



NHP

neighborhood  **d**
HEALTH[®]
PROVIDERS



MEDICAID MEMBER HANDBOOK

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID



1-800-826-6240
www.getnhp.com



¡Nosotros Los Protegemos!



AQUÍ ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE BUSCA

BIENVENIDO al Programa de atención médica controlada Neighborhood Health Providers de Medicaid	3
Cómo funciona la atención médica controlada	3
Cómo usar este manual	4
Ayuda de Servicios para Afiliados	4
Su carné de identificación del Plan de salud	5
PARTE I Lo primero que debe saber	6
Cómo escoger a su PCP	6
Cómo recibir atención médica regular	8
Cómo recibir atención médica especializada--Remisiones	9
Reciba estos servicios de Neighborhood Health Providers sin necesidad de remisión..	10
Emergencias.....	11
Atención de urgencia.....	13
Queremos mantener bien su salud.....	13
PARTE II Sus beneficios y procedimientos del Plan	14
Beneficios	14
Servicios cubiertos por Neighborhood Health Providers	14
Beneficios que puede recibir de Neighborhood Health Providers o con su carné de Medicaid.....	17
Beneficios al usar su carné de Medicaid solamente	17
Servicios NO cubiertos.....	19
Autorización de servicios y acciones.....	19
Autorización previa y plazos	19
Revisión concurrente y plazos	22
Formas de pago a nuestros proveedores	22
Usted puede ayudar con las políticas del Plan	23
Información de Servicios para Afiliados.....	23
Manténganos informados	24
Opciones de desafiliación	24
1. Si USTED desea salir del Plan.....	24
2. Usted puede no ser elegible para la atención médica controlada de Medicaid	25
3. Nosotros podemos pedirle que abandone Neighborhood Health Providers	26
Apelaciones de acciones	26
Apelaciones externas.....	28
Audiencias justa	30
Procesos de quejas	31
Cómo presentar una queja	31
Qué sigue después de presentar la queja	31
Apelaciones.....	32
Derechos y responsabilidades de los afiliados	33
Voluntades anticipadas.....	34
Números telefónicos importantes.....	35

BIENVENIDO AL PROGRAMA NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS

Programa de Atención Médica Controlada de Medicaid

Nos complace que haya elegido a Neighborhood Health Providers. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro. Con el fin de conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o pedir ayuda para solicitar citas. Si necesita hablar con nosotros antes de que nos pongamos en contacto con usted, simplemente llámenos al **1-800-826-6240**.

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA CONTROLADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Indudablemente ha visto o escuchado acerca de los cambios en los servicios de atención médica. Muchas personas reciben ahora sus beneficios de salud a través de la atención médica controlada. Muchos condados del Estado de Nueva York, incluida la Ciudad de Nueva York, ofrecen una serie de planes de atención médica controlada. En algunos países, las personas con Medicaid deben vincularse a un plan de atención médica controlada. Dichos países administran un programa de atención médica controlada obligatorio. Otros países permiten que los usuarios de Medicaid escojan si desean o no vincularse a la atención médica controlada. Estos países administran un programa de atención médica controlada de Medicaid voluntario. Sin embargo, ambos programas permiten que algunas personas sigan recibiendo atención a través del programa ordinario de Medicaid.
- Los miembros de Neighborhood Health Providers que viven en los condados de Brooklyn, Bronx, Queens, Manhattan y Staten Island están vinculados a un programa de atención médica controlada de Medicaid obligatorio.

Neighborhood Health Providers tiene contrato con el Departamento de Salud Estatal y el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York para suplir las necesidades de atención médica de personas con Medicaid. A su vez, seleccionamos un grupo de proveedores de servicios de salud para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de salud constituyen nuestra **red de proveedores**. Encontrará un listado en nuestro directorio de proveedores. Si no cuenta con un directorio de proveedores, llame al **1-800-826-6240** para obtener una copia.

- Al vincularse con Neighborhood Health Providers, uno de nuestros proveedores se encargará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su PCP (proveedor de atención primaria). Si necesita hacerse una prueba, consultar a un especialista o acudir al hospital, su PCP hará los arreglos correspondientes. Su PCP está disponible para usted todos los días, de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP después del horario laboral o los fines de semana, deje un mensaje indicando cómo puede ser ubicado. Su PCP se pondrá en contacto con usted tan pronto como sea posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted podrá auto-remitirse a ciertos médicos para recibir algunos servicios. Consulte más detalles en la página (10).

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Ya sea que tenga que vincularse o que escoja un plan de atención médica controlada, este manual le será de ayuda. Le indicará cómo funciona su nuevo sistema de atención en salud y cómo usted puede sacar el máximo provecho de Neighborhood Health Providers. Este manual es su guía para los servicios de salud. Le informa sobre los pasos que debe seguir para que el plan funcione en su caso.

Las primeras páginas le informarán lo que necesita saber de **inmediato**. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Utilícelo para futuras consultas o léalo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Afiliados. También puede llamar al personal de atención médica controlada de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

Si vive en Brooklyn, Bronx, Queens, Manhattan o Staten Island, también puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid Choice en Nueva York, al 1-800-505-5678.

AYUDA DE SERVICIOS PARA AFILIADOS

Hay alguien dispuesto a ayudarle en Servicios para Afiliados:
Veinticuatro horas (24), siete (7) días a la semana en el 1-800-826-6240,
TTY (para personas con problemas de audición) 1-800-662-1220

- Puede llamar para recibir ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos si desea escoger o cambiar su Proveedor de Atención Primaria (PCP), preguntar sobre los beneficios y servicios, recibir ayuda para remisiones, reemplazar un carné de identificación extraviado, informar el nacimiento de un nuevo bebé o indagar sobre cualquier cambio que pueda afectarlo a usted o a los beneficios de su familia.
- Si está embarazada o queda embarazada, su hijo(a) entrará a ser parte de Neighborhood Health Provider el día que nazca. Esto sucederá a menos que su recién nacido se encuentre en un grupo que no pueda vincularse a la atención médica controlada. Debe llamarnos o llamar a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales en caso de quedar embarazada y le ayudaremos a escoger un médico para su **recién nacido** antes de que nazca.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y la mejor forma de ayudarlo. Es una gran ocasión para hacer preguntas y conocer a otros miembros. Si desea venir a una de las sesiones, llámenos para encontrar la hora y el lugar que mejor convengan a usted.
- **Si no habla inglés**, le podemos ayudar. Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, no importa el idioma que hable. Sólo tiene que llamarnos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP que le preste los servicios en su idioma.

- **Para personas con discapacidades:** Si usted usa silla de ruedas, es invidente o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, contamos con servicios como:
 - Máquina de TTY (nuestro número telefónico de TTY es 1-800-662-1220)
 - Información en letra imprenta grande
 - Manejo de casos
 - Ayuda para arreglar citas o llegar a ellas
 - Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad

SU CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Luego de inscribirse, le enviaremos una carta de bienvenida. Recibirá su carné de Neighborhood Health Providers en un plazo de 14 días a partir de la fecha de su inscripción. Su carné tiene el nombre y el número telefónico de su PCP. También tiene su Número de Identificación de Cliente (CIN). Si tiene problemas, llámenos inmediatamente. Lleve consigo su carné de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica. Si necesita ser atendido antes de recibir el carné, su carta de bienvenida es prueba de afiliación. Guarde su carné de beneficios de Medicaid. Necesitará el carné para recibir servicios que Neighborhood Health Providers no cubre. Entre los servicios se incluyen beneficios de farmacia.

PARTE I LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR SU PCP

- Puede que usted ya haya elegido su PCP para que sea su médico de cabecera. Este profesional puede ser un médico o una enfermera con práctica médica. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, deberá hacerlo cuanto antes.** Si no elige un médico en un plazo de 30 días, nosotros lo haremos por usted. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o usted puede elegir un PCP para toda la familia. Un pediatra trata a los niños. Un médico familiar trata a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a los adultos. Servicios para Afiliados le puede ayudar a elegir su PCP.
- Junto con este Manual, debería tener un directorio de proveedores. Ésta es una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros que trabajan con Neighborhood Health Providers. En ella se incluye dirección, teléfono y capacitación especial de los médicos. El directorio de proveedores indicará qué médicos y proveedores están recibiendo pacientes nuevos. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que están recibiendo pacientes nuevos en el momento de elegir su PCP.

Si lo desea, puede encontrar un médico que:

- usted haya consultado antes,
 - entienda sus problemas de salud,
 - esté recibiendo pacientes nuevos,
 - pueda atenderlo en su propio idioma o
 - tenga su consultorio cerca de usted.
- Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros médicos **gineco-obstetras** para tratar los problemas de salud femenina.
 - Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un médico gineco-obstetra del plan. Pueden recibir chequeos médicos de rutina (dos veces al año), tener seguimiento de la atención si existen problemas y recibir atención regular durante el embarazo.
 - También tenemos contrato con los FQHC (centros de salud autorizados por el gobierno federal). Todos los FQHC prestan atención primaria y especializada. Algunos usuarios prefieren recibir atención de los FQHC, porque tienen larga trayectoria en el vecindario. Tal vez usted quiera probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que usted es quien elige. Puede elegir a cualquiera de los proveedores que aparecen en nuestro directorio. O también puede registrarse con un médico de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos. Sólo llame a Servicios para Afiliados al **1-800-826-6240** para recibir ayuda. Consulte en el directorio de proveedores la lista de FQHC con los que trabajamos.
 - En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Neighborhood Health Providers. En algunos casos puede seguir consultando a otro médico que tuviera antes de vincularse con

Neighborhood Health Providers, incluso si éste no trabaja con nuestro plan. Podrá seguir consultando a su médico si:

- En el momento de afiliarse, usted tiene más de 3 meses de embarazo y está recibiendo cuidado prenatal. En este caso, usted puede continuar con su médico hasta después de dar a luz y durante la atención de seguimiento.
- En el momento de afiliarse, usted tiene una enfermedad o condición que pone la vida en peligro y que empeora con el tiempo. En ese caso, usted puede solicitar continuar con su médico hasta por 60 días.

En ambos casos, sin embargo, su médico debe estar de acuerdo en trabajar con Neighborhood Health Providers.

- Si usted tiene una enfermedad crónica, como VIH/SIDA u otros problemas de salud crónicos, puede **elegir a un especialista como su PCP**. Si desea seleccionar a un especialista como su médico de atención primaria para tratar su problema de salud crónico, puede hacer una solicitud llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240. El especialista debe participar en nuestra red. Una vez recibamos su solicitud, llamaremos al especialista para obtener información médica. Una vez recibamos esa información, nuestro Director Médico revisará su solicitud. Servicios para Afiliados se pondrá en contacto con usted en tres (3) días hábiles a partir de la recepción de toda la información, pero no más de catorce (14) días a partir de su solicitud. También recibirá nuestra decisión por escrito.
- Si lo necesita, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días luego de su primera cita con su PCP. En lo sucesivo, puede cambiar una vez cada seis meses, sin motivo, o con más frecuencia si tiene un motivo justificado. Si desea cambiar de PCP después de seis (6) meses, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 para hablar con un representante que puede ayudarlo a elegir a otro PCP. Si desea cambiar de PCP antes de seis (6) meses, puede proporcionarnos la información que sustenta un motivo justificado para cambiar de PCP antes de seis (6) meses. Una vez realizada y confirmada la selección de su PCP, recibirá por correo otro carné de identificación con su nuevo PCP. También puede cambiar de proveedor gineco-obstetra en cualquier momento. Si desea cambiar un especialista al que lo haya remitido su PCP, deberá obtener otra remisión de su PCP. Deberá llamar a su PCP si desea cambiar de especialista.

Si su **proveedor sale de Neighborhood Health Providers**, se lo informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que nos enteremos de esto. Si lo desea, puede consultar a ese proveedor si tiene más de tres meses de embarazo o si está recibiendo tratamiento continuo para una enfermedad. Si está embarazada, puede continuar consultando a su médico hasta por 60 días después del parto. Si consulta a un médico regularmente por una enfermedad permanente, puede continuar su actual curso de tratamiento durante un máximo de 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con el Plan durante este periodo. Si alguna de estas situaciones aplica a su caso, consulte a su PCP o llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA REGULAR

- Atención médica regular se refiere a exámenes, chequeos médicos regulares, inyecciones u otros tratamientos para mantener bien su salud, orientación cuando la necesite y remisión al hospital o especialistas cuando sea necesario. Esto significa que usted y su PCP trabajan juntos para mantener bien su salud o para ver que usted reciba la atención que necesita. De día o de noche, sólo tiene que hacer una llamada telefónica a su PCP. Llámelo cuando tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama después del horario laboral o un fin de semana, deje un mensaje y dónde o cómo se le puede localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo más rápidamente posible. Recuerde: su PCP lo conoce a usted y sabe cómo funciona el plan de salud.
- Su atención médica debe ser "**necesaria por razones médicas**". Los servicios que usted reciba deberán ser necesarios para:
 1. Prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más dolor
 2. Tratar algo que representa un peligro para su vida
 3. Tratar un problema que podría causar enfermedad
 4. Tratar algo que podría limitar sus actividades normales
- Su PCP se ocupará de la mayor parte de sus necesidades de atención médica, pero usted debe tener una cita para consultar a su PCP. Si usted no puede acudir a una cita, llame para avisarle a su PCP. Tan pronto como usted elija a su PCP, llame para hacer la primera cita. Su PCP necesitará saber tanto sobre su historial médico como usted le pueda informar. Si puede, prepare para su primera cita una lista de sus antecedentes médicos, los problemas que tiene ahora y las preguntas que desea hacerle a su PCP. En la mayoría de los casos, debe hacer su primera cita dentro de los tres meses siguientes a su afiliación al plan.
- Si necesita atención médica antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicar el problema. Le darán la cita más pronto. (De todas maneras, usted debe cumplir la "primera" cita).
- Utilice la siguiente lista como guía para citas en cuanto a nuestros límites de espera para después de solicitar una cita:
 - Exámenes físicos básicos y de rutina para adultos: dentro de 12 semanas
 - atención de urgencia: dentro de 24 horas
 - consultas no urgentes: dentro de 3 días
 - atención preventiva y de rutina: dentro de 4 semanas
 - primera consulta prenatal: dentro de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero)
 - Consulta de recién nacido: dentro de 2 semanas luego de salir del hospital
 - primera consulta de planificación familiar: dentro de 2 semanas
 - Consulta de control luego de ser hospitalizado o entrar a la sala de urgencias debido a problemas de salud mental o abuso de sustancias: 5 días
 - Consulta debido a problemas de salud mental o abuso de sustancias no urgentes: 2 semanas

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y REMISIONES

- Si necesita atención que su PCP no pueda prestarle, éste lo **REMITIRÁ** a un especialista que se la pueda prestar. Si su PCP lo remite a otro médico, pagaremos por la atención que reciba. La mayoría de estos especialistas son proveedores del plan. Hable con su PCP para saber cómo funcionan las remisiones. Si usted considera que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP le puede ayudar si necesita consultar a otro especialista. Existen algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar aprobación de Neighborhood Health Providers *antes* de recibirlos. Su PCP podrá informarle cuáles son.
- Si no contamos con un especialista en Neighborhood Health Providers que pueda prestarle la atención que necesita, conseguiremos la atención que necesita con un especialista fuera de Neighborhood Health Providers. Si su PCP determina que no tenemos un especialista que proporcione la atención que usted necesita, su PCP puede llamar al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805 para solicitar una excepción para consultar a un especialista fuera de Neighborhood Health Providers. También puede contactar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 para hacer esta solicitud. Obtendremos la información necesaria de su PCP y haremos que el Director Médico revise la solicitud. Proporcionaremos una decisión en un plazo de tres (3) días a partir de la recepción de toda la información necesaria, pero no más de catorce (14) días a partir de su solicitud inicial. Usted recibirá una llamada telefónica dentro de un (1) día después de nuestra decisión y también recibirá una carta dentro de dos (2) días hábiles en la que explicamos nuestra decisión. Si aprobamos su solicitud, nos aseguraremos de que el proveedor que no participará reciba el pago y usted no será responsable por ningún costo. Si no aprobamos su solicitud, nuestra carta explicará cómo puede apelar nuestra decisión. Usted tendrá sesenta (60) días para apelar nuestra decisión. Si recibimos su apelación, le enviaremos carta de reconocimiento dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de su apelación y completaremos la apelación en un plazo de treinta (30) días calendario. Recibirá nuestra decisión por escrito. Si desea apelar, puede contactar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.
- Si necesita ver a un especialista para cuidado continuo, su PCP puede remitirlo a un número determinado de consultas o período de tiempo ("**remisión permanente**"). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención médica.
- Si tiene una enfermedad crónica o una enfermedad discapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede hacer los arreglos para:
 - que su especialista sea su PCP
 - una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su problema.
- También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 en busca de ayuda para tener acceso a un centro de atención especializada.

RECIBA ESTOS SERVICIOS DE NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS SIN NECESIDAD DE REMISIÓN

Servicios para mujeres:

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

- usted está embarazada
- necesita servicios de gineco-obstetricia
- necesita servicios de planificación familiar
- desea ver a una enfermera partera
- necesita un examen de mama o pelvis.

Planificación familiar

- Usted puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar: orientación para contracepción, pruebas de embarazo, esterilización o aborto necesario por razones médicas. Durante las consultas para estos servicios también podrá realizarse pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico. Las recetas médicas para contracepción están cubiertas por su Carné de pago por servicios prestados de Medicaid.
- No necesita remisión de su PCP para recibir estos servicios. Puede usar su carné de identificación del plan para consultar a uno de los proveedores de planificación familiar de Neighborhood Health Providers.
- Puede obtener estos servicios de cualquier médico, clínica o farmacia que acepte Medicaid y ofrezca los servicios. Tendrá que mostrar su carné de identificación de beneficios del Estado de Nueva York (su carné de identificación de Medicaid).
- Si tiene preguntas o necesita información sobre estos servicios, puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados de Neighborhood Health Providers al 1-800-826-6240.
- También puede llamar a la línea de ayuda del programa Growing Up Healthy del Estado de Nueva York al 1-800-522-5006 para obtener información sobre dónde obtener estos servicios.

Orientación y pruebas de VIH

- Usted puede realizarse pruebas y recibir orientación sobre el VIH en cualquier momento que reciba servicios de planificación familiar. No necesita remisión de su PCP. Sencillamente haga una cita con uno de nuestros proveedores de planificación familiar.
- O si prefiere no consultar a uno de los proveedores de Neighborhood Health Providers, puede usar su carné de Medicaid para consultar un proveedor de planificación familiar que no sea de Neighborhood Health Providers. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor del Plan o un proveedor de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.
- Si desea realizarse pruebas y recibir orientación sobre el VIH, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede hacer los arreglos correspondientes. O puede visitar un sitio anónimo de pruebas y orientación sobre el VIH. Para más información,

llame a la Línea de Ayuda para VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o 1-800-541-AIDS.

- Si necesita tratamiento para VIH después recibir el servicio de pruebas y orientación, su PCP le ayudará a obtener la atención correspondiente.

Salud visual

Los beneficios cubiertos incluyen servicios que se necesiten de oftalmólogo, optómetra y un dispensador oftálmico e incluyen examen de ojos y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, puede recibirlos una vez cada dos años o más a menudo si es necesario por razones médicas. Los afiliados con diagnóstico de diabetes pueden autorremitirse para un examen de retina con pupila dilatada una vez en un período de doce (12) meses. Sólo escoja uno de nuestros proveedores participantes. Los anteojos nuevos (con marcos aprobados por Medicaid) se proporcionan por lo general una vez cada dos años. Los lentes nuevos se pueden ordenar más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia en más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, los puede reparar. Los anteojos extraviados o rotos que no puedan arreglarse serán reemplazados según la misma receta y estilo de marco. Si necesita consultar a un oftalmólogo para el cuidado de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá. Puede llamar al proveedor de servicios de visión de NHP, Davis Vision, al 1-800-999-5431 para hacer preguntas respecto a nuestra red de servicios visuales y sus beneficios.

Salud mental y dependencia de sustancias (incluyendo abuso de alcohol y de sustancias)

Puede acudir a una evaluación de salud mental sin necesidad de una remisión dentro de un periodo de 12 meses. Debe utilizar un proveedor de Neighborhood Health Providers, pero no necesita el visto bueno de su PCP. También puede hacerse una evaluación de dependencia de sustancias en todos los servicios de desintoxicación o rehabilitación como paciente interno o de desintoxicación como paciente externo, sin necesidad de una remisión en cualquier periodo de 12 meses. Si necesita más consultas, su PCP le ayudará a obtener una remisión. Si desea hacerse una evaluación de dependencia de sustancias para cualquier servicio de tratamiento como paciente externo respecto alcohol o abuso de sustancias (excepto para servicios de desintoxicación como paciente externo) debe usar su carné de beneficios de Medicaid para acudir a cualquier proveedor que acepta Medicaid. Puede llamar al proveedor de salud conductual de NHP, Beacon Health Strategies, al 1-866-969-2661 para hacer preguntas sobre la red de proveedores y sus beneficios de salud conductual.

Cuidado dental

Los servicios cubiertos incluyen generalmente suministros, dispositivos y servicios dentales regulares y de rutina necesarios para aliviar las enfermedades. Usted puede llamar al 1-888-307-6549, si tiene preguntas acerca de sus beneficios dentales. El cuidado de los dientes es un parte importante de su atención médica, así que recuerde programar su visita dental anual.

Emergencias

Usted siempre está cubierto en caso de emergencia.

Emergencia quiere decir una condición médica o de comportamiento:

- Que se presenta de repente y
- tiene dolor u otros síntomas

Frente a una emergencia, alguien con un nivel medio de conocimientos sobre salud temería que una persona sufriese un grave daño a sus órganos o funciones corporales o desfiguración grave, si no se presta atención inmediata.

Ejemplos de emergencia son:

- ataque cardiaco o fuerte dolor de pecho
- sangrado que no cesa o quemadura grave
- fractura de huesos
- dificultades para respirar, convulsiones o pérdida de la conciencia
- si usted considera que podría hacerse daño o lastimar a otras personas
- si usted está embarazada y tiene señales como dolor, hemorragia, fiebre o vómito

Ejemplos que **no son emergencias**: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, pequeñas cortadas y moretones
o esguinces musculares

Si tiene una emergencia, esto es lo que tiene que hacer:

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de urgencias. No necesita aprobación de su plan o de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

- Si no está seguro, llame a su PCP o a Neighborhood Health Providers.
- Infórmele a la persona con la que habla lo que está sucediendo. Su PCP o el representante de servicios para afiliados:
 - le informará qué debe hacer en casa,
 - le dirá que acuda al consultorio del PCP
 - le dirá que acuda a la sala de urgencias más cercana.
- Si usted se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:
 - Acuda a la sala de urgencias más cercana.

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.

Use la sala de urgencias sólo si tiene una Emergencia.

NO debe usar la Sala de Urgencias para problemas como resfriados, dolor de garganta o infecciones del oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Neighborhood Health Providers al 1-800-826-6240.

Atención de urgencia

Usted puede sufrir una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata.

- Podría ser un menor con dolor de oído que se despierta en la mitad de la noche y no deja de llorar.
- Podría ser un tobillo dislocado o una astilla o esquirla que no se puede retirar.

Puede obtener una cita para una consulta de atención de urgencia para el mismo día o para el día siguiente. Llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche, ya sea que esté en casa o no. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al 1-800-826-6240. Dígale a la persona que contesta lo que está sucediendo. Ella le dirá qué debe hacer.

QUEREMOS MANTENER BIEN SU SALUD

Además de los chequeos médicos regulares y las inyecciones que usted y su familia necesiten, las siguientes son otras maneras de mantener una buena salud:

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatal
- Apoyo en duelo o pérdidas
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Orientación para la diabetes

Llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 para obtener más información y recibir un listado de las próximas clases.

PARTE II SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información para consultar cuando usted la necesite. Describe los servicios cubiertos y no cubiertos. Si usted tiene quejas, el manual le informará lo que tiene que hacer. El manual también contiene otro tipo de información que podría serle útil. Mantenga este manual a la mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

La atención médica controlada de Medicaid proporciona una serie de servicios además de los que recibe con el Medicaid ordinario. Neighborhood Health Providers le proporcionará o hará los arreglos para la mayoría de los servicios que necesite. Sin embargo, usted puede recibir algunos pocos servicios sin necesidad de aprobación de su PCP. Éstos incluyen atención de emergencia; planificación familiar y pruebas y orientación respecto al VIH y servicios de autorremisión específicos, incluyendo los que puede recibir dentro del plan y algunos en los que puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio.

SERVICIOS CUBIERTOS POR NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS

Usted debe recibir estos servicios de los proveedores que hacen parte de Neighborhood Health Providers. Todos los servicios deben ser necesarios por razones médicas y deben ser prestados o remitidos por su PCP (proveedor de atención primaria).

Atención médica regular

- Capacitación en autogestión y orientación para la diabetes
- Capacitación en autogestión y orientación para el asma
- Consultas a su PCP
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de visión y audición

Cuidado preventivo

- Buen cuidado del bebé
- Buen cuidado del niño
- Chequeos médicos regulares
- Vacunas para niños desde su nacimiento y a lo largo de su infancia

Atención de maternidad

- Cuidado del embarazo
- Médicos, enfermera partera y servicios hospitalarios
- Atención en pabellón de recién nacidos
- Orientación para dejar de fumar para mujeres embarazadas

Atención sanitaria en el hogar (debe ser necesaria por razones médicas y los acuerdos deben ser hechos por Neighborhood Health Providers)

- Por lo menos dos consultas para bebés de alto riesgo (recién nacidos)

- Consultas para mujeres que permanecen en el hospital menos de 48 horas luego de dar a luz
- Consultas para mujeres que permanecen en el hospital menos de 96 horas luego de cesárea
- Otras consultas de atención sanitaria en el hogar cuando sean necesarias y ordenadas por su PCP o especialista

Cuidado dental

- Los servicios cubiertos incluyen generalmente suministros, dispositivos y servicios dentales regulares y de rutina necesarios para aliviar las enfermedades.
- A los afiliados se les asigna un odontólogo primario.
- Los afiliados también pueden autorremitirse a una clínica dental operada por un centro dental universitario.
- Puede contactar a proveedor dental de NHP, al 1-888-307-6549, si tiene preguntas acerca de sus beneficios dentales o para cambiar su odontólogo primario.

Cuidado de la salud visual

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y óptica y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y reemplazo de anteojos extraviados o destruidos, incluyendo reparaciones, cuando sea necesario por razones médicas. Los ojos artificiales están cubiertos según lo ordene el proveedor del plan.
- Exámenes de ojos, generalmente cada dos años, a menos que se necesiten más a menudo por razones médicas.
- Anteojos (un nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o más a menudo si es necesario por razones médicas)
- Examen para visión extremadamente corta y ayudas para la visión ordenadas por su médico.
- Remisiones al especialista para enfermedades o defectos oculares.
- Puede contactar a Davis Vision, proveedor ocular de NHP, al 1-800-468-9868, si tiene preguntas acerca de sus beneficios de salud visual.
- Los afiliados con diagnóstico de diabetes pueden autorremitirse para un examen de retina con pupila dilatada una vez en un período de doce (12) meses.

Atención hospitalaria

- atención como paciente interno
- atención como paciente externo
- laboratorio, rayos X, otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, puede que usted necesite otro tipo de atención para garantizar que permanezca en una condición estable. Según la necesidad, usted puede recibir tratamiento en la sala de urgencias, en una habitación para hospitalización o en otro lugar. Estos se denominan **Servicios luego de la estabilización**.

- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página once (11).

Salud mental y dependencia de sustancias (incluyendo abuso de alcohol y de sustancias)

- Todos los servicios de salud mental y dependencia de sustancias (incluyendo abuso de alcohol y de sustancias)
- La mayoría de los servicios mentales para pacientes externos (contacte al plan para detalles específicos)
- Los beneficiarios de Medicaid que reciben SSI o que han sido acreditados como invidentes o discapacitados reciben servicios de salud mental y dependencia de sustancias (incluyendo abuso de alcohol y de sustancias) de cualquier proveedor de Medicaid usando su Carné de beneficios de Medicaid. Sin embargo, los servicios de desintoxicación están cubiertos como beneficio de Neighborhood Health Providers.
- Puede llamar al proveedor de salud conductual de NHP, Beacon Health Strategies, al 1-866-969-2661 para solicitar una remisión o hacer preguntas sobre la red de proveedores y sus beneficios de salud conductual.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros profesionales, entre ellos:

- Terapeutas ocupacionales, físicos y del lenguaje y audiólogos
- Enfermeras parteras

Atención en centros sanitarios residenciales (instituciones del cuidado de enfermos)

- Cuando sea ordenada por su médico y autorizada por Neighborhood Health Providers.
- Cuando la estadía en la institución no sea determinada como permanente por parte de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.
- Los servicios cubiertos incluyen supervisión médica, atención de enfermería 24 horas, asistencia con actividades del diario vivir, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.

Transporte

De emergencia

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911.

No de emergencia

NHP cubre transporte no de emergencia si su médico cree que su condición médica le impide usar el transporte público. Su médico debe llamar al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805 para obtener la aprobación y ayuda para hacer los arreglos para el transporte. Si requiere un asistente para que viaje con usted a la cita con su médico o si su hijo(a) es miembro del plan, también se cubrirá el transporte para el asistente, padre o tutor.

Si tiene preguntas sobre el transporte, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), ayudas auditivas, prótesis y aparatos ortopédicos
- Servicios ordenados por el tribunal
- Manejo de casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Podiatría para niños y personas con problemas especiales (i.e., diabetes, etc.)

Beneficios que puede recibir de Neighborhood Health Providers o con su carné de Medicaid

Para algunos servicios, usted puede escoger dónde recibirlos. Puede obtenerlos usando su carné de identificación de Neighborhood Health Providers. También puede acudir a proveedores que aceptan su carné de beneficios de Medicaid. No necesita remisión de su PCP para recibir estos servicios. Llámenos si tiene preguntas al 1-800-826-6240.

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede acudir a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. En cualquier caso, no necesita remisión de su PCP.

Pruebas y orientación sobre el VIH

Puede obtener estos servicios de médicos Neighborhood Health Providers si habla con su PCP primero. Cuando recibe estos servicios como parte de una consulta de planificación familiar, puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar. También puede acudir a clínicas anónimas para recibir orientación y realizarse pruebas, ofrecidas por el estado y los departamentos de salud locales. Para obtener más información sobre estos sitios, llame a la Línea de Ayuda para VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 ó 1-800-541-AIDS.

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Para su diagnóstico o tratamiento, usted puede elegir acudir a su PCP o al organismo de salud pública del condado. No necesita remisión para acudir al organismo de salud pública del condado.

Beneficios al usar su CARNÉ DE MEDICAID solamente

Existen algunos servicios que Neighborhood Health Providers no proporciona. Puede recibir estos servicios de un proveedor que acepta Medicaid usando su carné de beneficios de Medicaid.

Farmacia

Puede obtener sus recetas médicas, medicinas que se venden sin receta, fórmulas de nutrición enteral y algunos suministros médicos en cualquier farmacia que acepte Medicaid. Puede exigirse un copago para algunas personas, algunos medicamentos y algunos artículos farmacéuticos.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga autorización previa de Medicaid para poder formular la receta. Obtener dicha autorización previa es un proceso sencillo que realiza su médico y no impide que usted obtenga los medicamentos que necesita.

Salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento de asistencia diaria
- Manejo del caso intensivo
- Hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento basado en la familia
- Servicios clínicos para niños con un diagnóstico de Trastorno Emocional Grave (SED, por sus siglas en inglés) en clínicas de salud mental certificadas por la Oficina Estatal de Salud Mental.
- Tratamiento de asistencia diaria continuado
- Todos los servicios de salud mental cubiertos para personas que reciben SSI o que han sido acreditados como invidentes o discapacitados están disponibles usando el carné de beneficios de Medicaid.

Retardo mental e incapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de asistencia diaria
- Servicios de vivienda
- Programa MSC (Coordinación de Servicios de Medicaid)
- Servicios recibidos bajo la Dispensa de servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de la Dispensa de modelo médico (atención en el hogar)

Servicios de abuso de alcohol y sustancias

- Tratamiento con metadona
- Tratamiento para el abuso de sustancias como paciente externo
- Rehabilitación del alcohol para pacientes externos
- Servicios clínicos del alcohol para pacientes externos
- Programas para pacientes externos de dependencia de sustancias para jóvenes
- Servicios de dependencia de sustancias (incluye abuso del alcohol y de sustancias) ordenados por la oficina local del Departamento de Servicios Sociales
- Todos los servicios de abuso de alcohol y de sustancias cubiertos están disponibles para personas que reciben SSI o que han sido acreditados como invidentes o discapacitados usando el carné de beneficios de Medicaid.
- Los servicios de desintoxicación están disponibles usando su carné de identificación de Neighborhood Health Providers.

Otros servicios Medicaid

- Servicios de cuidado personal
- Programas de servicios para preescolar y escuelas (intervención temprana)
- Programas para una iniciación temprana
- Programa integral de manejo del caso de Medicaid (programa CMCM, por sus siglas en inglés)
- Terapia o DOT (terapia por observación directa) para tuberculosis
- Tratamiento de asistencia diaria para adultos con VIH
- Atención sanitaria en el hogar a largo plazo
- Servicios de hospicio

Servicios NO cubiertos

Estos servicios **no están disponibles** en Neighborhood Health Providers **ni** Medicaid Si usted recibe alguno de estos servicios, puede que tenga que pagar la factura.

- Cirugía estética si no es necesaria por razones médicas
- Cuidado de los pies de rutina (para personas de 21 años de edad y mayores)
- Elementos personales y de bienestar
- Tratamientos para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte de Neighborhood Health Providers, a menos que sea un proveedor al que se le permita acudir según lo descrito en alguna parte de este manual o a quien Neighborhood Health Providers o su PCP lo hayan enviado.
- Servicios para los cuales necesita una remisión (aprobación) por anticipado y usted no la obtuvo.

Puede que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. Igualmente, si antes de recibirlo, usted acepta un servicio como "paciente particular", tendrá que pagar por el servicio. Esto incluye:

- servicios no cubiertos (listado anterior),
- servicios no autorizados,
- servicios prestados por proveedores que no forman parte del Plan.

Si usted tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.

Autorización de servicios y acciones

Autorización previa:

Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales usted necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de recibirlos:

- Quimioterapia
- Cirugía estética que puede considerarse necesaria por razones médicas

- Medicamentos no cubiertos por sus beneficios de Medicaid, pero que pueden ser necesarios por razones médicas
- Equipos médicos duraderos que cuestan más de \$250
- Hospitalizaciones electivas
- Servicios experimentales o investigativos que pueden ser necesarios por razones médicas
- Diálisis de riñón
- Aparatos ortopédicos, que incluyen cualquier tipo de abrazadera, férula o plantilla
- Prótesis
- Radioterapia
- Radiología: imágenes de resonancia magnética, tomografías de emisión de positrones, medicina nuclear y sonogramas (excepto para embarazo) y ciertas tomografías axiales computarizadas (consulte con su PCP)
- Servicios prestados por organismo de atención médica en el hogar
- Cualquier uso de proveedores no participantes
- Transporte: No de emergencia únicamente

La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener la aprobación para dichos tratamientos o servicios, su Proveedor de Atención Primaria (PCP) o el médico debe proporcionar el servicio:

- Llame al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805 o usted puede llamar a nuestro número gratuito de Servicios para Afiliados 1-800-826-6240 o enviar su solicitud por escrito a: Neighborhood Health Providers, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.
- Usted también necesitará autorización previa si recibe actualmente uno de estos servicios, pero necesita seguir o recibir más atención. Esto se denomina **revisión concurrente**.

¿Qué sigue después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que usted reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeras pertenecen al equipo de revisión. Su trabajo es garantizar que el tratamiento o servicio que usted solicitó es necesario por razones médicas y adecuado para usted. Ellos hacen esto comprobando su plan de tratamiento médico con estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se llama **acción**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de la salud calificado. Si nosotros determinamos que el servicio solicitado no es necesario por razones médicas, la decisión será tomada mediante revisión clínica paritaria, que puede hacerla un médico o un profesional de la salud que normalmente presta la atención médica que usted solicitó. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión para acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos en virtud de un proceso **estándar** o **expedito**.

Usted o su médico puede solicitar una revisión expedita si se cree que una demora ocasionará un daño grave a su salud. Si se niega su solicitud de una revisión expedita, se lo informaremos y su caso será manejado bajo el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica nos obligue a hacerlo, pero no más tarde de lo que se menciona a continuación.

Les informaremos a usted y a su proveedor tanto por teléfono como por escrito si su solicitud es aprobada o negada. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones de apelación o audiencias justas que tendrá usted si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días laborables cuando tengamos toda la información que necesitemos, pero le informaremos a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Revisión expedita: Tomaremos una decisión y le informaremos en un plazo de 3 días laborales. Le informaremos antes del tercer día laboral si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro de 1 día laboral cuando tengamos toda la información que necesitemos, pero le informaremos a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Revisión expedita: Tomaremos una decisión dentro de 1 día laboral cuando tengamos toda la información que necesitemos, pero le informaremos a más tardar 3 días laborales después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del tercer día laboral si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o expedita sobre su solicitud de servicios, nosotros:

- Le escribiremos para informarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión expedita, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos posteriormente una notificación por escrito.
- Le informaremos por qué el retraso es lo más aconsejable en su caso.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también puede pedirnos que tomemos más tiempo para hacer la decisión. Esto puede suceder porque usted tiene más información para dar al plan

que ayuda a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805 o usted puede llamar a nuestro número gratuito de Servicios para Afiliados 1-800-826-6240 o enviar su solicitud por escrito a: Neighborhood Health Providers, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja del plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos antes de la fecha que nuestro tiempo de revisión ha terminado. Pero si, por alguna razón, no le informamos antes de esa fecha, quiere decir que nosotros negamos su solicitud de autorización de servicio. Si usted no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación de acción. Consulte la sección Apelación de acción más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica:

Algunas veces haremos una revisión concurrente sobre la atención que usted recibe para ver si usted sigue necesitando la atención. Puede que también revisemos otros tratamientos y servicios que usted ya ha recibido. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Plazos para notificación de otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya hemos aprobado y que usted está obteniendo, debemos informarle por lo menos con 10 días de antelación al cambio del servicio.
- Si verificamos atención que se ha prestado en el pasado, tomaremos la decisión sobre el pago de ésta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si negamos el pago de un servicio, les enviaremos una notificación a usted y su proveedor el día en que se niega el pago. Usted no tendrá que pagar por la atención recibida que fue cubierta por el plan o por Medicaid aun cuando posteriormente neguemos el pago al proveedor.

Formas de pago a nuestros proveedores

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos arreglos financieros especiales con nuestros médicos que pudieran afectar su uso de los servicios de salud. Usted puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240, si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes formas:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, lo más probable es que reciban un **sueldo**. El número de pacientes que atienden no afecta su sueldo.

- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un honorario fijo mensual por cada paciente para quienes sirven como PCP. El honorario se mantiene estable si el paciente necesita una o varias consultas o incluso ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- Algunas veces los proveedores reciben un honorario fijo por cada persona de su lista de pacientes, pero puede que parte del dinero (tal vez el 10%) se retenga para un fondo de **incentivos**. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han cumplido las normas de pago adicional establecidas por el Plan.
- Los proveedores también pueden recibir **pago por servicios prestados**. Esto quiere decir que reciben un honorario acordado por el plan por cada servicio que prestan.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted nos puede ayudar a desarrollar políticas que sirvan mejor a nuestros afiliados.

Si tiene ideas, puede informarnos sobre ellas. Tal vez le interese trabajar en uno de nuestros consejos o comités consultivos de afiliados. Llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 para saber cómo puede ayudar.

Información de Servicios para Afiliados

Usted puede recibir esta información llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240:

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, funcionarios, partes mayoritarias, propietarios y socios de Neighborhood Health Providers.
- Una copia de los estados financieros y balances más recientes y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato más reciente de pago directo a suscriptores individuales.
- Información del Departamento Estatal de Seguro sobre quejas del usuario sobre Neighborhood Health Providers
- Cómo mantenemos bajo confidencialidad sus registros médicos e información de los afiliados.
- Por escrito, le informaremos cómo Neighborhood Health Providers controla la calidad de la atención a nuestros afiliados.
- Le informaremos con cuáles hospitales trabajan nuestros proveedores de servicios de salud.
- Si usted nos lo solicita por escrito, le informaremos las directrices que utilizamos para revisar las condiciones o enfermedades cubiertas por Neighborhood Health Providers.
- Si usted nos lo pide por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de atención médica pueden hacer su solicitud para ser parte de Neighborhood Health Providers.
- Si nos lo solicita, nosotros le informaremos: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de remisión y si es así, 2) información sobre el tipo de acuerdos de incentivos usados y 3) si se proporciona protección para parar las pérdidas a médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo funciona nuestra empresa.

Manténganos informados

Llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 siempre que sucedan estos cambios en su vida:

- Cambia de nombre, dirección o número telefónico
- Sufre un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Hay un cambio en el seguro para usted o sus hijos

Si ya no cuenta con Medicaid, consulte a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

Es posible que pueda afiliar a sus hijos en Child Health Plus, incluso si pierde Medicaid. Los adultos entre 19 y 64 pueden obtener cobertura de Family Health Plus.

DESAFILIACIÓN Y TRANSFERENCIAS

Usted puede probar Neighborhood Health Providers durante 90 días. Puede salir de Neighborhood Health Providers y vincularse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Sin embargo, si no sale durante los primeros 90 días, debe permanecer en Neighborhood Health Providers durante nueve meses, *a menos* que haya un motivo justificado ("**buena causa**").

Algunos ejemplos de buena causa son:

- Nuestro plan de salud no puede proporcionarle un proveedor de atención primaria conveniente para usted dentro de los tiempos aceptables de viaje (si los proveedores están habitualmente a 30 minutos o 30 millas de donde usted vive).
- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del Estado de Nueva York y los afiliados se ven perjudicados por ello.
- Usted se muda fuera de nuestra zona de servicio.
- Usted, el plan y la oficina local del Departamento de Servicios Sociales están de acuerdo en que la desafiliación es lo mejor en su caso.
- Usted está o se vuelve exento de la atención médica controlada.
- No ofrecemos un servicio de atención médica controlada de Medicaid que pueda obtener en otro plan de salud de su área.
- Usted necesita un servicio relacionado con un beneficio que hemos optado por no cubrir y recibir el servicio por separado pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido prestarle servicios a usted como estamos obligados a hacerlo en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Puede solicitar salir del plan en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para desafiarse o cambiar de plan:

- Llame al personal de atención médica controlada en la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

- Si vive en Bronx, Brooklyn, Queens, Manhattan, o Staten Island, llame a Medicaid CHOICE en Nueva York al 1-800-505-5678 para cambiar de plan de salud. Los orientadores de Medicaid CHOICE en Nueva York pueden ayudarlo a cambiar de plan de salud o desafilarse.

Tomará entre dos a seis semanas para el proceso, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud. Puede solicitar una acción más pronta si cree que el tiempo del proceso regular causará mayor daño a su salud. También puede solicitar una acción más pronto si presentó queja porque no estaba de acuerdo con la afiliación. Sólo llame a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o a Medicaid CHOICE en Nueva York.

Si debe estar en atención médica controlada, tendrá que escoger otro plan de atención médica. Llame a la unidad de atención médica controlada de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o a Medicaid CHOICE en Nueva York para obtener una transferencia o paquete de desafiliación. Asegúrese de informarles que se está desafilando de Neighborhood Health Providers y de si desea afiliarse en un nuevo plan. Recibirá una notificación de que el cambio tendrá lugar antes de una determinada fecha. En la mayoría de los casos, le proporcionaremos la atención que necesite hasta ese momento.

Usted puede no ser elegible para la atención médica controlada de Medicaid

- Es probable que usted o su hijo salgan de Neighborhood Health Providers si usted o su hijo(a):
 - Se muda fuera del condado o zona de servicio,
 - Se cambia a otro plan de atención médica controlada
 - Se inscribe a una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) u otro plan de seguro en su trabajo,
 - Se inscribe al Programa de Atención Médica en el Hogar a Largo Plazo,
 - Va a la cárcel
 - Se vuelve residente permanente en un hogar de ancianos
- Es probable que su hijo(a) salga de Neighborhood Health Providers si:
 - Se vincula a un programa de niños con discapacidades físicas
 - Es colocado bajo cuidado sustituto (de forma voluntaria por un padre o tutor o por una decisión del Comisionado de Servicios Sociales local)
- En algunos casos, es probable que tenga **cobertura garantizada** por Neighborhood Health Providers. Eso significa que no lo rechazaremos como afiliado durante los primeros seis meses de su afiliación en nuestro plan; incluso si ya no es elegible para Medicaid y su caso en Medicaid se cierra. Los motivos para perder su elegibilidad no deben estar relacionados con muerte, cambio de Estado o encarcelamiento. Durante este tiempo puede recibir los servicios que Neighborhood Health Providers cubre. También puede recibir atención de planeación familiar y de farmacia usando su carné de Medicaid. La cobertura garantizada no aplica si usted escoge dejar Neighborhood Health Providers.

Nosotros podemos pedirle que abandone Neighborhood Health Providers

También puede perder su afiliación a Neighborhood Health Providers, si usted a menudo:

- Se niega a trabajar con su PCP en relación a su atención
- No cumple las citas
- Acude a la sala de urgencias para atención que no es de emergencia
- No observa el reglamento de Neighborhood Health Providers
- No diligencia los formularios honestamente o no da información veraz (comete fraude)
- Causa abuso o daño a los afiliados, proveedores o personal del plan
- Actúa de manera que nos dificulta hacer el mejor trabajo para usted y otros afiliados, incluso después de que hayamos tratado de solucionar los problemas.

Apelaciones a acciones

Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales usted necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibiendo. Esto se denomina **autorización previa**. La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe previamente en este manual. Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se llama **acción**.

Si usted no está satisfecho con nuestra decisión sobre la atención, hay pasos que puede seguir:

Su proveedor puede solicitar reconsideración:

Si nosotros tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicios sin hablar con su médico, su médico puede solicitar hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en el periodo de una jornada laboral.

Usted puede presentar una apelación de acción:

- Si no está satisfecho con una acción que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicios, usted tiene noventa días calendario para solicitar una apelación después de haber sido informado de presentarla.
- Puede hacerlo usted mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación por usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240, si necesita ayuda para presentar la apelación.
- Si usted presenta una apelación, nosotros no obraremos mal ni lo trataremos de forma diferente.
- La apelación se puede presentar vía telefónica o por escrito. Si hace la apelación por teléfono, debe ser seguida por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarnos nuevamente el formulario.

Su apelación de acción será revisada bajo el proceso expedito si:

- Si usted o su médico solicita una revisión de su apelación bajo el proceso expedito. Su médico tendrá que explicar por qué un retraso causará perjuicios a su salud. Si se niega su solicitud expedita, se lo informaremos y su apelación será revisada bajo el proceso estándar
- Si su solicitud fue negada cuando usted solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo actualmente o necesita ampliar un servicio que ha sido prestado.
- Las apelaciones expeditas pueden hacerse vía telefónica y no requieren seguimiento por escrito.

Qué sigue después de que recibimos su apelación:

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las decisiones de apelaciones de acción de carácter clínico serán manejadas por profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno es revisor clínico en paridad.
- Las decisiones de carácter no clínico serán manejadas por personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que trabajaron en su primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o la persona designada por usted puede ver su expediente, incluidos los registros médicos y otros documentos y registros que se utilizan para tomar una decisión sobre su caso;
- También puede proporcionar información, en persona o por escrito, que se utilice para tomar la decisión.
- Se le informarán los motivos razones de nuestra decisión y nuestros argumentos clínicos, si aplican. Si todavía no está satisfecho, le explicaremos otros derechos de apelación que usted tiene o también usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones de acción:

- Apelación estándar: Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de treinta días a partir de su apelación. Le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión en un plazo de 2 días laborables a partir del momento en que tomemos la decisión.
- Apelación expedita: Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación expedita se tomarán en 2 días laborales a partir de su apelación. Le informaremos en un plazo de 3 días laborables después de recibir su apelación, si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente le enviaremos una notificación por escrito.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o expedita sobre su apelación de acción, nosotros:

- Le escribiremos para informarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión expedita, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos posteriormente una notificación por escrito.
- Le informaremos por qué el retraso es lo más aconsejable en su caso.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también puede pedirnos que tomemos más tiempo para hacer la decisión. Esto puede suceder porque usted tiene más información para dar al plan que ayuda a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805 o por escrito a: NHP, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan, si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-206-8125.

Si la negación original se debió a que dijimos que el servicio no era necesario por razones médicas o era experimental o investigativo, y no le informamos nuestra decisión sobre su apelación, se revertirá la negación inicial. Esto quiere decir que su solicitud de autorización de servicios será aprobada.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:

En ciertos casos usted puede seguir con los servicios mientras espera la decisión sobre su caso de apelación. Usted puede continuar con los servicios que están programados para terminar o ser reducidos, si usted apela y solicita una audiencia justa:

- En un plazo de diez días a partir de la fecha en que le informemos que se niega su solicitud o que cambia la atención
- Antes de la fecha en que está previsto el cambio en los servicios.

Si su apelación o su audiencia justa resulta en otra denegación, puede que usted tenga que pagar el costo de los beneficios continuados recibidos por usted. La decisión que usted recibe del funcionario de la audiencia justa será definitiva.

Apelaciones externas

Si el plan decide negar la cobertura para un servicio médico que usted y su médico solicitaron por que no es necesario por razones médicas o porque es experimental o investigativo, usted puede solicitar una **apelación externa** independiente ante el Estado de Nueva York. Se llama apelación externa porque su decisión es tomada por revisores que no trabajan para el plan de salud o el Estado. Estos revisores son personas calificadas autorizadas por el Estado de Nueva York. El

servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de apelar ante el Estado:

1. Usted debe presentar una apelación de acción ante el plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan **o**
2. Si usted tuvo una apelación de acción expedita y no está satisfecho con la decisión del plan, puede optar por presentar una apelación de acción estándar ante el plan o recurrir directamente a una apelación externa; **o**
3. Usted y el plan pueden ponerse de acuerdo para omitir el proceso de apelaciones del plan y recurrir directamente a la apelación externa.

Usted tiene 45 días después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, usted debe solicitar la apelación externa en un plazo de 45 días a partir del momento en que hizo dicho acuerdo.

Las apelaciones adicionales a su plan de salud están a su disposición, si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea una apelación externa, debe presentar la solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado en un plazo de 45 días a partir del momento en que el plan lo notifica de la determinación adversa definitiva o del momento en que usted y el plan acuerdan renunciar al proceso de apelaciones.

Usted perderá su derecho a una apelación externa, si no presenta a tiempo una solicitud de apelación externa.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del Estado. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240, si necesita ayuda para presentar la apelación. Usted y sus médicos tendrán que dar información sobre su problema médico.

Obtenga una solicitud en una de las siguientes formas:

- Llame al Departamento de Seguros del Estado, 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Seguros del Estado: www.ins.state.ny.us
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-800-826-6240.

La decisión de su apelación externa se tomará en 30 días. Puede que se necesite más tiempo (hasta cinco días laborales), si el revisor de la apelación externa solicita más información. La decisión definitiva les será informada a usted y al plan en un plazo de dos días a partir de la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápidamente si su médico dice que un retraso ocasionará graves perjuicios a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en tres días o menos. El revisor les informará a usted y al plan la decisión inmediatamente vía telefónica o por fax. Posteriormente, le enviará a usted una carta en la que se indica la decisión.

También puede solicitar una audiencia justa si el plan decidió negar, reducir o poner fin a la cobertura de un servicio médico. Usted puede solicitar una audiencia justa y una apelación externa. Si solicita una audiencia justa y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia justa será la definitiva.

Audiencias justas

En ciertos casos, usted puede solicitar una audiencia justa ante el Estado de Nueva York.

- No está satisfecho con la decisión de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o del Departamento de Salud del Estado, tomada acerca de permanecer o abandonar Neighborhood Health Providers.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos acerca de la atención médica que usted estaba recibiendo. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que no tomamos la decisión en un plazo de tiempo razonable.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos y que negó la atención médica que usted necesitaba. Cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid.
- No está satisfecho con la decisión de que su médico no ordenó los servicios que usted necesitaba. Usted considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Usted debe presentar una queja y apelar ante Neighborhood Health Providers. Si Neighborhood Health Providers está de acuerdo con su médico, usted puede solicitar una audiencia estatal justa.
- La decisión que usted recibe del funcionario de la audiencia justa será definitiva.

Si los servicios que recibe actualmente están programados para terminar, usted puede optar por solicitar la continuación de los servicios que su médico ordenó mientras espera una decisión sobre su caso. Sin embargo, si usted escoge solicitar la continuación de los servicios y la audiencia justa decide en su contra, puede que usted tenga que pagar el costo de los servicios que haya recibido mientras esperaba la decisión.

Para solicitar una audiencia justa, hágalo a través de una de las siguientes formas:

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

Recuerde que usted puede quejarse en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-206-8125.

PROCESO DE QUEJAS

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le sirva de la mejor manera. Si usted tiene problemas, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios para Afiliados. La mayoría de problemas se puede solucionar de inmediato. Si tiene un problema o discrepancia con su atención o servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se solucionen inmediatamente por teléfono y cualquier queja que llegue por correo se manejarán de conformidad con nuestro procedimiento de quejas y reclamos que se describe a continuación.

Usted puede pedir a alguien de su confianza (por ejemplo, representante legal, miembro de su familia o amigo) que presente la queja por usted. Nosotros podemos ayudarle si tiene dificultades debido a impedimentos visuales o auditivos, si necesita servicios de traducción o ayuda para llenar los formularios. No le vamos a hacer las cosas difíciles ni vamos a tomar medidas en su contra por presentar una queja o reclamo.

Usted también tiene el derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York acerca de su queja al 1-800-206-8125 o escriba a: NYS Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede comunicarse con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales para poner su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736, si su queja se relaciona con un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante el plan:

Para presentarla telefónicamente, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 veinticuatro horas (24) al día, siete (7) días a la semana. Si necesitamos más información para tomar una decisión, nosotros se lo haremos saber.

Usted puede escribirnos para informar su queja o llamar al número de Servicios para Afiliados y solicitar un formulario de quejas y reclamos. Debe enviarlo por correo a: NHP Member Services, Attn: Complaint Department, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina 28219-9769.

Qué sigue a la presentación de una queja:

Si no le solucionamos el problema inmediatamente por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborables. La carta le informará:

- quién está trabajando en su queja o reclamo
- cómo ponerse en contacto con esta persona
- si necesitamos más información

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja es de carácter clínico, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados.

Después de revisar su queja:

- Le haremos saber sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder su queja, pero le informaremos a más tardar en 60 días a partir del día que recibamos su queja. Le escribiremos para informarle los motivos de nuestra decisión.
- Si una demora pone en riesgo su salud, le haremos saber sobre decisión en 48 horas a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder su queja, pero le informaremos a más tardar 7 días después de la fecha en que recibamos su queja. Llamaremos para informarle nuestra decisión o trataremos de ponernos en contacto con usted para informarle. En 3 días laborales, usted recibirá una carta de seguimiento de nuestra comunicación.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión, si no está satisfecho, e incluiremos todos los formularios que puede necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos suficiente información, le enviaremos a usted una carta para informarle a este respecto.

Apelaciones de quejas:

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su queja, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación de queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de queja:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene por lo menos 60 días hábiles después de que le informemos de la presentación de una apelación;
- Esto lo puede hacer usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la apelación por usted;
- La apelación debe ser hacerse por escrito. Si hace la apelación por teléfono, debe hacer también un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Si usted está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarnos nuevamente el formulario.

Qué sigue después de que recibimos su apelación de queja:

Después de recibamos su apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborables. La carta le informará:

- quién está trabajando en su apelación de queja
- cómo ponerse en contacto con esta persona
- si necesitamos más información

Su apelación de queja será revisada por una o más personas calificadas de un nivel superior al de las personas tomaron la primera decisión sobre su queja. Si su apelación de queja es de carácter clínico, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados, con por menos

un revisor clínico en paridad, que no participaron en la primera decisión sobre su queja.

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en 30 días laborables. Si la demora pone en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en un plazo de 2 días laborables a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se le informarán los motivos razones de nuestra decisión y nuestros argumentos clínicos, si aplican. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Sus derechos

Como miembro de Neighborhood Health Providers, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin tener en cuenta el estado de salud, el sexo, la raza, el color, la religión, el origen nacional, la edad, el estado civil o la orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de Neighborhood Health Providers.
- Que su PCP le informe sobre lo que está mal con usted, lo que se puede hacer y los resultados y consecuencias probables en el idioma que usted entiende.
- Recibir una segunda opinión sobre su atención médica.
- Dar su aprobación a cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de que el plan le haya sido explicado completamente.
- Rechazar la atención y ser informado de los riesgos de esta decisión.
- Recibir una copia de su registro médico y hablar sobre él con su PCP y si es necesario solicitar que su registro médico sea enmendado o corregido.
- Que se le garantice que su registro médico es privado y que no será compartido con nadie, con excepción de las disposiciones de la ley, el contrato o su propia aprobación.
- Usar el sistema de quejas y reclamos de Neighborhood Health Providers para conciliar cualquier queja o puede quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o la oficina local del Departamento de Servicios Sociales en cualquier momento que considere que no fue tratado justamente.
- Usar el sistema de Audiencias Estatales Justas.
- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para hablar en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro sin limitaciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro de Neighborhood Health Providers, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.

- Enterarse de cómo funciona su sistema de atención en salud.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o acudir a su PCP si usted no se mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera de ellos.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica. Llame a Servicios para Afiliados.
- Cumplir sus citas. Si ve la necesidad de cancelarlas, llame con tanta antelación como sea posible.
- Usar la sala de urgencias sólo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si no es dentro del horario laboral.

Voluntades anticipadas

Es posible que llegue un momento en el cual usted no puede decidir sobre el cuidado de su propia salud. Mediante una planificación anticipada, usted puede disponer ahora que sus deseos se lleven a cabo. En primer lugar, deje saber a sus familiares, amigos y a su médico qué tipo de tratamiento quiere o no quiere. En segundo lugar, puede designar a una persona adulta de confianza para que tome las decisiones por usted. Hable con su PCP, familiares u otras personas cercanas a usted para que sepan lo que usted desea. En tercer lugar, es mejor si pone por escrito lo que piensa. Los siguientes documentos pueden ayudarle. No es necesario un abogado, pero puede que desee hablar con uno sobre esto. Usted puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender u obtener estos documentos. Éstos no cambian su derecho para calificar para beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

Poder para atención en salud (Health Care Proxy): Con este documento, usted designa a otro adulto de confianza (por lo general, un amigo o familiar) para que decida sobre la atención médica que usted recibirá si usted no puede hacerlo. Si hace un poder para atención en salud, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

CPR y DNR (Reanimación cardiopulmonar y Decisión de no reanimar): Usted tiene el derecho a decidir si desea tratamiento especial o de emergencia para resucitar el corazón o los pulmones, si su respiración o circulación se detiene. Si usted no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP, CPR en inglés), debe hacer conocer sus deseos por escrito. Su PCP dejará una orden de no reanimar (DNR, decisión de no reanimar) en sus registros médicos. También puede obtener un formulario DNR que debe portar y/o un brazalete que debe usar, el cual permite a cualquier proveedor de servicios médicos de emergencia conocer sus deseos.

Carné de donación de órganos: Este carné informa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando usted muera. Además, marque el dorso de su licencia de conducir para hacer saber a otras personas si desea donar sus órganos y cómo lo hará.

Números telefónicos importantes

Su PCP.....	Revise su carné de identificación de NHP
Neighborhood Health Providers	
Servicios para Afiliados.....	1-800-826-6240
TTY/TDD de Servicios para Afiliados.....	1-800-662-1220
Departamento Administrativo de Atención en Salud.....	1-800-765-3805
Servicios de salud visual.....	1-800-999-5431
Salud mental y abuso de sustancias.....	1-866-969-2661
Servicios dentales.....	1-888-307-6549
Departamento de Salud de Nueva York (Quejas)	1 800-206-8125
Medicaid CHOICE de Nueva York.....	1-800-505-5678

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN.

**NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS
(PLAN DE SALUD NHP)
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Para brindarle los beneficios que le corresponden, Neighborhood Health Providers (NHP) tiene que recolectar, crear y mantener información de su salud. Respetamos la confidencialidad de la información sobre su salud y la protegeremos con responsabilidad y profesionalismo. De acuerdo con la ley, NHP tiene que mantener la privacidad de esta información. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y dar a conocer la información sobre su salud. También le informa sobre los derechos asociados a esta información y cómo puede ejercerlos. De acuerdo con la ley, NHP tiene que proporcionarle esta Notificación y usted deberá cumplir con las condiciones durante el plazo de la misma.

Cómo podemos utilizar y dar a conocer su información

A continuación sigue una lista de las formas en que NHP puede utilizar y divulgar información sobre su salud. Utilizaremos y daremos a conocer información sobre su salud sólo para uno de los fines de esta lista. En ciertos casos, ofrecemos ejemplos de los tipos de usos o formas de dar a conocer la información dentro de una categoría en particular. El propósito de estos ejemplos es ayudarlo a comprender qué significan estas categorías; no cubren todos los tipos de usos ni formas de dar a conocer la información dentro de cada categoría. Por favor tome nota que, al dar a conocer esta información, NHP tiene que seguir las leyes federales, estatales y locales que brindan protección a la información sobre la salud relativa a ciertos tratamientos por abuso de alcohol y drogas.

1. Usos y formas de dar a conocer la información sobre pagos y operaciones de atención de la salud. Después que NHP, o alguno de los programas del gobierno en el cual participa haya obtenido su consentimiento general para utilizar y dar a conocer información sobre su salud a fin de proporcionarle beneficios y para otros propósitos autorizados por la ley estatal o federal, podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para los siguientes propósitos:

a. *Tratamiento.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para facilitar el tratamiento de los prestadores de atención de la salud. Por ejemplo, si uno de nuestros prestadores de atención de la salud lo está tratando, podremos dar a conocer a este prestador información sobre salud relativa a otros servicios de atención de la salud que usted haya recibido, y que puedan ser importantes para el tratamiento del prestador.

b. *Pago.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para nuestras actividades de pagos. Nuestras actividades de pagos incluyen cobrar primas, determinar si cumple con las condiciones para recibir beneficios, realizar reintegros a los prestadores de atención de la salud que lo están tratando y obtener los pagos de las aseguradoras que sean responsables de ofrecerle cobertura. Por ejemplo, si un prestador de atención de la salud nos presenta una factura por servicios que usted recibió, podremos utilizar la información sobre su salud para determinar si estos servicios están cubiertos en su plan de beneficios y el monto adecuado del pago correspondiente al prestador.

c. *Operaciones de Atención de la Salud.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para realizar operaciones de atención de la salud, incluyendo actividades de mejora de calidad, evaluación de nuestro desempeño y resolución de reclamos o quejas de usted. Por ejemplo, podremos recolectar y revisar los registros mantenidos por médicos y hospitales que lo han tratado para ver si le proporcionaron tratamiento preventivo y otros importantes servicios de atención de la salud recomendados por las autoridades médicas.

d. *Recordatorios de citas.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para recordarle las citas que fijó para recibir servicios de atención de la salud o para recordarle que las fije.

e. *Alternativas de tratamiento.* Podremos utilizar y dar a conocer información de su salud para comentarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relativos a la salud que puedan resultarles de interés.

2. Usos y formas de dar a conocer información sin su consentimiento o autorización. NHP podrá utilizar y dar a conocer información sobre su salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:

a. *Según sea requerido por ley.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud según sea requerido por las leyes estatales, federales o locales.

b. *Para actividades de salud pública.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud a las autoridades de salud pública u otros organismos y organizaciones que realizan actividades de salud pública, tal como la prevención o control de enfermedades, accidentes o incapacidades e informar nacimientos, fallecimientos, abuso de niños o negligencia, violencia familiar, problemas potenciales con productos regulados por la *Food and Drug Administration* [Administración de Drogas y Alimentos] o enfermedades contagiosas.

c. *Para procedimientos judiciales y administrativos.* Podremos dar a conocer información sobre su salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo para responder a una orden judicial o del organismo administrativo correspondiente.

d. *Para fines de aplicación de la ley.* Podremos dar a conocer información sobre su salud al organismo de aplicación de la ley para fines legítimos de aplicación de la ley tales como: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida.

e. *Para supervisar actividades de salud.* Nosotros Podemos revelar su información de salud a los agencias de supervisión de la salud para las siguientes actividades de supervisión autorizadas por la ley: (1) auditorías, investigaciones, inspecciones, (2) la concesión de licencias o la disciplina de las acciones, (3) civiles, administrativas o penales, u otras actividades necesarias apropiado para la supervisión del sistema de salud; (4) programas de beneficios del gobierno, y (5) el cumplimiento de los programas gubernamentales de regulación y los derechos civiles leyes.

f. *Para evitar una seria amenaza a la salud o seguridad.* Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su salud para evitar o reducir una amenaza seria e inmediata a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general. Daremos a conocer información sobre su salud para este fin sólo a quien pueda evitar o reducir este tipo de amenaza.

g. *Para funciones especializadas de gobierno.* Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos dar a conocer información sobre su salud según sea requerido por las autoridades militares. También podremos dar a conocer información sobre su salud a los funcionarios federales autorizados para las actividades de seguridad nacional. Además, podremos dar a conocer información sobre la salud de internos a instituciones correccionales en ciertas circunstancias.

h. *Para indemnización laboral.* Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su salud para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

i. *Para personas que participan en su atención.* Podremos dar a conocer información sobre su salud a su representante si usted lo indica.

3. **Se requiere su autorización para otros usos y para dar a conocer información.** NHP no utilizará ni dará a conocer información sobre su salud para ningún propósito que **no esté especificado** en esta Notificación de Prácticas de Privacidad, **salvo cuando obtengamos su autorización expresa por escrito.** Si usted nos proporciona una autorización, **la podrá revocar en cualquier momento**, y en ese caso ya no utilizaremos más ni daremos a conocer información sobre su salud para el propósito autorizado por usted, salvo en la medida en que hayamos confiado en su autorización para proporcionarle beneficios. Aunque usted tiene que firmar un formulario de consentimiento para recibir los beneficios de NHP no podremos negarle inscribirse ni continuar proporcionándole beneficios si decide no firmar el formulario de autorización.

Sus derechos sobre la información de su salud

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información de su salud:

1. **Derecho a ver y copiar.** Tiene derecho a ver u obtener una copia de la información sobre su salud en nuestro poder y que podremos utilizar para tomar decisiones sobre sus beneficios. En ciertos casos, podremos negar su solicitud. Podremos cobrarle un cargo razonable por las copias para cubrir nuestros costos. Podrá solicitarnos inspeccionar u obtener copias de su información escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769.

2. **Derecho a solicitar modificaciones.** Tiene derecho a solicitar cambios en la información sobre su salud en nuestro poder si expresa el motivo por el cual esta información es incorrecta o incompleta. Si consideramos que los cambios solicitados no corresponden, le notificaremos por escrito cómo podrá incluir su objeción a nuestra decisión en nuestros registros. Podrá solicitar cambios a la información sobre su salud escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma o la firma de su representante y la razón de la petición.

3. **Derecho a una lista de la información dada a conocer.** Tiene derecho a recibir una lista de la información dada a conocer sobre su salud por parte de NHP. Esta lista no incluirá la información dada a conocer para ciertos tipos de propósitos tales como información dada a conocer para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud o información dada a conocer que usted autorizó por escrito. Su solicitud deberá especificar el período de tiempo para el cual desea la lista, que no podrá ser superior a seis años, ni podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera vez que solicita una lista de la información dada a conocer en cualquier período de 12 meses, la proporcionaremos sin cargo. Si solicita listas adicionales

durante un período de 12 meses, podremos cobrarle un cargo a fin de cubrir nuestros costos para proporcionarle listas adicionales. Podrá solicitar una lista de la información dada a conocer escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones en las formas en que utilizamos y damos la conocer información sobre su salud para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, o individuos que participan en su atención. Si bien podremos cumplir su solicitud, no estamos obligados a expresar nuestro acuerdo a estas restricciones. Usted podrá solicitar una restricción sobre el uso o la información dada a conocer sobre su salud escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitarnos el envío de información sobre su salud en forma diferente o a un lugar diferente si considera que la forma de comunicación habitual puede ponerlo en peligro. Por ejemplo, si teme que alguien que vive con usted pueda abrir la correspondencia que le enviamos y puede perjudicarlo, nos puede solicitar enviar su correspondencia a la dirección de un pariente o de su empleador. Le solicitaremos que efectúe su pedido por escrito. Cumpliremos con todas las solicitudes que sean razonables. Nos podrá solicitar que enviemos la información sobre su salud de una forma diferente o a un lugar diferente escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición . .

6. Derecho a una copia impresa de la notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en todo momento escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

Reclamos

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar un reclamo a NHP por favor envíe su reclam a Member Services [Servicios para los Afiliados] P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769.. No iniciaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo. También podrá enviar un reclamo por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU

Cambios a esta Notificación

NHP podrá cambiar los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos los términos de esta Notificación, los nuevos términos se aplicarán a toda la información sobre su salud, ya sea creada o recibida por nosotros antes o después de la fecha en que se cambia la Notificación. Le notificaremos los cambios a esta Notificación enviándole una copia de la nueva Notificación por correo, dentro de los 60 días de la fecha de vigencia.

Información adicional

En caso que tenga preguntas o si desea información adicional sobre esta Notificación o las prácticas de privacidad de NHP, por favor contáctese con: Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769.

Fecha de vigencia

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad está vigente a partir del 15 de Mayo de 2009.