



NHP

neighborhood  **d**
HEALTH[®]
PROVIDERS



FAMILY HEALTH PLUS MEMBER HANDBOOK



MANUAL DE MEMBRESÍA

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



¡Nosotros Los Protegemos!



AQUÍ ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE BUSCA

BIENVENIDO

Cómo funciona la atención médica coordinada	3
Cómo usar este manual	4
Ayuda de Servicios para Afiliados	4
Su carné de identificación del plan	5

PARTE 1 - LAS PRIMERAS COSAS QUE DEBE SABER

Cómo elegir a su médico de atención primaria (PCP)	6
Cómo recibir atención médica regular	7
Cómo recibir atención médica especializada	8
Usted puede recibir estos servicios sin remisión	9
Emergencias	11
Atención de urgencia	12
Queremos mantener bien su salud.....	12

PARTE 2 - SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios que puede recibir de Neighborhood Health Providers.....	13
Copagos.....	13
Servicios cubiertos por nuestro plan.....	14
Servicios NO cubiertos	17
Autorización de servicios y acciones.....	18
Autorización previa y plazos.....	18
• Revisiones concurrentes y plazos.....	18
• Revisiones retrospectivas y plazos.....	20
Formas de pago a nuestros proveedores	20
Usted puede ayudar con las políticas del plan.....	21
Información de Servicios para Afiliados	21
Manténganos informados	21
Opciones	
1. Si usted desea abandonar Neighborhood Health Providers	22
2. Usted podría ser no elegible para Family Health Plus	22
3. Nosotros podemos pedirle que abandone Neighborhood Health Providers	23
4. Usted puede cambiarse a Medicaid con un “deducible”.....	23
5. Si queda en embarazo mientras está afiliada a Family Health Plus.....	24
Apelación de acciones.....	24
Apelaciones externas.....	26
Audiencias justas.....	27
Proceso para quejas y reclamos.....	28
• Cómo presentar una queja.....	29
• Qué sigue a la presentación de una queja.....	29
• Apelaciones de quejas.....	29
Derechos y responsabilidades de los afiliados.....	30
Voluntades anticipadas	32
Números telefónicos importantes.....	33

BIENVENIDO AL PROGRAMA NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS FAMILY HEALTH PLUS

Nos complace que haya elegido a Neighborhood Health Providers. Queremos asegurarnos de que usted comienza bien como nuevo afiliado a Family Health Plus (FHPlus). Con el fin de conocerle 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 COORDINADA

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 coordinada. Muchos condados del Estado de Nueva York, incluida la Ciudad de Nueva York, ofrecen una serie de planes de atención médica coordinada FHPlus. Sin embargo, en algunos condados puede que sólo haya un plan que ofrece FHPlus. Con FHPlus, las personas deben inscribirse en un plan de atención médica coordinada a fin de poder recibir los beneficios de la atención médica.
- Neighborhood Health Providers tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con FHPlus. A su vez, seleccionamos un grupo de proveedores de servicios de salud para que nos ayude 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 usted no tiene un directorio de proveedores y desea obtener una copia, llame a Servicios para Afiliados.
- Cuando usted se inscribe en nuestro plan, uno de nuestros proveedores del plan se hace cargo 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 ubicarlo. Su PCP se pondrá en contacto con usted tan pronto como sea posible. A pesar de que su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted podrá "autorremitirse" a ciertos médicos para algunos servicios. Consulte más detalles en la página 9.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Este manual 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.
- La primera parte de este manual le informará lo que necesita saber por ahora. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Utilícelo para futuras consultas o léalo poco a poco.
- Cuando usted tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Afiliados. También puede llamar al personal de atención médica coordinada de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales. No olvide informar que está en el programa FHPlus.
- También puede llamar a la Línea de Ayuda Medicaid CHOICE de 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

- Usted puede llamar para recibir ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su PCP, para preguntar por los beneficios y servicios, para recibir ayuda con las remisiones, para reemplazar un carné de identificación, para reportar un embarazo o el nacimiento de un bebé o **preguntar por los cambios que puedan afectar sus beneficios** (por ejemplo, usted consigue un empleo que ofrece cobertura de salud).
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y la mejor forma de ayudarle. 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 usted 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. Tenemos un grupo de personas que pueden ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP que le preste los servicios en su idioma.
- **Personas con discapacidades:** Si usted usa silla de ruedas, es invidente o tiene problemas de audición o 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 de comunicaciones. Además, contamos con servicios de:
 - Teléfono TTY/TDD 1-800-662-1220 (para personas con problemas de audición)
 - Información en letra grande
 - Manejo de casos
 - Ayuda para arreglar o llegar a citas

- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad

SU CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Después 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 imprecisiones, llámenos inmediatamente. Lleve consigo su carné de identificación en todo momento y muéstrelo 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. Debe tener su carné de identificación de Beneficios de Medicaid (también conocido como Carné de Identificación de Beneficios Comunes). Necesitará este carné para recibir servicios farmacéuticos. Todos los beneficios que coberturas de FHPlus pueden ser conseguir acceso a utilizar su documento de identificación de plan.

PARTE I – LAS PRIMERAS COSAS QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR SU PCP

- Puede que usted ya haya elegido su PCP para que sea su médico de cabecera. Este profesional podría ser un médico o una enfermera con práctica médica. **Si no ha elegido su PCP, deberá hacerlo cuanto antes.** Si usted no elige un PCP 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.
- Usted debe tener, junto con este manual, un **directorio de proveedores**, que es un listado de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros proveedores que trabajan con Neighborhood Health Providers. En él se incluye dirección, teléfono y capacitación especial de los médicos. El directorio de proveedores indicará qué médicos y proveedores están recibiendo pacientes nuevos. Usted 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
 - se tenga su consultorio cerca de usted
- Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros médicos **ginecoobstetras** para tratar los problemas de salud femenina. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP consulta con un médico ginecoobstetra del plan. Pueden tener chequeos médicos de rutina (dos veces al año), cuidado de seguimiento si hay problemas o atención regular durante el embarazo.
 - Nosotros también contratamos con Federally Qualified Health Centers - **FQHC** (centros de salud autorizados por el gobierno federal). Todos los FQHC prestan atención primaria y especializada. Algunos consumidores prefieren recibir atención de los FQHC, porque tienen una larga historia en el vecindario. Tal vez usted quiera probarlos porque siempre hay uno cerca. Usted debe saber que usted 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 que trabajamos, que se mencionan más adelante. Para obtener ayuda, sólo tiene que llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240. Por favor, vea el listado de FQHC participantes en su directorio de proveedores de NHP.
 - En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Neighborhood Health Providers. **Hay dos casos en los cuales usted aún puede consultar al médico que tenía antes de afiliarse a Neighborhood Health Providers.** En ambos casos, sin embargo, su médico debe estar de acuerdo en trabajar con Neighborhood Health Providers.

1. 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 el cuidado de seguimiento.
 2. En el momento de afiliarse, usted tiene una enfermedad o condición que pone la vida en peligro y que empeorará con el tiempo. En este caso, usted puede solicitar continuar con su médico hasta por 60 días.
- Si usted tiene una enfermedad de larga duración, como el VIH/SIDA u otros problemas de salud de larga duración, 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 de larga duración, puede hacer una solicitud llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240. El especialista debe ser participante 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. Usted también recibirá nuestra decisión por escrito.
 - Si lo necesita, puede **cambiar de PCP** en los primeros 30 días a partir 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 ayudarle 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, usted recibirá por correo otro carné de identificación con su nuevo PCP. También puede cambiar de médico ginecoobstetra o un especialista al cual lo ha remitido su PCP.
 - Si su **proveedor abandona 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 recibe 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 Neighborhood Health Providers durante este periodo. Si cualquiera de estas situaciones aplican a su caso, consulte con su PCP o llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA REGULAR

Por "atención regular" se entiende 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 colaboran 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 preocupación de salud. 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 debe ser "**necesaria por razones médicas**". Los servicios que usted recibe deberán ser necesarios para:
 - prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento, o
 - tratar un peligro para su vida, o
 - tratar un problema que podría causar enfermedad, o
 - 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 es posible, prepárese para su primera cita. Haga una lista de sus antecedentes médicos, los problemas que tiene ahora y las preguntas que desea hacer a su PCP. En la mayoría de los casos, debe hacer su primera consulta 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 una cita más cercana. (De todas maneras, usted también tiene que cumplir la "primera" cita).
- Utilice la siguiente lista como guía para citas en cuanto a nuestros límites de espera después de solicitar una cita:
 - su primera cita y exámenes médicos generales de rutina: dentro de 12 semanas
 - atención de urgencia: dentro de 24 horas
 - consultas no urgentes: dentro de 3 días
 - atención preventiva, de rutina: en 4 semanas: 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)
 - primera consulta de planificación familiar: dentro de 2 semanas
 - consulta de seguimiento después de una emergencia de salud del comportamiento u hospitalización: 5 días
 - consulta de salud del comportamiento, no urgente: 2 semanas.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - REMISIONES

- Si usted necesita atención que su PCP no puede prestarle, su PCP lo **remitirá** a un especialista que pueda prestarle la atención que necesita. Si su PCP lo remite a otro médico, usted no es responsable de los costos, excepto los habituales copagos, tal como se describe más adelante en este manual. 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. Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales su PCP debe solicitar aprobación de nuestro plan antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá informarle cuáles son.
- Si no contamos con un especialista en nuestro plan que pueda prestarle la atención que necesita, le conseguiremos la atención que necesita con un especialista fuera de nuestro plan. 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. Usted también puede ponerse en contacto con Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 para hacer esta solicitud. Obtendremos la información necesaria con su PCP y el Director Médico revisará 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 no participante reciba pago y usted no es responsable de los costos, con excepción de los copagos aplicables. Si no aprobamos su solicitud, en nuestra carta le explicaremos cómo apelar nuestra decisión. Usted tendrá sesenta (60) días para apelar nuestra decisión. Si recibimos su apelación, le enviaremos una carta de acuse de recibo 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. Usted recibirá nuestra decisión por escrito. Si desea apelar, puede ponerse en contacto con Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240. Si su PCP o Neighborhood Health Providers lo remite a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de los costos, excepto los habituales copagos, tal como se describe más adelante en este manual.

- 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 usted tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención médica.
- Si usted tiene una enfermedad de larga duración o una enfermedad discapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede hacer los arreglos para:
 - que su especialista sea su PCP; o
 - una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su problema.
 - servicios de hospicio si usted es un enfermo terminal.

También puede llamar a Servicios para Afiliados en busca de ayuda para tener acceso a un centro de atención especializada.

USTED PUEDE RECIBIR ESTOS SERVICIOS SIN REMISIÓN

Servicios para mujeres:

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

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

Planificación familiar

- Usted puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar: orientación para contracepción, prescripción de control de la natalidad, pruebas de embarazo, esterilización o aborto necesario por razones médicas. Durante sus consultas para estos servicios, también puede tener pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico. Las recetas para contracepción están cubiertas por su Carné de beneficios de pago por servicios prestados de Medicaid. Consulte información sobre copagos en la página 13.
- Usted 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 y farmacias de planificación familiar de Neighborhood Health Providers. Consulte el Directorio de Proveedores de Neighborhood Health Providers o llame a Servicios para Afiliados en busca de ayuda para encontrar a un proveedor.
- Si usted 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. Usted puede llamar a la Línea Directa Growing Up Healthy del Estado de Nueva York al 1-800-522-5006 para obtener información sobre dónde recibir estos servicios.

Pruebas y orientación sobre VIH

- Usted puede tener pruebas y orientación sobre VIH en cualquier momento que reciba servicios de planificación familiar. No necesita remisión de su PCP. Sencillamente haga una cita con un proveedor de planificación familiar.
- Si desea pruebas y orientación sobre 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 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 del servicio de pruebas y orientación, su PCP le ayudará a obtener la atención correspondiente.

Salud visual

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista, un dispensador oftálmico, un examen de ojos y un par de anteojos, si fuera necesario. Generalmente, podrá recibir esto una vez cada dos años o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario. Simplemente deberá escoger uno de nuestros proveedores participantes. Usted no necesita remisión de su PCP para un examen de la vista o para obtener gafas nuevas. Sin embargo, los afiliados con diagnóstico de diabetes pueden autorremitirse a cualquier proveedor participante para un examen de retina con pupila dilatada una vez en un período de doce (12) meses. Pero recuerde que usted está limitado a exámenes de la vista y gafas nuevas una vez cada dos años. Si necesita consultar a un oftalmólogo para el cuidado de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá. Puede llamar a Davis Vision al 1-800-999-5431 para obtener una lista de proveedores participantes.

Evaluación de salud del comportamiento

Usted puede asistir a una (1) evaluación de salud mental y evaluación (1) de dependencia a sustancias químicas (incluido consumo indebido de alcohol y/o sustancias tóxicas) sin remisión en un período de 12 meses. Debe utilizar un proveedor de Neighborhood Health Providers, pero no necesita aprobación de su PCP. Si necesita más consultas, su PCP le ayudará a obtener una remisión. Si tiene preguntas o para solicitar una remisión, puede llamar al proveedor de Salud del Comportamiento de NHP, Beacon Health Strategies, al 1-866-969-2661.

Cuidado dental

Los servicios cubiertos generalmente incluyen suministros, dispositivos y servicios dentales regulares y de rutina necesarios para aliviar las enfermedades. Usted puede llamar al proveedor dental de NHP, 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 aparece de repente, y
- presenta 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 partes o funciones corporales o desfiguración grave, si no se presta atención inmediata. Ejemplos de emergencia son:

- ataque cardíaco o fuerte dolor de pecho
- sangrado que no cesa o quemadura grave
- fractura de huesos
- dificultades para respirar/convulsiones/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, pequeños cortes y golpes o esguinces musculares.

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

Llame al 911 o vaya a una sala de emergencia. 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 NHP.**

Infórmele a la persona con la que habla lo que está sucediendo. Su PCP o el representante de Servicios para Afiliados de Neighborhood Health Providers:

- le informará qué debe hacer en casa,

- le dirá que vaya al consultorio del PCP, o
- le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

• **Si usted se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:**

- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde:

No necesita aprobación previa para servicios de emergencia.

- **Use la sala de emergencias sólo si tiene una EMERGENCIA.**
- **La sala de emergencias NO debe ser utilizada para problemas como gripe, 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 tener una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata.

- Podría ser un episodio de vómito o diarrea persistente.
- Podría ser un tobillo torcido o una astilla o esquirla que no se puede retirar.

Usted 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 que necesite, las siguientes son otras maneras de mantener una buena salud:

- | | |
|--------------------------------|--|
| • Clases de educación en salud | • Clases para dejar de fumar |
| • Apoyo en duelo/pérdidas | • Autogestión y orientación para la diabetes |
| • Manejo del estrés | • Control de peso |
| • Nutrición y cuidado prenatal | • Control del colesterol |
| • Lactancia y cuidado del bebé | • Autogestión y orientación para el asma |

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

MANUAL – PARTE 2

SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

La información en el resto de este manual es para cuando usted la necesite. Contiene los servicios cubiertos y no cubiertos disponibles con FHPlus. Si usted tiene quejas, el manual le informa qué tiene que hacer. El manual también contiene otro tipo de información que podría serle útil. Mantenga este manual a mano para cuando lo necesite.

Beneficios

FHPlus cubre un amplio conjunto de servicios o beneficios de atención en salud. Neighborhood Health Providers proporcionará, o hará los arreglos correspondientes para ofrecer, todos los servicios cubiertos. Sin embargo, usted puede recibir algunos servicios sin necesidad de aprobación de PCP. Estos incluyen atención de emergencia, planificación familiar/prueba y orientación sobre VIH y determinados servicios de "autorremisión", como se menciona en la Parte 1.

Copagos

Se requiere que los afiliados a FHPlus hagan copagos al recibir ciertos servicios y cuidados médicos. Algunas personas están exentas y no tienen que hacer estos pagos. Vea la siguiente lista de servicios que requieren copagos y la información sobre las personas exentas. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 o a la Línea de Información de Family Health Plus del Departamento de Salud al 1-877-934-7587. Si usted tiene preguntas sobre los beneficios farmacéuticos, por favor llame a la Línea de Ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831.

Servicio

Copago

- | | |
|---|---|
| • Medicamentos de marca bajo receta | \$6 por cada receta y resurtido de receta |
| • Medicamentos genéricos bajo receta | \$3 por cada receta y resurtido de receta |
| • Consulta hospitalaria | \$5 por consulta |
| • Visita a consultorio | \$5 por visita |
| • Consulta a servicio dental | \$5 por consulta hasta un total de \$25 por año |
| • Pruebas de laboratorio | \$0,50 por prueba |
| • Servicios de radiología (como radiología diagnóstica, ultrasonido, medicina nuclear y servicios de oncología) | \$1 por servicio de radiología |
| • Hospitalización | \$25 por hospitalización |
| • Consulta a sala de emergencias no urgente | \$3 por consulta |
| • Medicamentos sin receta
(p. ej., solamente para dejar de fumar y diabetes) | \$0,50 por medicamento |
| • Suministros médicos
(p. ej., solamente para diabetes y fórmulas enterales) | \$1 por suministro |

Los copagos no aplican a los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de planificación familiar

- Centros de salud mental
- Centros de dependencia a sustancias químicas
- Medicamentos para enfermedades mentales
- Medicamentos para la tuberculosis
- Medicamentos con receta para residente en un Centro de Atención para Adultos

No tiene que pagar el copago si usted:

- Tiene menos de 21 años de edad
- Está embarazada
- Es residente permanente en un hogar de ancianos
- Es residente en un centro residencial comunitario con licencia de la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retraso Mental y Discapacidad del Desarrollo
- **No puede pagar el copago en cualquier momento y le dice al proveedor que no puede pagarlo.**

A los afiliados a Family Health Plus que no pueden pagar el copago no se les puede negar un servicio con base en su incapacidad de pago. Su proveedor no puede negarse a prestarle atención o servicios debido a que usted no puede pagar. (Sin embargo, seguirá debiendo al proveedor las cantidades de copagos no pagados y el proveedor puede pedirle que le pague posteriormente o enviarle a usted una factura).

SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Usted debe recibir estos servicios de los proveedores de nuestro plan. Todos los servicios deben ser necesarios por razones médicas y prestados o remitidos por su PCP (médico de atención primaria).

Atención médica regular

- consultas a su PCP
- remisiones a especialistas
- exámenes de visión/audición

Cuidado preventivo

- chequeos médicos regulares
- pruebas y procedimientos ordenados por su PCP o especialista
- orientación para dejar de fumar para mujeres embarazadas

Atención de maternidad

Las mujeres afiliadas a FHPlus que queden embarazadas calificarán para Medicaid porque los son diferentes requisitos financieros y cambia el tamaño de la familia. Si usted queda embarazada mientras está afiliada a FHPlus, tiene que tomar una decisión. Si lo desea, puede cambiar la cobertura de FHPlus a Medicaid. Medicaid cubre más servicios que FHPlus, lo cual puede o no puede necesitar, en función de sus necesidades médicas. Sin embargo, puede que tenga que consultar a otro médico si cambia de FHPlus a Medicaid. Usted debe discutir esta opción con su médico y la oficina local del Departamento de

Servicios Sociales o la Administración de Recursos Humanos para poder tomar la decisión que mejor satisfaga sus necesidades.

Su bebé será elegible para Medicaid. Los bebés no pueden ser cubiertos por FHPlus, ya que es un programa para adultos, de 19 a 64 años de edad. Para garantizar que su bebé tenga acceso a todos los servicios cubiertos por Medicaid, usted debe informar que está embarazada a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o la Administración de Recursos Humanos y su médico debe notificar a Neighborhood Health Providers. Así se podrán comenzar los arreglos para la cobertura de su bebé antes de que nazca, independientemente de la elección que haya tomado para usted misma. Debe seleccionar al médico de su bebé tan pronto como sea posible.

Si usted se queda con FHPlus, nosotros cubriremos:

- cuidado de embarazo
- médicos/enfermera partera y servicios hospitalarios
- cuidado posparto

Atención médica domiciliaria

Neighborhood Health Providers puede organizar ciertas consultas de atención médica domiciliaria (hasta 40 por año), pero esto se hace general y solamente para evitar que usted tenga que permanecer en un hospital. Su médico debe estar de acuerdo con que se satisfagan sus necesidades médicas en su hogar mediante esta ayuda. Estos son algunos casos que serían cubiertos:

- si usted permanece en el hospital menos de 48 horas después del parto
- si usted permanece en el hospital menos de 96 horas después de un parto por cesárea
- otras consultas cuando sean necesarias y ordenadas por su PCP/especialista

Cuidado de la salud visual

FHPlus cubre cuidado de la visión de emergencia y el siguiente cuidado de la visión de prevención y de rutina, una vez en cualquier periodo de veinticuatro meses:

- un examen de los ojos;
- un par de gafas recetadas y una montura o lentes de contacto recetados si son necesarios por razones médicas, y
- un par de gafas de uso profesional necesarias por razones médicas. Las gafas de uso profesional son gafas especiales que le ayudan a realizar sus funciones laborales.

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. Usted puede llamar al proveedor dental de NHP, al 1-888-307-6549 para cambiar su odontólogo atención primaria.

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 permanece en una situación estable. Según la necesidad, usted puede ser tratado en la sala de emergencias, en una sala de hospitalización o en otro lugar. Estos se denominan Servicios Posestabilización.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 11.

Servicios de salud del comportamiento

Neighborhood Health Providers cubrirá hasta 60 consultas externas y 30 consultas internas al año para servicios de salud del comportamiento. Los servicios de salud del comportamiento incluyen los servicios de dependencia a sustancias químicas (entre ellos, servicios para consumo indebido de alcohol y sustancias tóxicas) y servicios de tratamiento para la salud mental.

Los servicios de desintoxicación (servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados y de abstinencia para pacientes hospitalizados o ambulatorios) no cuentan con los límites antes mencionados.

Si tiene preguntas acerca de este beneficio, puede llamar a Beacon Health Strategies, nuestro proveedor de salud del comportamiento, al 1-866-969-2661.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros profesionales, entre ellos:

- terapeutas ocupacionales, físicos y del lenguaje necesarios a corto plazo
- enfermeras parteras
- audiólogos

Otros servicios cubiertos

- Servicio de transporte de emergencia
- Equipos médicos duraderos (EMD)
- Servicios de hospicio
- Ayudas/suministros para la audición
- Prótesis/aparatos ortopédicos

- Servicios ordenados por tribunales, si están cubiertos por el plan.
- Diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis. Para su diagnóstico y/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 farmacéuticos

Los afiliados a Family Health Plus deben utilizar su carné de identificación de beneficios de Medicaid para recibir medicamentos con receta, productos para dejar de fumar, ayudas para audición, suministros para diabetes, fórmulas enterales y ciertos medicamentos sin receta cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos de Medicaid. Debe utilizar una farmacia que acepte Medicaid.

Los copagos aplican para la mayoría de los medicamentos. Algunos afiliados no están obligados a pagar los copagos. Para obtener una lista de los copagos, consulte la tabla de copagos en la página 12.

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.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

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

- Cirugía estética si no es necesaria por razones médicas
- Rutina de cuidado de los pies (para personas de 21 años de edad y mayores)
- Zapatos ortopédicos y plantillas de calzado
- Elementos personales y de bienestar
- Tratamientos para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte de Neighborhood Health Providers (a menos que Neighborhood Health Providers o su PCP lo remitan a ese proveedor).
- Servicios sin aprobación previa de su PCP.
- Servicios de cuidado personal
- Servicios privados de enfermería
- Suministros médicos (como vendas), medicamentos sin receta (medicamentos de venta libre, como aspirinas)
- Estadías permanentes en hogar de ancianos
- Transporte que no es de emergencia (a menos que usted tenga 19 ó 20 y esté en el programa C/THP)

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 obtener aprobación antes de recibirlos o para seguir recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede solicitarla. La solicitud de la aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de recibirlos:

- Admisiones electivas
- MRIs (proyección de imagen de resonancia magnética), proyección de imagen nuclear de la medicina (PET/SPECT), ecos y Sonograms (excepto maternidad)
- Equipos médicos duraderos que cuestan más de \$250
- Servicios prestados por organismo de atención médica en el hogar;
- Cirugía gástrica de puente
- Rehabilitación cardiaca
- Ortopedicos y Prótesis que cuestan mas de \$250
- Hormonas de crecimiento y otras medicaciones inyectables selectivas.
- Cualquier uso de proveedores no participantes
- Todo servicios ambulatorio fuera de la red de SHP
- Todo remisiones del especialista fuera de la red de SHP
- Transporte que no sea de emergencia solamente

Usted o su médico puede llamar 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 denegar una solicitud de autorización de servicios o aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **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, por un médico o por 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 mencionan 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 tenemos toda la información que necesitamos, 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 laborables. Le informaremos antes del tercer día laborable si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro de 1 día laborable cuando tenemos toda la información que necesitamos, 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 laborable cuando tenemos toda la información que necesitamos, pero le informaremos a más tardar 3 días laborables después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del tercer día laborable 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 inmediatamente 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 tomar una 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 número de Miembro Servicios 1-800-826-6240 o envíe

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 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.

Nosotros 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 presentarnos 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, le 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 FHPlus 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 en 1-800-826-6240, si tiene preocupaciones 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 tengan sueldo. El número de pacientes que vean no afecta su sueldo.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un honorario fijo cada mes por cada paciente para el cual son el PCP. El honorario se mantiene estable si el paciente necesita una o muchas 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 Neighborhood Health Providers.

- 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 para averiguar 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/balances más recientes y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato más reciente de pago directo a subscriptores individuales.
- Información del Departamento de Seguros del Estado sobre las quejas de los consumidores acerca de Neighborhood Health Providers.
- Cómo mantenemos bajo confidencialidad sus registros médicos e información de los afiliados.
- Por escrito, le informaremos cómo nuestro plan 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 pide por escrito, le informaremos las directrices que utilizamos para revisar las condiciones o enfermedades cubiertas por nuestro plan.
- 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 nuestro plan.
- Si usted nos lo pide, nosotros le informaremos:
- si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de remisión, y, en caso afirmativo,
- información sobre el tipo de régimen de incentivos utilizado; y
- si se proporciona protección para limitar 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 siempre lo siguientes **cambios se presenten en su vida:**

- usted cambia de nombre, dirección o número telefónico
- usted tiene un cambio en las circunstancias que afectará su elegibilidad para FHPlus
- usted está embarazada
- usted da a luz
- usted es cubierto por otro seguro médico

OPCIONES

1. Si USTED desea abandonar a Neighborhood Health Providers

Usted puede probar Neighborhood Health Providers durante 90 días. Puede solicitar salir de nuestro plan por cualquier motivo en cualquier momento durante esos 90 días, si hay otro plan FHPlus disponible donde reside. Si no abandona durante los primeros 90 días de su cobertura, debe permanecer en el plan durante nueve meses más, a menos que haya un motivo justificado ("**buena causa**"). Al final de su primer año en nuestro plan, puede cambiar a otro plan si lo desea y no hay otro plan FHPlus disponible donde reside.

Ejemplos de ("**buena causa**"):

- Nuestro plan de salud no puede proporcionar un proveedor de atención primaria conveniente para usted dentro de los tiempos aceptables de viaje (si los proveedores están habitualmente dentro de 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.
- No ofrecemos un servicio cubierto por FHPlus que usted puede recibir con otro plan FHPlus.
- 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.

Si usted vive en los condados de Brooklyn, Bronx, Manhattan, Queens o Staten Island, llame a Medicaid CHOICE de Nueva York al 1-800-505-5678 e informe que desea una transferencia a otro plan Family Health Plus. Usted puede hacer la transferencia vía telefónica o solicitar un Paquete de Transferencia. Recibirá una notificación de que el cambio tendrá lugar antes de una determinada fecha. Nosotros le proporcionaremos la atención que necesite hasta ese momento.

2. Usted podría ser no elegible para el programa FHPlus de Neighborhood Health Providers

Puede que usted tenga que abandonar Neighborhood Health Providers, si usted:

- se muda fuera del condado o zona de servicio,
- tiene un cambio en los ingresos que lo hace no elegible para FHPlus,

- se inscribe a una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) u otro plan de seguro en su trabajo,
- recibe cobertura de Medicare,
- se inscribe al Programa de Atención Médica Domiciliaria a Largo Plazo,
- es encarcelado, o
- cumple 65 años de edad.

Usted tiene cobertura "**garantizada**" de Neighborhood Health Providers durante los primeros seis (6) meses después de su inscripción, incluso si ya no es elegible para FHPlus. Los motivos para perder su elegibilidad no deben estar relacionados con muerte, cambio de Estado o encarcelamiento. Durante este tiempo, usted puede recibir los servicios que cubre nuestro plan. La cobertura garantizada **no** aplica si usted **escoge** abandonar Neighborhood Health Providers.

3. 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, o
- no cumple las citas, o
- acude a la sala de emergencias para atención que no es de emergencia, o
- no observa el reglamento de Neighborhood Health Providers, o
- no llena los formularios honestamente o no da información veraz (fraude), o
- 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.

4. Puede cambiarse, si lo desea, de FHPlus a Medicaid con un "deducible"

FHPlus no cubre todos los servicios que Medicaid cubre (como suministros médicos) y algunos servicios de FHPlus tienen límites que los de Medicaid no tienen (como terapia física).

Si tiene necesidades médicas que Medicaid puede satisfacer mejor y califica para Medicaid, usted puede ser elegible para Medicaid con un "deducible" (spend-down).

Si su ingreso es superior al permitido para Medicaid, pero tiene facturas médicas que son mayores a la cantidad que su ingreso está sobre el nivel de Medicaid, esas facturas podrían ayudarle a calificar para Medicaid. Esto sólo aplica para las personas que:

- tengan menos 21 años de edad, o
- sean discapacitadas o invidentes, o
- tengan hijos menores de 21 años de edad, o
- tengan más de 65 años de edad, o
- estén embarazadas (vea más adelante).

Usted debe ponerse en contacto con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o la Administración de Recursos Humanos para ver si ésta es una opción para usted. Si lo es, usted será

desafiliado de Neighborhood Health Providers para que pueda recibir los beneficios de Medicaid. Usted puede solicitar que esto se lleve a cabo con prontitud si considera que las demoras pueden perjudicar su salud o si se usted se ha quejado porque no estaba de acuerdo con la afiliación a FHPlus.

5. Si queda en embarazo mientras está afiliada a Family Health Plus

Si usted queda en embarazo, es elegible para Medicaid. Tiene la opción de permanecer en FHPlus o cambiar a Medicaid. Puede decidir cambiar a Medicaid, ya que cubre más servicios. Puede permanecer en Neighborhood Health Providers, pero debe preguntar a su médico si seguirá viéndola como paciente de Medicaid, si hace el cambio.

Su bebé recién nacido será automáticamente elegible para Medicaid y será afiliado a Neighborhood Health Providers. Usted debe ponerse en contacto con Neighborhood Health Providers y la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o la Administración de Recursos Humanos para discutir estas opciones y su decisión.

APELACIÓN DE ACCIONES

Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales usted necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. 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 denegar 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 medidas que puede tomar:

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 (90) días para solicitar una apelación después de haber ser informado de presentar la apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación por usted. Si necesita ayuda para presentar el recurso de apelación, puede llamar a Servicios para Afiliados en 1-800-826-6240.
- 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 hacer también un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación realizada por teléfono. 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; o
- 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.
- Le expondremos los motivos 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 laborables 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 tomar una 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 denegación 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 su denegación 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, o
- 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 reciba 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 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: 1-800-826-6240

La decisión de su apelación externa se tomará en 30 días. Puede que se necesite más tiempo (hasta cinco días laborables), 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 denegar, 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 Family Health Plus 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. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus.

- No está satisfecho con la decisión de que su médico no ordenó los servicios que usted necesitaba. Usted considera que la decisión del médico limita sus beneficios de Family Health Plus. 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, New York State 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 para quejas y reclamos

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 presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240, veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana. Si nos llama después de las 5pm, dejar un mensaje laboral, deje su mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. 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 recibir su queja o reclamo:

- 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 laborables, 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 expediente médico y tratarlo con su PCP. Usted puede pedir que su expediente médico sea modificado o corregido, si es necesario.
- Que se le garantice que su expediente médico es privado y que no será compartido con nadie, con excepción de las disposiciones de la ley, el contrato o su propia autorización.
- 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 emergencias 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. Nosotros podemos ayudarle a comprender u obtener estos documentos, los cuales no cambian su derecho a beneficios de atención de salud 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:..... Ver su carné de identificación de NHP

Neighborhood Health Providers

Servicios para Afiliados.....	1-800-826-6240
Servicios para Afiliados TTY/TDD (Para personas con problemas de audición)	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 consumo indebido de sustancias tóxicas.....	1-866-969-2661
Servicios dentales.....	1-888-307-6549
Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas y reclamos)....	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.

