconque vous pensez que vous avez besoin d'aide avec la santé mentale ou la toxicomanie, vous pouvez consulter n'importe quel prestataire de santé comportementale qui accepte Medicaid pour déterminer les services dont vous pourriez avoir besoin. Cela comprend les services tels que les services de cliniques et de désintoxication. **Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP.**

Arrêt du tabac

Vous pouvez obtenir des médicaments, des approvisionnements et des conseils si vous voulez de l'aide pour arrêter de fumer. Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP pour obtenir ces services.

Dépistage de dépression maternelle

Si vous êtes enceinte et pensez que vous avez besoin d'aide avec la dépression, vous pouvez vous faire dépister pour déterminer les services dont vous pourriez avoir besoin. Vous n'avez pas besoin

d'une recommandation de votre PCP. Vous pouvez faire faire un dépistage lors de la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement.

Urgences

Vous êtes toujours couvert pour les urgences. Dans l'État de New York, une urgence signifie une condition médicale ou comportementale :

- qui survient tout d'un coup, et
- provoque des douleurs ou d'autres symptômes.

Une urgence fera penser à une personne possédant des connaissances moyennes sur la santé que quelqu'un subisse des dommages graves aux parties ou fonctions du corps ou au défigement grave s'il ne reçoit pas immédiatement des soins.

Quelques exemples d'urgence sont :

- un infarctus ou une douleur thoracique aigüe
- des saignements qui ne s'arrêtent pas ou mauvaise brûlure
- des os cassés
- trouble de respiration / convulsions / perte de connaissance
- quand vous sentez que vous risquez de vous blesser ou de blesser les autres
- si vous êtes enceinte et avez des signes comme des douleurs, des saignements, de la fièvre ou des vomissements
- overdose

Quelques exemples de **non-urgences** sont : rhumes, mal de gorge, estomac dérangé, blessures et contusions mineures ou entorses.

Les non-urgences peuvent aussi être des problèmes familiaux, une rupture ou le fait de vouloir consommer de l'alcool ou d'autres drogues. Vous pouvez avoir le sentiment que cela représente une urgence mais ce n'est pas une raison suffisante pour vous rendre aux urgences.

Si vous avez une urgence, voilà ce que vous devez faire :

- *Si vous croyez avoir une **urgence***, appelez 911 ou rendez-vous aux urgences. Vous n'avez pas besoin de l'approbation de MetroPlus Enhanced ou votre PCP avant d'obtenir des soins d'urgence et vous n'êtes pas obligé d'utiliser nos hôpitaux ou médecins.

- ***Si vous n'êtes pas sûr, appelez votre PCP ou MetroPlus Enhanced.***

Expliquez ce qui se passe à la personne à qui vous parlez. Votre PCP ou le représentant de MetroPlus Enhanced :

- vous dira ce que vous devez faire chez vous, ou
 - vous demandera de vous rendre au bureau de PCP,
 - vous parlera des services communautaires dont vous pouvez bénéficier, comme les réunions du programme des 12 étapes ou un asile, ou
 - vous demandera de vous rendre aux urgences les plus proches.
- **Vous pouvez aussi contacter le Service Clients de MetroPlus Enhanced au 1-800-303-9626 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 si vous êtes en crise ou avez besoin d'aide avec une situation de santé mentale ou de consommation de drogues.**
 - *Si vous êtes hors du quartier* au moment où vous avez une urgence :
 - Rendez-vous aux urgences les plus proches ou appelez 911.
 - Appelez MetroPlus Enhanced dès que vous pouvez (dans les 48 heures si possible).

Rappelez-vous

Vous n'avez pas besoin d'approbation préalable pour les services d'urgence.

Utilisez les urgences **seulement** si vous avez une **VRAIE URGENCE**.

Les urgences NE doivent PAS être utilisées pour les problèmes comme la grippe, maux de gorge ou otites.

Si vous avez des questions, appelez votre PCP ou notre régime au 1-800-303-9626.

Numéro de téléphone des services de crise de BH 1-855-371-9228

Soins urgents

Vous avez peut-être une blessure ou une maladie qui n'est pas une urgence mais qui nécessite quand-même des soins immédiats.

- Cela pourrait être la grippe ou si vous avez besoin de sutures.

Service Clients 1-800-303-9626

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

TTY 1-800-881-2812

- Cela pourrait être une entorse ou une écharde que vous n'arrivez pas à retirer.

Vous pouvez fixer un rendez-vous pour des soins urgents pour le même jour ou le lendemain. Si vous êtes chez vous ou à l'extérieur, appelez votre PCP quand vous voulez, jour et nuit. Si vous n'arrivez pas à joindre votre PCP, appelez-nous au 1-800-303-9626. Expliquez ce qui se passe à la personne à qui répond. Ils vous diront ce qu'il faut faire.

Soins en dehors des États-Unis

Si vous êtes en déplacement en dehors des États-Unis, vous ne pouvez bénéficier des soins d'urgence que dans le District de Columbia, Puerto Rico, les Îles Vierges, Guam, les Îles Mariannes du Nord et les Samoa américaines. Si vous avez besoin de soins médicaux quand vous êtes dans un autre pays (y compris le Canada et le Mexique), vous allez devoir en assumer les frais.

NOUS VOULONS VOUS GARDER EN BONNE SANTÉ

En dehors des bilans de santé réguliers et des vaccinations dont vous avez besoin, voici quelques autres services que nous proposons et des manières pour que vous restiez en bonne santé :

- Cours de renoncement du tabac
- Soins et nutrition prénatals
- Soutien en cas de Deuil / Perte
- Allaitement et soins du bébé
- Gestion de stress
- Contrôle du poids
- Contrôle du cholestérol
- Conseils pour le diabète et formation en auto-gestion
- Conseils pour l'asthme et formation en auto-gestion
- Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et comment se protéger des IST
- Services en cas de violence domestique

Appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 ou visitez notre site Web au www.metroplus.org/enhanced pour en savoir plus et obtenir une liste des cours à venir.

Livret d'information -- Partie 2 VOS PRESTATIONS ET PROCÉDURES DU RÉGIME

Le reste de ce livret est à titre d'information en cas de besoin. Il énumère les services couverts et non-couverts. Si vous avez une plainte, le livret vous indique les démarches à suivre. Le livret comporte d'autres informations que vous pourrez trouver utiles. Veuillez garder ce livret d'information à un endroit facilement accessible en cas de besoin.

PRESTATIONS

Les régimes de soins médicaux et de rétablissement vous fournissent de nombreux services en plus de ceux que vous obtenez avec le Medicaid classique. Nous fournissons ou nous occupons de la plupart des dont vous aurez besoin. Vous pourrez cependant obtenir certains services sans passer par l'intermédiaire de votre PCP. Ces services comprennent les soins d'urgence ; la planification familiale ; le dépistage VIH ; les services de crise mobiles ; et des services spécifiques d'auto-recommandation, y compris ceux que vous pouvez obtenir dans le cadre de MetroPlus Enhanced et quelques-uns pour lesquels vous pouvez choisir de vous rendre chez n'importe quel prestataire de service de Medicaid.

SERVICES COUVERTS PAR NOTRE RÉGIME

Vous bénéficierez de ces services de la part des prestataires qui font partie de notre régime. Tous les services doivent être médicalement ou cliniquement nécessaires et fournis ou recommandés par votre PCP (prestataire de soins primaires). Veuillez appeler notre département de Service Clients au 1-800-303-9626 si vous avez des questions ou avez besoin d'aide avec les services ci-dessous.

Soins médicaux suivis

- visites aux cabinets avec votre PCP
- orientations vers les spécialistes
- examens oculaires / auditives
- aide pour respecter la posologie des médicaments
- coordination des soins et des prestations

Soins préventifs

- bilans de santé réguliers

Service Clients 1-800-303-9626

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

TTY 1-800-881-2812

- accès aux aiguilles et aux seringues gratuites conseil pour l'arrêt du tabac
- sensibilisation au VIH et sensibilisation aux risques
- orientation vers les Organisations Communautaires (CBO) pour les soins de soutien
- soins pour l'arrêt du tabac

Soins obstétriques

- soins pendant la grossesse
- services de médecins/sage-femme et hospitaliers
- dépistage pour la dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement

Soins de Santé à Domicile

- Ils doivent être médicalement nécessaires et organisés par MetroPlus Enhanced
- Une visite de soins de santé postnatale médicalement nécessaire à domicile, des visites supplémentaires quand cela s'avère médicalement nécessaire pour les femmes à risque élevé
- D'autres visites de soins de santé à domicile en fonction du besoin et prescrites par votre PCP/spécialiste

Soins personnels/Aide familiale/Services d'aide personnelle dirigés par le client (CDPAS)

- Ils doivent être médicalement nécessaires et organisés par MetroPlus Enhanced
- Soins personnels/Aide familiale - Aide à se baigner, à s'habiller et à manger, et aide à préparer les repas et avec les tâches ménagères.
- CDPAS – Aide à se baigner, à s'habiller et à manger, aide à préparer les repas et avec les tâches ménagères, plus garde-malade et soins infirmiers. Ces services sont fournis par un garde-malade choisi et dirigé par vous. Si vous voulez plus d'informations contactez MetroPlus Enhanced au 1-800-303-9626

Système de réponse en cas d'urgence personnelle (PERS)

Il s'agit d'un article que vous portez au cas où vous auriez une urgence et auriez besoin d'aide. Pour être éligible et bénéficier de ce service, il faut que vous receviez des soins personnels/d'aide familiale ou les services CDPAS. Le PERS sera organisé par MetroPlus Enhanced.

Centre de soins de jour pour adultes

- Il doit être recommandé par votre prestataire de soins primaires (PCP) et organisé par MetroPlus Enhanced.
- Il fournit l'éducation sanitaire, la nutrition, les soins infirmiers et sociaux, l'aide avec la vie quotidienne, la thérapie de réadaptation, les services de pharmacie, plus les orientations vers les spécialistes pour les soins dentaires et d'autres soins de spécialité.

Thérapie pour la tuberculose

- Il s'agit d'aide avec la prise de vos médicaments pour la tuberculose et le suivi.

Soins d'hospice

- L'hospice aide les patients et leurs familles avec leurs besoins spéciaux qui se présentent aux dernières étapes de la maladie et après le décès.
- Ils doivent être médicalement nécessaires et organisés par MetroPlus Enhanced
- L'hospice fournit des services de soutien et certains services médicaux aux patients qui sont malades et ont une espérance de vie d'un an ou moins.
- Vous pouvez obtenir ces services chez vous ou dans un hôpital ou dans une maison de soins infirmiers.

Si vous avez des questions concernant ces services, vous pouvez appeler le Service Clients au 1-800-303-9626.

Soins dentaires

MetroPlus Enhanced croit que vous fournir de bons soins dentaires est important pour vos soins de santé globaux. Nous offrons des soins dentaires par l'intermédiaire d'un contrat avec HealthPlex, un expert dans la prestation de services dentaires d'excellente qualité. Les services couverts comprennent les services dentaires réguliers et routiniers tels que les contrôles dentaires préventifs, le nettoyage, les radios, les obturations et d'autres services pour contrôler toute modification ou déformation qui peut nécessiter le traitement et/ou des suivis pour vous. *Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP pour voir un dentiste !*

Comment recevoir des services dentaires :

Vous devez choisir un dentiste de soins primaires. MetroPlus utilise HealthPlex pour proposer les services dentaires. HealthPlex a des dentistes participants qui se spécialisent

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

dans la dentisterie générale, la dentisterie pédiatrique, la chirurgie buccale et la maladie des gencives. Appelez HealthPlex au 1-888-468-2189 pour choisir un dentiste de soins primaires. Vous pouvez obtenir une liste de dentistes participants en ligne au www.Metroplus.org ou sur demande en appelant le Service Clients de MetroPlus au 1-800-303-9626. Si vous ne choisissez pas un dentiste, il y en a un qui sera choisi pour vous. Vous pouvez toujours changer de dentiste. Appelez votre dentiste actuel pour lui demander s'il/elle participe à HealthPlex.

- Si vous avez besoin de trouver un dentiste ou changer de dentiste, veuillez appeler HealthPlex au 1-888-468-2189 ou appelez MetroPlus Enhanced au 1-800-303-9626. Les représentants du Service Clients sont là pour vous aider. De nombreux parmi eux parlent votre langue ou ont un contrat avec Language Line Services.
- Montrez votre carte d'identité de membre pour accéder aux prestations dentaires. Vous ne recevrez pas une carte d'identité dentaire séparée. Quand vous visitez votre dentiste, vous devez montrer votre carte d'identité du régime.
- Vous pouvez aussi vous rendre à une clinique dentaire qui est gérée par un centre dentaire universitaire sans recommandation. Appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 si vous avez besoin d'aide à repérer une clinique dans un centre dentaire universitaire.

Soins de la vue

- services d'un ophtalmologiste, opticien d'ordonnances et optométriste.
- couverture pour les lentilles de contact, les lentilles de polycarbonate, les yeux artificiels et/ou le remplacement des lunettes perdues ou détruites, y compris les réparations, lorsque c'est médicalement nécessaire. Les yeux artificiels sont couverts conformément à la prescription d'un prestataire du régime
- les examens oculaires, généralement tous les deux ans, à moins que ce soit médicalement nécessaire plus souvent
- les lunettes, avec une nouvelle paire de montures approuvées par Medicaid une fois tous les deux ans, ou plus souvent si c'est médicalement nécessaire
- les examens de basse vision et les prothèses oculaires conformément à la prescription de votre médecin
- les orientations vers les spécialistes pour les maladies ou les défauts oculaires

Pharmacie

- Médicaments délivrés sur ordonnance
- Médicaments en vente libre
- Insuline et fournitures diabétiques
- Agents pour le sevrage du tabac, y compris les produits en vente libre
- Piles pour les appareils auditifs
- Préservatif d'urgence (6 par année civile)
- Fournitures médicales et chirurgicales

Une quote-part pharmacie peut être exigée pour certaines personnes, pour certains médicaments et articles de pharmacie. Il n'y a pas de quote-parts pour les membres et services suivants :

- Les clientes qui sont enceintes : pendant la grossesse et pendant les deux mois suivant le mois où la grossesse prend fin.
- Les médicaments et les fournitures pour la planification familiale comme les pilules contraceptives, les préservatifs masculins et féminins, les seringues et les aiguilles.
- Les clients dans un programme de gestion compréhensive de Medicaid (CMCM) ou de coordination des services.
- Les clients qui font partie d'un programme de renonciation à des services de foyer et communautaires (HCBS) OMH ou OPWDD.
- Les clients qui font partie d'un programme de renonciation à HCBS DOH pour les patients atteints d'une lésion cérébrale traumatique (TBI).
- Les médicaments et les fournitures pour la planification familiale comme les pilules contraceptives et les préservatifs masculins et féminins.
- Quote-parts génériques
- Les médicaments pour traiter la maladie mentale (médicaments psychotropes) et la tuberculose

Article de prescription	Montant de quote-part	Détails de quote-part
Médicaments de prescription de marque	3,00 \$/1,00 \$	1 frais de quote-part pour chaque nouvelle prescription et chaque renouvellement
Médicaments de prescription génériques	1,00 \$	
Médicaments en vente libre, comme les médicaments pour le sevrage du tabac et le diabète	0,50 \$	

- Si vous avez une quote-part à régler, il y a une quote-part pour chaque nouvelle prescription *et* chaque renouvellement.
- Si vous avez une quote-part à régler, vous êtes responsable pour un maximum de 200 \$ chaque année civile.
- Si vous avez migré vers un nouveau régime au cours de l'année civile, conservez vos reçus comme pièces justificatives de vos quote-parts ou vous pouvez demander à votre pharmacie le justificatif des quote-parts que vous avez payés. Il vous faudra en remettre un exemplaire à votre nouveau régime.
- Certains médicaments pourraient exiger l'obtention d'une autorisation préalable par votre médecin avant qu'il ne rédige votre ordonnance. Votre médecin peut travailler avec MetroPlus Enhanced pour s'assurer que vous obtenez les médicaments dont vous avez besoin. Apprenez plus sur l'autorisation préalable plus loin dans ce livret d'information.
- Vous avez une option dans laquelle vous devez remplir vos ordonnances. Vous pouvez vous rendre à n'importe quelle pharmacie qui participe à notre régime ou vous pouvez remplir vos ordonnances en utilisant une pharmacie de vente par correspondance. Pour avoir des informations sur le statut de votre demande veuillez appeler le Service Clients au 1-800-303-9626.

Soins hospitaliers

- soins aux hospitalisés
- soins aux malades externes
- labo, radio, d'autres examens

Soins de premiers secours

- Les services des soins de premiers secours sont les procédures, traitements ou services nécessaires pour évaluer ou stabiliser une urgence.
- Après que vous avez reçu les soins de premiers secours, vous pourriez avoir besoin d'autres soins pour rester dans un état stable. En fonction de vos besoins, vous pourrez être soigné dans les urgences, dans une chambre d'hôpital des patients hospitalisés ou dans un autre cadre. On appelle cela les **Services post-stabilisation**.
- Pour en savoir plus sur les services d'urgences, voir la page 15.

Soins de spécialité

Ils comprennent les services d'autres praticiens, y compris

- les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes– Limités à 20 visites par thérapie par année civile, à moins que vous n'ayez été déterminé comme étant une personne souffrant de maladie du développement par le Bureau des personnes souffrant des maladies du développement, ou si vous êtes atteint d'une lésion cérébrale traumatique.
- audiologiste
- sages-femmes
- réadaptation cardiologique
- d'autres spécialités telles que :
 - Rhumatologie, Gastroentérologie, ORL, Hématologie/Oncologie, Pneumologie, Allergie/Immunologie, Neurologie

Soins des établissements de santé résidentiels (Maison de soins infirmiers)

- Ils comprennent les soins à court terme, ou cure de désintoxication, les séjours et les soins à long terme ;
- Ils doivent être prescrits par un médecin et autorisés par MetroPlus Enhanced ;
- les services de maisons de soins infirmiers couverts comprennent la supervision médicale, les soins infirmiers 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, l'aide pour la vie quotidienne, la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie.

Si vous avez besoin d'un placement à long terme dans une maison de soins infirmiers, New York State of Health doit déterminer si vous répondez à certaines exigences sur le revenu de Medicaid. MetroPlus Enhanced et la maison de soins infirmiers peuvent vous aider à faire votre demande.

Vous devez recevoir ces soins d'une maison de soins infirmiers qui fait partie du réseau des prestataires de MetroPlus Enhanced. Si vous choisissez une maison de soins infirmiers hors du réseau des prestataires de MetroPlus Enhanced, vous devriez peut-être migrer vers un autre régime. Appelez New York Medicaid Choice au 1-800-505-5678 pour l'aide avec les questions sur les prestataires des maisons de soins infirmiers et les réseaux du régime.

Appelez 1-800-303-9626 pour l'aide à trouver une maison de soins infirmiers dans notre réseau.

SOINS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE

Les soins de santé comportementale comprennent les services de traitement et de réadaptation dans le cas de la santé mentale et de la toxicomanie (alcool et drogues). Tous nos membres ont accès

aux services d'aide avec la santé émotionnelle, ou d'aide avec les problèmes d'alcoolisme ou d'autres problèmes de toxicomanie. Ces services incluent :

Soins de santé mentale

- Traitement intensif pour la réadaptation psychiatrique (IPRT)
- Soins aux malades externes
- Traitement de santé mentale des patients hospitalisés
- Soins hospitaliers partiels
- Traitement journalier continu
- Services personnalisés orientés au rétablissement (PROS)
- Services de traitement communautaires affirmatifs (ACT)
- Conseil individuel et de groupe
- Services d'intervention d'urgence

Services de traitement de la dépendance aux substances

- Traitement de la dépendance aux substances (alcool et drogues) pour les patients hospitalisés et les patients externes
- Services de désintoxication pour les patients hospitalisés
- Opioïde, y compris le traitement de maintien à la méthadone
- Traitement de dépendance aux substances résidentiel
- Services de traitement d'alcoolisme et de toxicomanie des patients externes
- Services de désintoxication

Services comportementaux de foyer de santé et communautaires (BHCBS)

Le BHCBS peut vous aider à atteindre vos objectifs de vie pour l'emploi, les études ou pour d'autres aspects de votre vie que vous aimeriez améliorer. Pour déterminer si vous êtes éligible, un gestionnaire de soins de foyer de santé doit réaliser une courte évaluation avec vous qui révélera si vous pouvez bénéficier de ces services. Si cette évaluation révèle que vous pouvez en bénéficier, le gestionnaire des soins réalisera une évaluation complète avec vous pour déterminer quel est l'ensemble de vos besoins de santé y compris les services de soins physiques, comportementaux et de réadaptation.

Le BHHCBS comprend :

- Réadaptation psychosociale (PSR) – vous aide à améliorer vos compétences pour pouvoir atteindre vos objectifs.
- Traitement et soutien psychiatrique communautaire (CPST) - est un moyen d'obtenir les services de traitement dont vous avez besoin pour une courte durée à un emplacement de votre choix, tel que chez vous. CPST vous aide à vous lier à un programme de traitement homologué.
- Services de capacitation - vous aide à apprendre de nouvelles compétences afin de vivre indépendamment dans la communauté.
- Soutien et formation familiale - enseigne les compétences pour aider les personnes dans votre vie à vous accompagner dans votre rétablissement.
- Répît à court terme - vous offre un lieu sûr où aller lorsque vous avez besoin de vous éloigner d'une situation stressante.
- Répît intensif - vous aide à rester en dehors de l'hôpital lorsque vous traversez une crise en vous fournissant un lieu de séjour sûr qui pourra vous offrir un traitement.
- Services de soutien à l'éducation - vous aide à trouver des moyens de reprendre vos études afin d'obtenir l'éducation et la formation qui vous permettront d'obtenir un emploi.
- Services pré-professionnels - vous aide à obtenir des compétences nécessaires pour vous préparer à l'emploi.
- Services d'emploi de transition - vous donne le soutien pour une courte période pendant que vous tentez différents emplois. Ceci comprend la formation sur le tas en pour renforcer vos compétences professionnelles en vue de conserver un emploi au salaire minimum ou plus.
- Services intensifs d'emploi assisté- vous aide à trouver un emploi au salaire minimum ou plus et à le conserver.
- Services continus d'emploi assisté- vous aide à conserver votre emploi et à faire un travail réussi.
- Services d'autonomisation-Soutien des paires - les gens qui ont déjà vécu la même expérience que vous vous aident à atteindre vos objectifs de rétablissement.
- Transport pour raison non-médicale – transport pour raison d'activités non-médicales liées à un objectif dans votre plan de soins.

D'autres services couverts

- Équipements médicaux durables (DME) / Appareils auditifs / Prothèses / Orthétique
- Services ordonnés par la cour
- Services de soutien social (aide dans l'obtention des services communautaires)
- FQHC ou services semblables

Prestations dont vous pouvez bénéficier de notre régime *OU* avec votre carte de Medicaid

Pour certains services, vous pouvez choisir où vous faire soigner. Vous pouvez bénéficier de ces services à l'aide de votre carte de membre de MetroPlus Enhanced. Vous pouvez également vous rendre chez des prestataires qui accepteront votre carte de prestations de Medicaid. *Vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP pour obtenir ces services.* Appelez le Service Client si vous avez des questions au 1-800-303-9626.

Planification familiale

Vous pouvez vous rendre à n'importe quel médecin ou clinique qui accepte Medicaid et offre des services de planification familiale.

Ou vous pouvez choisir un de nos prestataires de planification familiale. Quoi qu'il en soit, vous n'avez pas besoin d'une recommandation de votre PCP.

Vous pouvez obtenir des pilules contraceptives, des dispositifs contraceptifs (DIU et diaphragmes) qui sont disponibles avec une ordonnance, plus la contraception d'urgence, la stérilisation, les tests de grossesse, les soins prénatals et les services d'avortement. Vous pouvez également consulter un prestataire de planification familiale pour le dépistage du VIH et de l'infection sexuellement transmise infection (STI) et les conseils relatifs aux résultats de votre dépistage. Les dépistages du cancer et d'autre maladies liées sont également compris dans les visites de planification familiale.

Dépistage VIH et IST

Vous pouvez bénéficier de ce service à tout moment de votre PCP ou des médecins de MetroPlus Enhanced. Quand vous bénéficiez de ce service dans le cadre d'une visite pour la planification familiale, vous pouvez vous rendre chez n'importe quel médecin ou à n'importe quelle clinique qui accepte Medicaid et offre des services de planification familiale. Vous n'avez pas besoin de recommandation si vous obtenez ce service dans le cadre d'une visite de planification familiale.

Tout le monde doit parler à son médecin à propos de se faire faire un dépistage VIH. Pour bénéficier d'un dépistage VIH gratuit ou d'un dépistage quand votre nom n'est pas inscrit, appelez 1-800-541-AIDS (anglais) ou 1-800-233-SIDA (espagnol).

Diagnostic et traitement de tuberculose

Vous pouvez choisir de soit consulter votre PCP soit vous rendre au service de santé publique du comté pour le diagnostic et/ou le traitement. Vous n'avez pas besoin d'une recommandation pour vous rendre au service de santé publique du comté.

Prestations en utilisant votre CARTE DE MEDICAID exclusivement

Il y a quelques services qui ne sont pas fournis par MetroPlus Enhanced. Vous pouvez obtenir ces services de n'importe quel prestataire qui accepte Medicaid à l'aide de la carte de prestations de Medicaid.

Transport

Le transport d'urgence et de non-urgence est couvert par le Medicaid classique.

Pour bénéficier du transport de non-urgence, vous ou votre prestataire devez appeler LogistiCare au 1-877-564-5922. Si possible, vous ou votre prestataire devez appeler LogistiCare au moins 3 jours avant votre rendez-vous médical et indiquez votre numéro d'identification de Medicaid (e.g. AB12345C), la date et l'heure du rendez-vous, l'adresse à laquelle vous vous rendez et le médecin que vous allez consulter. Le transport de non-urgence pour raison médicale inclut : les véhicules personnels, les bus, les taxis, l'ambulance et le transport public.

Si vous avez une urgence et avez besoin d'une ambulance, vous devez appeler 911.

Maladies du développement

- Thérapies à long terme
- Traitement de jour
- Services d'hébergement
- Programme de coordination du service de Medicaid (MSC)
- Services reçus dans le cadre de renonciation aux services de foyer et communautaires
- Services de renonciation au modèle médical (soins à domicile)

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

Services NON couverts

Ces services **ne sont pas disponibles** de MetroPlus Enhanced **ou** Medicaid. Si vous obtenez ces services, vous devriez régler la facture.

- La chirurgie esthétique si ce n'est pas médicalement nécessaire
- Les services d'un podologue (à moins que vous ne soyez diabétique)
- Les articles personnels et accessoires de bien-être
- Les traitement d'infertilité
- Les services d'un prestataire qui ne fait pas partie de MetroPlus Enhanced, à moins que ce soit un prestataire que vous êtes autorisé à consulter tel que décrit ailleurs dans ce livret ou si MetroPlus Enhanced ou votre PCP vous oriente vers ce prestataire.

Vous devriez peut-être payer pour les services qui ne sont pas validés par votre PCP. Ou, si vous convenez d'être un patient dans le cadre de « paiement à titre personnel » ou « auto-paiement » avant d'obtenir un service, vous devriez payer pour ce service.

Ceci inclut :

- les services non-couverts (énumérés ci-dessus),
- les services non-autorisés,
- les services fournis par des prestataires qui ne font pas partie de MetroPlus Enhanced

Si vous recevez une facture

Si vous recevez une facture pour un traitement ou un service que vous pensez ne pas devoir payer, ne l'ignorez pas. Appelez immédiatement MetroPlus Enhanced au 1-800-303-9626. MetroPlus Enhanced peut vous aider à comprendre pourquoi vous aviez reçu une facture. Si vous n'êtes pas responsable du paiement, MetroPlus Enhanced contactera le prestataire et vous aidera à résoudre le problème.

Vous avez le droit de demander une audition équitable si vous pensez qu'on vous demande d'effectuer le paiement pour quelque chose qui doit être couvert par Medicaid ou MetroPlus Enhanced. Consultez la section sur l'audition équitable plus loin dans ce livret d'information.

Si vous avez des questions, appelez le Service Clients au 1-800-303-9626.

Autorisation de Service et Actions

Service Clients 1-800-303-9626

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

TTY 1-800-881-2812

Autorisation préalable :

Il y a certains traitements et services pour lesquels vous devez obtenir une approbation avant de les recevoir ou pour pouvoir continuer à les recevoir. Ceci s'appelle une **autorisation préalable**. Vous ou une personne de confiance pouvez demander cette autorisation. Les traitements et services suivants doivent être validés avant que vous ne puissiez les recevoir :

Votre PCP peut approuver les recommandations vers les **Prestataires participants** pour :

- Soins de spécialité
- Les services de laboratoire

Vous ou votre PCP devriez recevoir une validation de MetroPlus si vous :

- Êtes orienté vers un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de MetroPlus, à moins que vous ne nécessitez des soins aux urgences
- Avez une recommandation permanente pour un spécialiste
- Êtes admis dans un hôpital, à moins que ce ne soit une urgence ou pour accoucher d'un enfant
- Subissez une chirurgie en tant que patient externe dans un hôpital autre qu'un hôpital HHC
- Subissez des procédures potentiellement esthétiques dans un établissement
- Recevez des traitements pour les troubles de l'érection.
- Vous êtes vu attribuer une infirmière particulière à l'hôpital
- Êtes admis dans un établissement de soins infirmiers compétent ou un établissement de réadaptation aiguë, y compris tous les services de médecin fournis lors de l'admission dans un établissement de soins infirmiers compétent.
- Êtes admis dans un hôpital pour une thérapie directement observée pour la maladie de la tuberculose
- Recevez les services de soins à domicile
- Recevez les services d'hospice
- Recevez les services de soins personnels ou les Services du programme d'aide personnelle dirigés par le client
- Demandez le PERS (Système de réponse en cas d'urgence personnelle)
- Recevez les services de Centre de soins de jour pour adultes ou de Centre de soins de jour du SIDA pour adultes
- Recevez des soins de maison de soins infirmiers à long terme
- Obtenez des équipements médicaux durables (DME) y compris l'Orthétique, les Prothèses, la Formule et les fournitures entérales (la formule est obtenue par l'intermédiaire de votre gestionnaire des prestations de pharmacie)

- Recevez plus de 20 visites de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie ET êtes dans une des catégories énumérées ci-dessous :
- Les enfants jusqu'à l'âge de 20 ans
- Toute personne atteinte d'une maladie du développement
- Toute personne atteinte d'une lésion cérébrale traumatique

Demander l'approbation d'un traitement ou d'un service se nomme une **demande d'autorisation de service**. Pour obtenir l'approbation pour ces traitements ou services vous devez :

Pour obtenir l'approbation pour ces traitements ou services vous devez appeler le Service Clients au 1-800-303-9626 ou vous pouvez envoyer votre demande par télécopie au 212-908-8521. Un Représentant du Service Clients répondra à toutes vos questions sur le processus et fera passer votre appel au Service d'examen de l'utilisation des services (UR), le cas échéant. L'examen de l'utilisation des services est ce que nous faisons pour déterminer si le traitement est médicalement nécessaire et sera approuvé ou payé par le Régime de soins médicaux MetroPlus. Les médecins et les infirmiers prendront les décisions. Ils font ceci en vérifiant votre plan de traitement par rapport aux normes médicalement acceptables. Notre personnel de UR est disponible de 8h30 à 17h00 du lundi au vendredi. Nous avons un numéro d'urgence des soins de santé disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 **1-800-442-2560** à utiliser si vous avez besoin d'aide avec un problème médical. Le personnel de UR répondra à votre message le jour ouvrable suivant.

Vous ou votre médecin pouvez également faire une demande d'autorisation de service par écrit en l'envoyant à :

Régime de soins médicaux MetroPlus
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
À l'attention de : Autorisation préalable

Il vous faudra également obtenir l'autorisation préalable si vous bénéficiez d'un de ces services actuellement, mais que vous avez besoin de continuer à recevoir ces services ou plus de soins. Ceci inclut une demande pour les soins de santé à domicile pendant que vous êtes à l'hôpital ou quand vous venez de sortir de l'hôpital. Ceci s'appelle un **examen concurrent**.

Que se passe-t-il une fois que nous recevons votre demande d'autorisation de service :

Le Régime de soins médicaux a mis en place une équipe d'examen pour s'assurer que vous obtenez les services que nous promettons. L'équipe d'examen est composée de médecins et d'infirmiers.

Leur travail est de s'assurer que le traitement ou le service pour lequel vous avez fait une demande est médicalement nécessaire et approprié pour vous. Ils font ceci en vérifiant votre plan de traitement par rapport aux normes médicalement acceptables.

La décision de refuser une demande d'autorisation de service ou de l'approuver pour un montant qui est inférieur au montant demandé s'appelle une **action**. Ces décisions seront prises par un professionnel de soins de santé qualifié. Si nous décidons que le service demandé n'est pas médicalement nécessaire, la décision sera faite par un évaluateur clinique pair qui peut être un médecin ou un professionnel de soins de santé qui prodigue typiquement les soins que vous avez demandés. Vous pouvez demander de voir les normes médicales spécifiques, nommées **critères d'examen clinique**, utilisées pour prendre la décision concernant les actions relatives à la nécessité médicale.

Une fois que nous recevons votre demande, nous l'examinerons dans le cadre de soit un processus **standard** ou un processus **accéléré**. Vous ou votre médecin pouvez demander un examen accéléré si l'on croit qu'un retard causera des dommages graves à votre santé. Si votre demande pour un examen accéléré est refusée, nous vous en aviserons et votre cas sera géré dans le cadre du processus d'examen standard. Si vous êtes à l'hôpital ou venez de sortir de l'hôpital et nous recevons une demande pour les soins de santé à domicile, nous gérerons la demande dans le cadre du processus d'examen accéléré. Dans tous les cas, nous examinerons votre demande aussi rapidement que ce qui nous exige votre condition médicale mais pas plus tard que ce qui est mentionné ci-dessous.

Nous vous informerons ainsi que votre prestataire à la fois par téléphone et par écrit si votre demande est approuvée ou refusée. Nous vous expliquerons également la raison pour la décision. Nous vous expliquerons de quelles options pour les appels ou les auditions équitables vous disposez si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision.

Délais pour les demandes d'autorisation préalable :

- **Examen standard** : Nous prendrons une décision par rapport à votre demande dans les 3 jours ouvrables à compter du moment où nous avons toutes les informations dont nous avons besoin, mais vous recevrez de nos nouvelles au plus tard 14 jours après que nous recevons votre demande. Nous vous dirons au plus tard le 14^{ème} jour si nous avons besoin de plus d'informations.
- **Examen accéléré** : Nous prendrons une décision et vous contacterons dans 3 jours ouvrables. Nous vous dirons au plus tard au troisième jour ouvrable si nous avons besoin de plus d'informations.

Délais pour les demandes d'examen concurrent :

- **Examen standard** : Nous prendrons une décision par rapport à votre demande dans les 1 jours ouvrables à compter du moment où nous avons toutes les informations dont nous avons besoin, mais vous recevrez de nos nouvelles au plus tard 14 jours après que nous recevons votre demande. Nous vous dirons au plus tard le 14^{ème} jour si nous avons besoin de plus d'informations.
- **Examen accéléré** : Nous prendrons une décision dans 1 jour ouvrable après que nous avons toutes les informations dont nous avons besoin, sauf :
 - Si vous êtes à l'hôpital ou venez de sortir de l'hôpital, et que vous faites une demande de soins de santé à domicile un vendredi ou la veille d'un jour férié, nous prendrons une décision au plus tard 72 heures après que nous avons toutes les informations dont nous avons besoin.
 - Si vous recevez un traitement de dépendance aux substances en tant que patient hospitalisé et que vous demandez plus de services au moins 24 heures avant votre sortie de l'hôpital, nous prendrons une décision au plus tard dans 24 heures.

Dans tous les cas, vous recevrez de nos nouvelles au plus tard dans 3 jours ouvrables après que nous avons reçu votre demande. Nous vous dirons au plus tard au troisième jour ouvrable si nous avons besoin de plus d'informations.

Si nous avons besoin de plus d'informations pour faire une décision standard ou accélérée concernant votre demande de service, nous :

- Écrirons pour vous dire quelles informations sont nécessaires. Si votre demande fait l'objet d'un examen accéléré, nous vous appellerons immédiatement et vous enverrons un avis écrit plus tard.
- Vous expliquerons en quoi le retard est dans votre meilleur intérêt.
- Prendrons une décision au plus tard dans 14 jours à compter du jour auquel nous vous avons demandé plus d'informations.

Vous, votre prestataire ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez aussi nous demander de prendre plus de temps pour faire une décision. Ceci pourrait être le cas parce que vous avez plus d'informations à donner au régime pour lui permettre de décider votre cas. Vous pouvez faire cela en appelant :

1-800-303-9626

ou en écrivant à :
Régime de soins médicaux MetroPlus
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
À l'attention de : Autorisation préalable

Vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez déposer une plainte auprès du régime si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de prendre plus de temps pour examiner la demande. Vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez également déposer une plainte à propos des délais d'examen auprès du Département de la santé de l'État de New York en appelant 1-800-206-8125.

Nous vous notifierons à la date à laquelle notre délai d'examen a expiré. Mais si pour une raison quelconque vous n'avez pas de nouvelles de nous à cette date, cela revient à notre refus de votre demande d'autorisation de service. Si vous n'êtes pas satisfait de cette réponse, vous avez le droit de déposer un appel à l'action avec nous. Consultez la section sur l'appel à l'action plus loin dans ce livret d'information.

D'autres décisions à propos de vos soins :

Quelquefois nous effectuerons un examen concurrent des soins que vous recevez pour voir si vous avez toujours besoin de ces soins. Nous pourrions aussi examiner d'autres traitements que vous avez déjà reçus. Ceci s'appelle un **examen rétrospectif**. Nous vous tiendrons au courant si nous prenons ces autres actions.

Délais pour la notification d'autres actions :

- Dans la plupart des cas, si nous prenons une décision de réduire, suspendre ou terminer un service que nous avons déjà approuvé et que vous recevez maintenant, nous vous en informerons au moins 10 jours avant de changer de service.
- Nous sommes obligés de vous informer au moins 10 jours avant de prendre une décision concernant les services et les soutiens à long terme, tels que les soins de santé à domicile, les soins personnels, le CDPAS, les services de Centre de soins de jour pour adultes et les soins permanents à la maison de soins infirmiers.

- Si nous vérifions les soins qui vous ont été prodigués par le passé, nous prendrons une décision sur leur paiement dans les 30 jours suivant la réception d'informations nécessaires pour l'examen rétrospectif. Si nous refusons le paiement pour un service nous vous enverrons ainsi qu'à votre prestataire un avis au jour où le paiement est refusé. Ces avis ne sont pas les factures. **Vous n'aurez pas à payer pour les soins que vous avez reçus qui étaient couverts par le régime ou par Medicaid même si nous refusons par la suite le paiement au prestataire.**

Comment nos prestataires sont payés

Vous avez le droit de nous demander si nous avons un accord financier spécial avec nos médecins qui pourrait affecter votre utilisation des services de soins de santé. Vous pouvez appeler le Service Clients (1-800-303-9626) si vous avez des soucis spécifiques. Nous voulons aussi que vous sachiez que la plupart de nos prestataires sont payés dans une ou plusieurs manières suivantes.

- Si nos PCP travaillent dans une clinique ou un centre médical, ils touchent probablement un **salaire**. Le nombre de patients qu'ils voient n'a aucun impact sur celui-ci.
- Nos PCP qui travaillent depuis leurs propres cabinets pourraient toucher des honoraires fixes chaque mois pour chaque patient pour lequel ils sont le PCP du patient. Ces honoraires restent les mêmes si le patient nécessite une visite ou plusieurs visites -- voire aucune visite du tout. Ceci s'appelle la **capitation**.
- Parfois les prestataires reçoivent des honoraires fixes pour chaque personne sur leur liste de patients mais une partie de ce montant (peut-être 10 %) peut être retenue pour constituer un fonds d'**incitation**. En fin d'année, ce fonds est utilisé pour récompenser les PCP qui ont répondu aux critères de salaire supplémentaire qui ont été établis par le Régime.
- Les prestataires peuvent aussi être payés selon le régime de la **rémunération des services**. Ceci veut dire qu'ils touchent une rémunération convenu conformément au régime pour chaque service qu'ils fournissent.

Vous pouvez contribuer vos idées en ce qui concerne les politiques du régime

Nous valorisons vos idées. Vous pouvez nous aider à élaborer des politiques qui servent au mieux nos membres. Si vous avez des idées, parles-nous en. Vous aimeriez peut-être travailler avec un de nos commissions ou comités consultatifs de membres. Appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 pour voir comment vous pouvez nous aider.

Informations du Service Clients

Service Clients 1-800-303-9626

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

TTY 1-800-881-2812

Voici les informations que vous pouvez obtenir en appelant le Service Clients au 1-800-303-9626.

- Une liste de noms, adresses et titres du conseil d'administration, agents, parties régulatrices, propriétaires et partenaires de MetroPlus Enhanced.
- Une copie des états financiers/bilans, sommaires des revenus et des dépenses les plus récents.
- Une copie du contrat d'abonné individuel le plus récent moyennant le versement direct.
- Les informations du Département des services financiers relatives aux plaintes des clients contre MetroPlus Enhanced.
- Comment nous gardons confidentiels vos dossiers médicaux et informations de membre.
- Nous vous expliquerons par écrit comment notre régime contrôle la qualité des soins fournis à nos membres
- Nous vous dirons avec quels hôpitaux nos prestataires de santé travaillent.
- Si vous nous demandez par écrit, nous vous expliquerons les lignes directrices dont nous nous servons pour examiner les conditions ou les maladies qui sont couvertes par MetroPlus Enhanced.
- Si vous nous demandez par écrit, nous vous indiquerons les formations requises et comment les prestataires de soins de santé peuvent faire leur demande pour intégrer notre MetroPlus Enhanced.
- Si vous nous demandez, nous vous dirons 1) si nos contrats ou contrats de sous-traitance comprennent des dispositions d'incitation des médecins qui ont un impact sur l'utilisation des services de recommandation ; et, si oui, 2) les types de dispositions dont nous nous servons ; et 3) si la protection concernant les pertes est prévue pour les médecins et les regroupements de médecins.
- Informations sur l'organisation de notre compagnie et son fonctionnement.

Tenez-nous au courant

Appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 lorsque ces changements surviennent dans votre vie :

- Vous changez de nom, d'adresse ou de numéro de téléphone
- Il y a un changement dans votre éligibilité à Medicaid
- Vous êtes enceinte
- Vous accouchez d'un enfant
- Il y a un changement d'assurance pour vous
- Si vous vous inscrivez à un nouveau programme de gestion de cas ou recevez des services de gestion de cas dans une autre organisation communautaire

Si vous ne bénéficiez plus de Medicaid, vérifiez auprès de New York State of Health. Vous *pourriez* peut-être vous inscrire dans un autre programme.

DÉSINSCRIPTION ET AND TRANSFERTS

1. Si VOUS voulez quitter le régime

Vous pouvez essayer nos prestations pendant 90 jours. Vous pouvez quitter MetroPlus Enhanced et intégrer un autre Régime de soins médicaux à tout moment pendant cette période. Si cependant vous ne quittez pas le régime au cours des 90 premiers jours, vous êtes obligé de continuer avec MetroPlus Enhanced pendant neuf mois encore, à *moins que* vous n'ayez une bonne raison (bonne cause).

Quelques exemples de bonne cause comprennent :

- Notre Régime de soins médicaux ne satisfait pas aux exigences de l'État de New York et nos membres subissent des préjudices à cause de cela.
- Vous déménages de notre aire de service.
- Vous, le régime et New York State of Health convenez tous que la désinscription est la meilleure option pour vous.
- Vous êtes ou devenez exempt ou exclus des soins gérés.
- Nous ne proposons pas un service de soins gérés de Medicaid que vous pouvez obtenir d'un autre Régime de soins médicaux dans votre quartier.
- Vous avez besoin d'un service qui est lié à une prestation que nous avons choisi de ne pas couvrir et le fait d'obtenir ce service séparément mettra votre santé en danger.
- Nous n'avons pas réussi à vous fournir des services exigées de nous conformément à notre contrat avec l'État.

Pour changer de régime :

- Appelez le personnel de soins gérés à New York State of Health.
- Si vous résidez dans les comtés de Bronx, Kings, New York ou Queens, appelez New York Medicaid Choice au 1-800-505-5678. Les conseillers de New York Medicaid Choice peuvent vous aider à changer de Régime de soins médicaux.

Vous pourriez vus désinscrire ou migrer vers un autre régime par téléphone. Si vous devez être en soins gérés, vous devriez choisir un autre Régime de soins médicaux.

Le processus de traitement de votre demande peut prendre entre deux et six semaines, en fonction de la date à laquelle votre demande est reçue. Vous recevrez une notification indiquant la date à laquelle le changement sera effectif. MetroPlus Enhanced vous prodiguera les soins dont vous avez besoin jusqu'à cette date.

Vous pouvez demander une action plus rapide si vous croyez que les délais du processus habituel endommageront davantage votre santé. Vous pouvez également demander une action plus rapide si vous avez porté plainte comme qui vous n'avez pas accepté l'inscription. Appelez tout simplement New York State of Health ou New York Medicaid Choice.

2. Vous pouvez devenir inéligible pour les soins gérés de Medicaid et les régimes de soins médicaux et de rétablissement

▪ Vous serez amené à quitter MetroPlus Enhanced si vous :

- déménagez du Comté ou de l'aire de service,
- migrez vers un autre régime de soins gérés,
- intégrez un HMO ou un autre plan d'assurance par l'intermédiaire de votre travail,
- êtes emprisonné, ou
- perdez l'éligibilité autrement.

▪ **Si vous êtes obligé de quitter MetroPlus Enhanced ou devenez inéligible pour Medicaid, l'ensemble de vos services pourra s'arrêter de manière inattendue, y compris les soins que vous receviez à domicile.** Appelez immédiatement New York Medicaid Choice au 1-800-505-5678 si cela se produit.

3. Nous pouvons vous demander de quitter MetroPlus Enhanced

Vous pouvez également perdre votre adhésion à MetroPlus Enhanced, si souvent vous :

- Refusez de collaborer avec votre PCP à l'égard de vos soins,
- N'honorez pas vos rendez-vous,
- Vous rendez aux urgences pour les soins non-urgents,
- Ne respectez pas les règles de MetroPlus Enhanced,
- Ne remplissez pas les formulaires honnêtement et ne donnez pas les informations authentiques (vous commettez une fraude),
- Agissez dans des manières qui nous rendent difficile la tâche de faire de notre mieux pour vous et pour d'autres membres même après que nous avons essayé de résoudre les problèmes

Vous risquez de perdre votre adhésion à MetroPlus Enhanced, si vous causez l'abus ou le préjudice aux membres, prestataires ou personnel du régime.

- 4. Si vous perdez la couverture de Medicaid : Les programmes des soins VIH non assurés pourront vous aider.**

Si vous êtes séropositif et perdez votre couverture de Medicaid, vous pourriez être éligible pour les programmes de soins VIH non assurés (dits ADAP) du Département de la santé de l'État de New York. Ces programmes fournissent une couverture limitée pour les soins et le traitement du VIH. Si vous avez une assurance-maladie privée, vous pourriez également recevoir l'aide pour payer vos primes d'assurance. Appelez 1-800-542-AIDS (2437) pour obtenir plus d'informations.

- 5. Nonobstant la raison pour laquelle vous vous désinscrivez, nous établirons un plan de sortie pour vous aider à recevoir les services dont vous avez besoin.**

Appels à l'action

Il y a certains traitements et services pour lesquels vous devez obtenir une approbation avant de les recevoir ou pour pouvoir continuer à les recevoir. Ceci s'appelle une **autorisation préalable**. Demander l'approbation d'un traitement ou d'un service se nomme une **demande d'autorisation de service**. Ce processus est décrit précédemment dans ce livret. La décision de refuser une demande d'autorisation de service ou de l'approuver pour un montant qui est inférieur au montant demandé s'appelle une **action**.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision concernant vos soins, il y a certaines démarches que vous pouvez prendre.

Votre prestataire peut demander un réexamen :

Si nous avons pris la décision que votre demande d'autorisation de service n'était pas médicalement nécessaire ou était de caractère expérimental ou rentrait dans une optique de recherche ; et que nous n'en avons pas parlé avec votre médecin, votre médecin pourra demander de parler au directeur médical du régime. Le directeur médical parlera à votre médecin en l'espace d'un jour ouvrable.

Vous pouvez déposer un appel à l'action :

- Si vous n'êtes pas satisfait d'une action que nous avons prise ou de notre décision concernant votre demande d'autorisation de service, vous disposez de 90 jours civils après que nous vous avons contacté pour déposer un appel à l'action. Vous pouvez faire ça vous-même ou bien demander à quelqu'un en qui vous avez confiance de déposer l'appel à l'action à votre place. Vous pouvez appeler le Service Clients 1-800-303-9626 si vous avez besoin d'aide à déposer un appel à l'action.
- Nous n'allons pas vous traiter différemment ou nous comporter mal avec vous si vous déposez un appel à l'action.
- L'appel à l'action peut être fait par téléphone ou par écrit. Si vous déposez un appel à l'action par téléphone il faut le faire suivre par écrit. Pour déposer un appel à l'action, écrivez au :

Régime de soins médicaux MetroPlus

Coordinateur des Appels
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038

Pour déposer un appel à l'action par téléphone, appelez :

1-800-303-9626

Votre appel à l'action sera examiné dans le cadre du processus accéléré :

- Si vous ou votre médecin demandez à faire examiner votre appel à l'action dans le cadre du processus accéléré. Il faudra que votre médecin explique en quoi un retard endommagerait votre santé. Si votre demande pour un examen accéléré est refusée, nous vous en aviserons et votre appel sera examiné dans le cadre du processus standard ; **ou**
- Si votre demande a été refusée quand vous avez demandé de continuer à recevoir des soins que vous recevez actuellement ou avez besoin de prolonger un service qui a été fourni ; **ou**
- Si votre demande a été refusée lorsque vous avez demandé des soins de santé à domicile après que vous avez été à l'hôpital ; **ou**

- Si votre demande a été refusée lorsque vous avez demandé plus de traitement de dépendance aux substances en tant que patient hospitalisé au moins 24 heures avant votre sortie de l'hôpital.

Les appels à l'action par voie rapide peuvent être faits par téléphone et n'ont pas besoin d'un suivi par écrit.

Que se passe-t-il une fois que nous recevons votre appel à l'action :

- Dans les 15 jours qui suivent, nous vous enverrons une lettre pour vous faire savoir que nous traitons votre appel.
- Les appels à l'action en matière clinique seront décidés par des professionnels de soins de santé qualifiés qui n'ont pas pris la première décision et dont au moins un sera un évaluateur clinique pair.
- Les décisions non-cliniques seront gérées par des gens qui travaillent à un échelon plus élevé que ceux qui ont traité votre première décision.
- Avant et pendant l'appel vous ou votre délégué pouvez voir votre dossier du cas, y compris les dossiers médicaux et les autres documents et dossiers utilisés pour faire une décision sur votre cas.
- Vous pouvez aussi fournir des informations à utiliser dans la prise de décision en personne ou par écrit. Appelez MetroPlus Enhanced au 1-800-303-9626 si vous n'êtes pas sûr quelles informations nous donner.
- On vous communiquera les raisons pour notre décision et notre raisonnement clinique, le cas échéant. Si vous n'êtes toujours pas satisfait, vos droits à d'autres appels vous seront expliqués. Vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez déposer une plainte auprès du Département de la santé de l'État de New York au 1-800-206-8125.

Délais en cas d'appels à l'action :

- **Appels standards** : Si nous disposons de toutes les informations dont nous avons besoin, nous vous communiquerons notre décision **dans les trente jours** qui suivent votre

appel. Une notification écrite de notre décision sera envoyée dans les 2 jours ouvrables suivant la date à laquelle nous prendrons la décision.

- **Appels accélérés** : Si nous disposons de toutes les informations nécessaires, les décisions accélérées sur l'appel seront faites dans les 2 jours ouvrables suivant votre appel.
 - Nous vous dirons dans les 3 jours ouvrables suivant votre déposition d'appel si nous avons besoin de plus d'informations.
 - Si votre demande a été refusée lorsque vous avez demandé plus de traitement de dépendance aux substances en tant que patient hospitalisé au moins 24 heures avant votre sortie de l'hôpital, nous prendrons une décision concernant votre appel dans les 24 heures.
 - Nous vous communiquerons notre décision par téléphone et vous enverrons une notification écrite plus tard.

Si nous avons besoin de plus d'informations pour faire une décision standard ou accélérée concernant votre appel à l'action, nous :

- Vous écrirons pour vous dire quelles informations sont nécessaires. Si votre demande fait l'objet d'un examen accéléré, nous vous appellerons immédiatement et vous enverrons un avis écrit plus tard.
- Vous expliquerons en quoi le retard est dans votre meilleur intérêt.
- Prendrons une décision au plus tard dans 14 jours à compter du jour auquel nous vous avons demandé plus d'informations.

Vous, votre prestataire ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez aussi nous demander de prendre plus de temps pour faire une décision. Ceci pourrait être le cas parce que vous avez plus d'informations à donner au régime pour lui permettre de décider de votre cas. Vous pourrez faire ça en appelant 1-800-303-9626 ou en nous écrivant.

Vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez déposer une plainte auprès du régime si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision de prendre plus de temps pour examiner votre appel à l'action. Vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pouvez également déposer une plainte à propos des délais d'examen auprès du Département de la santé de l'État de New York en appelant 1-800-206-8125.

Si votre refus original était parce que nous avons dit que :

- le service n'était pas médicalement nécessaire ; ou
- le service était de caractère expérimental ou pour des fins de recherche ; ou

- le service hors réseau n'était pas différent d'un service qui est disponible dans notre réseau ;
ou
- le service hors réseau était disponible auprès d'un prestataire du régime qui possédait la formation et l'expérience pour répondre à vos besoins, ou
- si nous ne communiquons pas notre décision concernant votre appel à l'action dans les temps, le refus original contre vous sera annulé. Ceci veut dire que votre demande d'autorisation de service sera approuvée.

L'aide à continuer lors de l'appel sur une décision relative à vos soins :

Dans certains cas, vous pourriez continuer les services pendant que vous attendez que votre appel à l'action soit décidé. **Vous pourriez continuer les services qui sont prévus d'arriver à terme ou de diminuer si vous demandez une audition équitable :**

- Dans les **dix jours** qui suivent la communication comme quoi votre demande est refusée ou que les soins changent ; ou
- Avant la date à laquelle le changement de services est prévu de se produire.

Si votre audition équitable aboutit encore en un refus, il est possible que vous soyez obligé de payer les frais des prestations suivies que vous avez reçues. La décision que vous recevez de l'audition équitable sera définitive.

Appels externes

Si le régime décide de refuser la couverture pour un service médical que vous et votre médecin avez demandé parce que :

- le service n'était pas médicalement nécessaire ; ou
- le service était de caractère expérimental ou pour des fins de recherche ; ou
- le service hors réseau n'était pas différent d'un service qui est disponible dans notre réseau ;
ou
- le service hors réseau était disponible de la part d'un prestataire du régime qui possédait la formation et l'expérience pour répondre à vos besoins, vous pouvez demander à l'État de New York un **appel externe** indépendant. Ceci s'appelle un appel externe parce qu'il est décidé par des évaluateurs qui ne travaillent ni pour le Régime de soins médicaux ni pour l'État. Ces évaluateurs sont des personnes qualifiées approuvées par l'État de New York.

Le service doit faire partie de l'ensemble de prestations du régime ou d'un traitement expérimental, d'un essai clinique ou d'un traitement pour une maladie rare. Vous n'avez pas à payer un appel externe.

Avant de demander un appel externe :

- Vous devez déposer un appel à l'action auprès du régime et obtenir la détermination défavorable définitive du régime ; **ou**
- Si vous n'avez pas obtenu le service, et que vous demandez un appel à l'action par voie rapide auprès du régime, vous pourriez demander simultanément un appel externe accéléré. Votre médecin devra dire qu'un appel externe accéléré est nécessaire ; **ou**
- Vous et le régime pourriez accepter de sauter le processus d'appels du régime et de procéder directement à l'appel externe ; **ou**.
- Vous pouvez prouver que le régime n'a pas respecté les règles correctement en traitant votre appel à l'action.

Vous disposez de 4 mois après que vous recevez la détermination défavorable définitive du régime pour demander un appel externe. Si vous et le régime acceptez de sauter le processus d'appels du régime, vous devez alors demander l'appel externe dans les 4 mois suivant la date à laquelle vous êtes arrivés à cet accord.

Si vous avez eu un appel à l'action par voie rapide et n'êtes pas satisfait de la décision du régime, vous pouvez choisir de déposer un appel à l'action standard auprès du régime **ou** demander un appel externe. Si vous choisissez de déposer un appel à l'action standard auprès du régime, et que le régime maintient sa décision, vous recevrez une nouvelle détermination défavorable définitive et aurez une autre opportunité de demander un appel externe.

Des appels supplémentaires par rapport à votre Régime de soins médicaux peuvent vous être disponibles si vous voulez les utiliser. Cependant, si vous voulez un appel externe, vous devez toujours déposer la demande auprès du Département des services financiers de l'État de New York dans les 4 mois suivant la date à laquelle le régime vous donne la notification de la détermination défavorable définitive ou quand vous et votre régime avez convenu de renoncer au processus d'appel.

Vous perdrez votre droit à l'appel externe si vous ne déposez pas une demande d'appel externe à temps.

Pour demander un appel externe, complétez un formulaire de demande et envoyez-le au Département des services financiers. Vous pouvez appeler le Service Clients au 1-800-303-9626 si

vous avez besoin d'aide à déposer un appel. Vous et vos médecins devriez donner des informations concernant votre problème médical. Le formulaire de demande d'appel externe précise les informations qui seront nécessaires.

Voici quelques moyens d'obtenir une fiche de demande :

- Appelez le Département des services financiers, 1-800-400-8882
- Rendez-vous sur le site Web du Département des services financiers www.dfa.ny.gov.
- Contactez le Régime de soins médicaux au 1-800-303-9626

La décision concernant votre appel externe sera prise dans 30 jours. Plus de temps (jusqu'à cinq jours ouvrables) pourra être nécessaire si l'évaluateur de l'appel externe demande plus d'informations. Vous et votre régime serez notifiés de la décision finale dans les deux jours suivant la prise de décision.

Vous pouvez obtenir une décision plus rapide si :

- votre médecin dit qu'un retard causera des dommages graves à votre santé : ou
- vous êtes à l'hôpital après une visite aux urgences et les soins hospitaliers vous sont refusés par le régime.

Ceci s'appelle un **appel externe accéléré**. L'évaluateur de l'appel externe décidera sur un appel accéléré en 72 heures ou moins.

Si vous avez demandé un traitement de dépendance aux substances en tant que patient hospitalisé au moins 24 heures avant votre sortie de l'hôpital, le plan continuera à assumer les frais de votre séjour si :

- vous demandez un appel interne accéléré dans 24 heures, ET
- vous demandez un appel externe accéléré en même temps.

Le régime continuera à payer pour votre séjour jusqu'à ce qu'il y ait une décision qui est prise sur vos appels. Votre régime prendra une décision concernant votre appel interne par voie rapide en 24 heures. L'appel externe par voie rapide sera décidé en l'espace de 72 heures

L'évaluateur communiquera immédiatement la décision à vous ainsi qu'au régime par téléphone ou télécopie. Une lettre sera envoyée par la suite qui vous communiquera la décision.

Vous pouvez également demander une audition équitable si le régime a décidé de refuser, réduire ou mettre fin à la couverture pour un service médical. Vous pouvez demander à la fois une audition équitable et un appel externe. Si vous demandez à la fois une audition équitable et un appel externe, la décision de l'agent chargé de l'audition équitable sera celle qui comptera.

Auditions équitables

Dans certains cas, vous pouvez demander une audition équitable de la part de l'État de New York.

- Vous n'êtes pas content d'une décision que New York State of Health ou le Département de la santé de l'État a faite concernant votre la continuation ou l'annulation de adhésion à MetroPlus Enhanced.
- Vous n'êtes pas content d'une décision que nous avons faite par rapport aux soins que vous receviez. Vous sentez que la décision limite vos prestations de Medicaid ou que nous n'avons pas pris la décision dans un laps de temps raisonnable.
- Vous n'êtes pas content d'une décision que nous avons faite qui avait refusé les soins que vous souhaitiez recevoir.
Vous sentez que la décision limite vos prestations de Medicaid.
- Vous n'êtes pas content d'une décision que nous avons faite pour refuser la paiement pour les soins que vous avez reçus. Vous sentez que la décision limite vos prestations de Medicaid.
- Vous n'êtes pas content de votre dépistage, évaluation, ou réévaluation pour les Services comportementaux de foyer de santé et communautaires.
- Vous n'êtes pas content d'une décision d'après laquelle votre médecin ne commanderait plus les services que vous souhaitiez recevoir.
Vous sentez que la décision du médecin arrête ou limite vos prestations de Medicaid. Vous devez déposer une plainte auprès de MetroPlus Enhanced. Si MetroPlus Enhanced est d'accord avec votre médecin, vous pouvez demander une audition équitable de l'État.
- La décision que vous recevez de l'audition équitable sera définitive.

Si les services que vous recevez maintenant vont être réduits, arrêtés ou restreints, vous pouvez choisir de demander de continuer les services ordonnés par votre médecin pendant que vous attendez que votre cas soit décidé. Vous devriez demander une audition équitable **dans les 10 jours** suivant la date de la notification qui proclame que vos soins changeront ou a moment où l'action entre en vigueur. Or, si vous choisissez de demander à ce que les services soient continués et si l'audition équitable rend une décision défavorable, il est possible que vous soyez obligé d'assumer les frais des services que vous avez reçus en attendant la décision.

Vous pouvez utiliser un des moyens suivants pour demander une audition équitable :

1. Par téléphone, appelez le numéro vert 800-342-3334
2. Par télécopie, 518-473-6735
3. Par Internet, www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
3. Par courrier :

Auditions équitables, Bureau d'aide temporaire et de handicap de l'État de New York

Bureau des auditions administratives
Unité de soins gérés
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Lorsque vous faites une demande d'audition équitable par rapport à une décision que MetroPlus Enhanced a faite, nous sommes obligés de vous envoyer une copie du **paquet de preuves**. Il s'agit des informations dont nous nous sommes servis pour faire notre décision concernant vos soins. Le régime donnera ces informations à l'agent chargé d'audition pour expliquer notre action. S'il ne reste plus assez de temps de vous l'envoyer par courrier, nous apporterons une copie du paquet de preuves à l'audition for vous. Si vous ne recevez pas votre paquet de preuves au plus tard dans la semaine précédant votre audition, vous pouvez appeler 1-800-303-9626 pour le demander.

Rappelez-vous, vous pouvez vous plaindre à tout moment auprès du Département de la santé de l'État de New York en appelant 1-800-206-8125. Dans certains cas, vous pourriez continuer à recevoir vos soins de la même manière pendant que vous attendez votre audition équitable. Appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 si vous avez des questions.

Processus de plainte

Plaintes :

Nous espérons que notre Régime de soins médicaux vous sert bien. Si vous avez un problème, parlez-en à votre PCP, ou appelez ou écrivez au Service Clients. La plupart des problèmes seront résolus immédiatement. Si vous avez un problème ou un différend avec vos soins ou services vous pouvez déposer une plainte auprès de votre régime. Les problèmes qui ne sont pas résolus tout de suite par téléphone et toute plainte qui arrive par courrier seront gérés conformément à notre procédure des plaintes décrite ci-dessous.

Vous pouvez demander à quelqu'un en qui vous avez confiance (tel qu'un représentant légal, un membre de famille ou un ami) de déposer la plainte pour vous. Si vous avez besoin de notre aide à cause d'une déficience auditive ou de la vue, ou si vous avez besoin de services de traduction nous pouvons vous aider. Nous n'allons pas rendre les choses difficiles pour vous ni prendre aucune action contre vous pour avoir déposé une plainte.

Vous avez aussi le droit de contacter le Département de la santé de l'État de New York à propos de votre plainte au 1-800-206-8125 ou d'écrire à : Département de la santé de l'État de New York, Service de passation des contrats et de supervision des régimes de santé, Bureau de la certification et de la surveillance des soins gérés, ESP Corning Tower Room 2019, Albany, NY 12237. Vous

Service Clients 1-800-303-9626

TTY 1-800-881-2812

Crise de Santé comportementale 1-855-371-9228

pouvez également contacter New York State of Health avec votre plainte à tout moment. Vous pouvez appeler le Département des services financiers de l'État de New York au (1-800-342-3736) si votre plainte comporte un problème de facturation.

Comment déposer une plainte auprès de notre régime :

Pour déposer par téléphone, appelez le Service Clients au 1-800-303-9626 du lundi au samedi de 8h-20h. Si vous nous appelez après les heures de travail, laissez un message. Nous vous rappellerons le prochain jour ouvrable. Si nous avons besoin de plus d'informations pour faire une décision, nous vous le dirons.

Vous pouvez nous écrire avec votre plainte : Régime de soins médicaux MetroPlus
160 Water Street, 3rd floor
New York, NY 10038
À l'attention de : Unité de plaintes

ou appelez : Service Clients au 1-800-303-9626.

Qu'est-ce qui se passe après :

Si nous ne résolvons pas le problème immédiatement par téléphone ou après la réception de votre plainte écrite, nous vous enverrons une lettre dans les 15 jours ouvrables qui suivent. Cette lettre vous indiquera :

- qui travaille sur votre plainte,
- comment contacter cette personne, et
- si nous avons besoin de plus d'informations.

Votre plainte sera examinée par un ou plus de personnes qualifiées. Si votre plainte porte sur les sujets cliniques votre cas sera examiné par un ou plus de professionnels de soins de santé qualifiés.

Après que nous examinons votre plainte :

- Nous vous laisserons connaître notre décision dans les 45 jours suivant la date à laquelle nous aurons toutes les informations dont nous avons besoin pour répondre à votre plainte, mais vous recevrez de nos nouvelles au plus tard 60 jours suivant le jour où nous avons reçu votre plainte. Nous vous écrirons et vous communiqueront les raisons pour notre décision.

- Lorsqu'un retard risque d'endommager votre santé, nous vous appellerons pour communiquer notre décision dans les 24 heures suivant la date à laquelle nous avons toutes les informations nécessaires pour répondre à la plainte, mais vous recevrez de nos nouvelles au plus tard dans les 7 jours suivant le jour où nous recevons votre plainte, Nous vous appellerons pour vous communiquer notre décision ou essayerons de vous contacter pour vous la communiquer. Vous recevrez une lettre qui fera suite à notre communication dans 3 jours ouvrables.
- Vous serez prévenu sur comment faire appel contre notre décision si vous n'êtes pas satisfait et nous inclurons les formulaires dont vous auriez besoin.
- Si nous sommes incapables de faire une décision sur votre plainte parce que nous ne possédons pas suffisamment d'information, nous vous enverrons une lettre pour vous tenir au courant.

Appels sur la plainte :

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision que nous avons prise sur votre plainte, vous ou quelqu'un en qui vous avez confiance pourrez déposer un **appel sur la plainte** auprès du régime.

Comment faire un appel sur la plainte :

- Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision, vous disposez d'au moins 60 jours ouvrables après la réception de notre lettre pour déposer un appel ;
- Vous pouvez faire ça vous-même ou bien demander à quelqu'un en qui vous avez confiance de déposer l'appel à votre place.
- L'appel doit être rédigé par écrit. Si vous déposez un appel par téléphone il faut le faire suivre par écrit. Si vous êtes d'accord avec notre récapitulatif, vous devez signer et nous retourner le formulaire. Vous pouvez faire toute modification nécessaire avant de nous renvoyer le formulaire.

Que se passe-t-il une fois que nous recevons votre appel sur la plainte :

Après la réception de votre appel sur la plainte, nous vous enverrons une lettre dans les 15 jours ouvrables qui suivent. Cette lettre vous indiquera :

- qui travaille sur votre appel sur la plainte,
- comment contacter cette personne, et
- si nous avons besoin de plus d'informations.

Votre appel sur la plainte sera examiné par un ou plus de personnes qualifiées qui travaillent à un échelon plus élevé que ceux qui ont pris la première décision concernant votre plainte. Si votre appel sur la plainte porte sur les sujets cliniques votre cas sera examiné par un ou plus de professionnels de santé qualifiés, avec au moins un évaluateur clinique, et qui n'étaient pas impliqués à la prise de la première décision concernant votre plainte.

Une fois que nous obtenons toutes les informations nécessaires nous vous notifierons notre décision dans les 30 jours ouvrables qui suivent. Si un retard risque d'endommager votre santé, vous recevrez notre décision dans les 2 jours ouvrables suivant la date à laquelle nous possédons toutes les informations nécessaires pour décider de l'appel.

Nous vous communiquerons les raisons pour notre décision et notre raisonnement clinique, le cas échéant. Si vous n'êtes toujours pas satisfait, vous ou quelqu'un à votre nom pouvez déposer à tout moment une plainte auprès du Département de la santé de l'État de New York au 1-800-206-8125.

DROITS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

Vos droits

En tant que membre de MetroPlus Enhanced, vous avez droit à :

- Vous faire soigner avec le respect, nonobstant votre bilan de santé, sexe, race, couleur, religion, origine nationale, âge, état civil ou orientation sexuelle.
- Vous renseigner sur où, quand et comment obtenir les services dont vous avez besoin de MetroPlus Enhanced.
- Entendre dire par votre PCP ce qui ne va pas, ce qui peut être fait pour vous, et quel serait vraisemblablement le résultat dans la langue que vous comprenez.
- Prendre une seconde opinion par rapport à vos soins.
- Donner votre accord pour le traitement ou plan pour vos soins après que ce plan vous a été expliqué dans son intégralité.
- Refuser les soins et apprendre quels risques vous courez si vous les refusez.
- Refuser l'inscription dans un Foyer de Santé et vous faire expliquer comment obtenir vos besoins de soins de santé physique et comportementale sans avoir un gestionnaire de soins de foyer de santé assigné.
- Vous procurer une copie de votre dossier médical et en discuter avec votre PCP, et demander, le cas échéant, que votre dossier médical soit modifié ou corrigé.
- Être sûr que votre dossier médical est privé et ne sera pas partagé avec qui que ce soit excepté tel qu'exigé par la loi, le contrat ou avec votre approbation.

- Vous servir du système de plainte de MetroPlus Enhanced pour régler toute plainte, ou vous pouvez vous plaindre auprès du Département de la santé de l'État de New York ou du New York State of Health à chaque fois que vous avez le sentiment que vous n'avez pas été traité équitablement.
- Utilisation du système d'audition équitable de l'État.
- Nommez quelqu'un (parent, ami, avocat, etc.) pour parler à votre nom si vous êtes incapable de parler pour vous-même à propos de vos soins et votre traitement.
- Recevoir des soins attentionnés et respectueux dans une atmosphère propre et saine libre de restrictions inutiles.

Vos Responsabilités

En tant que membre de MetroPlus Enhanced, vous acceptez de :

- Travailler avec votre équipe de soins pour protéger et améliorer votre santé.
- Comprendre comment fonctionne votre système de soins de santé.
- Écouter les conseils de votre PCP et lui poser des questions quand vous avez des doutes.
- Appeler ou retourner voir votre PCP si vous n'allez pas mieux, ou demander une seconde opinion.
- Traiter le personnel de soins de santé avec le même degré de respect que ce que vous espérez recevoir à votre tour.
- Nous prévenir si vous avez des problèmes avec le personnel de soins de santé. Appeler le Service Clients.
- Honorer vos rendez-vous. Si vous devez annuler, appelez dès que possible.
- N'utilisez les urgences que pour les réelles urgences.
- Appelez votre PCP si vous avez besoin de soins médicaux, même si c'est en dehors des heures de travail.

Directives anticipées

Il peut y arriver un moment où vous ne pouvez plus décider par rapport à vos propres soins de santé. En prévoyant en avance, vous pouvez vous organiser dès maintenant pour que vos souhaits soient effectués. Tout d'abord, laissez votre famille, vos amis et votre médecin savoir quels types de traitement vous voulez ou vous ne voulez pas. Deuxièmement, vous pouvez nommer un adulte en qui vous avez confiance pour faire des décisions pour vous. Assurez-vous de parler à votre PCP, à votre famille et à vos proches pour qu'ils sachent ce que vous voulez. Troisièmement, le mieux ce serait que vous notiez vos souhaits par écrit. Les documents énumérés ci-dessous peuvent s'avérer utiles. Vous n'avez pas besoin d'embaucher un avocat mais il serait peut-être utile d'en discuter avec un avocat. Vous pouvez changer d'avis et modifier ces documents à tout moment. Nous

pouvons vous aider à comprendre ou à vous procurer ces documents. Ils ne changent pas votre droit aux prestations de soins de santé de qualité. L'unique but est de laissez les autres savoir ce que vous voulez si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer.

Procuration de soins de santé

Avec ce document, vous désignez un autre adulte en qui vous avez confiance (normalement un ami ou un membre de famille) pour décider à propos des soins médicaux pour vous si vous n'êtes pas en mesure de le faire par vous-même. Si vous décidez de faire ceci, vous devriez discuter avec cette personne pour qu'elle sache ce que vous voulez.

CPR et DNR

Vous avez le droit de décider si vous voulez un traitement spécial ou d'urgence pour redémarrer votre cœur ou vos poumons si votre respiration ou circulation s'arrête. Si vous ne voulez pas un traitement spécial, y compris la réanimation cardio-respiratoire (RCR), vous devez faire connaître vos souhaits par écrit. Votre PCP fournira un DNR (Ne pas réanimer) pour vos dossiers médicaux. Vous pouvez également vous procurer un formulaire DNR pour emporter avec vous et/ou un bracelet à porter qui laissera savoir à tout prestataire médical d'urgence vos souhaits.

Carte de donneur d'organe

Cette carte format portefeuille indique que vous souhaitez faire le don des parties de votre corps pour aider les autres lorsque vous mourez. Aussi, vérifiez le verso de votre permis de conduire pour laisser les autres savoir si oui et comment vous voulez faire le don de vos organes.

(Nota : Cette page a été laissée blanche par exprès pour laisser de l'espace aux adaptations locales.)

Numéros de téléphone importants

Votre PCP.	
Service Clients de MetroPlus Enhanced.....	1-800-303-9626
D'autres Unités (ex., Numéro d'urgence d'infirmier, Examen d'utilisation, etc)	
Salle d'urgence la plus proche de votre maison Département de la santé de l'État de New York (Plaintes).....	1-800-206-8125
Plaintes OMH	
Plaintes OASAS	
Médiateur	
Services sociaux du comté	
Informations sur les soins gérés de Medicaid de l'État de New York	
New York State of Health New York Medicaid Choice.....	1-800-505-5678
État de New York VIH/SIDA Numéro d'urgence.....	1-800-541-AIDS (2437)
Espagnol.....	1-800-233-SIDA (7432)
.....	
TDD.....	1-800-369-AIDS (2437)
.....	
État de New York VIH/SIDA Numéro d'urgence (anglais & espagnol).....	1-800-TALK-HIV (8255-448)
Programmes des soins du VIH non assurés.....	1-800-542-AIDS (2437)
TDD.....	Relais, puis 1-518-459-0121
.....	
Child Health Plus.....	1 855-693-6765
-Assurance-maladie gratuite ou à prix modique pour enfants	
PartNer Assistance Program.....	1-800-541-AIDS (2437)
-Dans la Ville de New York (CNAP).....	
	1- (212) 693-1419
Administration de la sécurité sociale.....	1-(800)-772-1213
Numéro d'urgence en cas de violence domestique de l'État de New York.....	1-800-942-6906

Espagnol.....	1-800-942-6908
.....	
Malentendants.....	1-800-810-7444
..	
Loi sur les Américains avec des handicaps (ADA)	
Ligne d'information....	1-800-514-0301
TDD.....	1-800-514-0383
.....	
Pharmacie locale	
D'autres prestataires de santé :	

Sites Web importants

MetroPlus Enhanced

www.metroplus.org/enhanced

Département de la santé de l'État de New York

www.health.ny.gov

NYS OMH

www.omh.ny.gov

NYS OASAS

www.oasas.ny.gov

Informations VIH/SIDA NYS DOH

www.treathiv1.com/info

Programmes des soins du VIH non assurés de l'État de New York

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

Annuaire de ressources pour le dépistage du VIH

www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/resource

NYC DOHMH

www.health.ny.gov

Informations VIH/SIDA NYC DOHMH

www.nyhiv.com/office_of_aids_policy_dohmh_hiv_aids_bureau.html