



An Anthem Company

Manual Para Miembros

New York
Medicaid

1-800-300-8181 (TTY 711)
www.empireblue.com/ny



An Anthem Company

Estado de New York Medicaid Managed Care

Manual para miembros

Revisión agosto de 2019

Cambios en autorización de servicio y apelaciones efectivos a partir del 1.º de mayo de 2018

www.empireblue.com/ny

ENY-MHB-0058-19

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Si usted no habla inglés, llámenos al 1-800-300-8181 (TTY 711). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Francés: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 1-800-300-8181 (TTY 711). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Criollo haitiano: "**Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 1-800-300-8181 (TTY 711). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Italiano: "**Se non parli inglese** chiamaci al 1-800-300-8181 (TTY 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua."

Ruso: «**Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 1-800-300-8181 (TTY 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Chino (PRC) 如果您不会讲英语，请拨打会员服务号码 1-800-300-8181 (TTY 711) 与我们联系。我们提供各种口译服务，可以用您的语言帮助回答您的问题。此外，我们还可以帮您寻找能够用您的语言与您交流的医疗护理提供方。

Chino (taiwanés) 如果您無法使用英語交談，請以下列電話號碼與我們聯繫：

1-800-300-8181 (TTY 711)。我們會使用口譯服務以您的語言來協助回答您的問題。我們也可以協助您找到能夠使用您母語溝通的健康照護提供者。

AQUÍ ES DONDE PUEDE ENCONTRAR LA INFORMACIÓN QUE DESEA

BIENVENIDO AL PROGRAMA MEDICAID MANAGED CARE DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS	1
CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO	1
CÓMO USAR ESTE MANUAL	2
AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO	2
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD	3
PARTE I – PRIMERAS COSAS QUE DEBE SABER	4
CÓMO ELEGIR SU PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	4
CÓMO RECIBIR CUIDADO DE LA SALUD REGULAR	8
CÓMO OBTENER CUIDADO ESPECIALIZADO Y REFERIDOS	10
RECIBA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN <i>SIN</i> UN REFERIDO	11
DESEAMOS MANTENERLO SANO	14
CONTROL DE ENFERMEDADES	15
PARTE II – SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	18
BENEFICIOS	18
SERVICIOS CUBIERTOS POR EMPIRE	18
BENEFICIOS QUE PUEDE RECIBIR DE EMPIRE O CON SU TARJETA DE MEDICAID	27
BENEFICIOS USANDO SOLO SU TARJETA DE MEDICAID	28
SERVICIOS NO CUBIERTOS	29
CÓMO PAGAMOS A NUESTROS PROVEEDORES	33
USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN	33
INFORMACIÓN DE SERVICIOS AL MIEMBRO	33
MANTÉNGANOS INFORMADOS	34
CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN Y TRANSFERENCIAS	34
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	45
DIRECTIVAS ANTICIPADAS	47
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	49

BIENVENIDO AL PROGRAMA MEDICAID MANAGED CARE DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

Estamos contentos de que se haya inscrito en Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. Este manual será su guía para la gama completa de servicios de cuidado de la salud disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro. Con el fin de conocerlo mejor, nos comunicaremos con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga o puede recibir ayuda para hacer citas. Sin embargo, si necesita hablar con nosotros antes de que lo llamemos, solo tiene que llamarnos al 1-800-300-8181 (TTY 711).

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO

El plan, nuestros proveedores y usted

- Quizás haya escuchado acerca de los cambios en el cuidado de la salud. Muchos consumidores reciben sus beneficios a través del cuidado administrado, el cual proporciona un hogar central para su cuidado. Si usted recibía servicios de salud del comportamiento mediante su tarjeta de Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles a través de Empire.
- Empire tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de las personas que tienen Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de cuidado de la salud para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos doctores y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de cuidado de la salud conforman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al 1-800-300-8181 (TTY 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/ny.
- Cuando ingresa a Empire, uno de nuestros proveedores se encargará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su proveedor de cuidado primario (PCP). Si necesita hacerse un análisis, ver a un especialista o ir al hospital, su PCP hará los arreglos.
- Su PCP está a su disposición todo el día. Si necesita hablar con él o ella después de horas laborales o los fines de semana, deje un mensaje y diga cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo más pronto posible. Aunque su PCP es su fuente principal para cuidado de la salud, en algunos casos, usted puede auto referirse a ciertos doctores para algunos servicios. Consulte la sección “Cómo elegir su proveedor de cuidado primario (PCP)” de este manual para más detalles.
- Usted puede estar restringido a ciertos proveedores del plan si ha sido identificado como beneficiario restringido. Algunos ejemplos de por qué puede estar restringido incluyen:
 - Recibir cuidado de varios médicos por el mismo problema.
 - Recibir cuidado médico con más frecuencia de la necesaria.
 - Usar medicamentos recetados en una forma que pueda ser peligrosa para su salud.

- Permitir que una persona que no sea usted use su tarjeta de identificación del plan.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. Empire reconoce que debe haber confianza entre usted, su familia, sus doctores y otros proveedores de cuidado. Nunca revelaremos su historial médico o de salud del comportamiento sin su aprobación escrita. Las únicas personas que tendrán su información clínica seremos nosotros, su proveedor de cuidado primario y otros proveedores que le brinden cuidado y su representante autorizado. Su proveedor de cuidado primario o su encargado de cuidado de hogar de hogar de salud, si tiene uno, hablará siempre con usted sobre los referidos a dichos proveedores con antelación. Nuestro personal ha sido capacitado para mantener una estricta confidencialidad de los miembros.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

Este manual le ayudará cuando usted ingresa a un plan de cuidado administrado. Le informará cómo funcionará su nuevo sistema de cuidado de la salud y cómo puede sacar el mejor provecho de Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. Este manual es su guía a servicios de salud y bienestar. Le dice los pasos a seguir para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas le dirán lo que debe saber **inmediatamente**. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo para referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a la unidad de Servicios al Miembro. También puede llamar al personal de cuidado administrado en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad. También puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678.

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

- Hay alguien para ayudarlo en Servicios al Miembro de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. Llame al 1-800-300-8181 (TTY 711).
- Si necesita ayuda o consejos sobre cuidado de la salud en otros momentos, llame a nuestra 24/7 NurseLine al 1-800-300-8181 (TTY 711). Siga las opciones telefónicas para hablar con una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Puede llamar a Servicios al Miembro para recibir ayuda **en cualquier momento en que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP para abreviar), preguntar acerca de beneficios y servicios, recibir ayuda con referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, reportar el nacimiento de un nuevo bebé, o preguntar acerca de cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está o queda embarazada, su hijo se convertirá en parte de Empire el día en que nace. Esto sucederá a menos que su hijo recién nacido esté en un grupo que no puede ingresar a cuidado

administrado. Debe llamarnos y a su LDSS inmediatamente si queda embarazada y déjenos ayudarla a elegir un doctor para su **bebé recién nacido** antes de nazca.

- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarlo mejor. Es un buen momento para que haga preguntas y conozca a otros miembros. Si desea venir a una de las sesiones, llámenos para encontrar una hora y lugar que sean mejores para usted.
- **Si no habla inglés**, podemos ayudar. Deseamos que sepa cómo usar su plan de cuidado de la salud, sin importar el idioma que hable. Solo tiene que llamarnos y encontraremos una forma de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que pueden ayudar. También lo ayudaremos a encontrar un PCP (proveedor de cuidado primario) que pueda atenderlo en su idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Si usa una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos decirle si el consultorio particular de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos especiales de comunicaciones. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina de TTY (Nuestro número telefónico de TTY es 711)
 - Información en letras grandes
 - Manejo de caso
 - Ayuda para hacer o llegar a citas
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad
- **Si actualmente usted o su hijo reciben cuidado en su hogar**, su enfermera o asistente quizá no sepan que se ha inscrito en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su cuidado en el hogar no se interrumpa inesperadamente.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de Empire debe llegar en un plazo de 14 días después de su fecha de inscripción. La misma tiene el nombre y número telefónico de su PCP (proveedor de cuidado primario). También tendrá su número de identificación de cliente (CIN). Si algún dato de su tarjeta de identificación es erróneo, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene Medicaid o que Empire es un tipo especial de plan de salud.

Lleve consigo su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya por cuidado. Si necesita cuidado antes de que llegue la tarjeta, su carta de bienvenida es prueba de que usted es miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará la tarjeta para recibir servicios que no cubrimos.

PARTE I PRIMERAS COSAS QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR SU PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

- Tal vez ya haya elegido su proveedor de cuidado primario (PCP) para que lo atienda como su doctor habitual. Esta persona podría ser un doctor o una enfermera profesional. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo inmediatamente.** Si no elige un doctor en un plazo de 30 días, elegiremos uno para usted.
- Cada miembro de la familia puede tener un PCP distinto, o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Un pediatra trata niños. Los doctores de familia tratan a toda la familia. Los doctores de medicina interna tratan adultos. Servicios al Miembro puede ayudarlo a elegir un PCP. Servicios al Miembro (1-800-300-8181 [TTY 711]) puede comprobar que usted ya tenga un PCP o ayudarlo a elegir uno.
- Con este Manual, debe tener un directorio de proveedores. Esta es una lista de todos los doctores, clínicas, hospitales, laboratorios y otros que trabajan con Empire. Lista la dirección, teléfono y entrenamiento especial de los doctores. El directorio de proveedores mostrará cuáles doctores y proveedores están tomando nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que están tomando nuevos pacientes al momento en que usted elige un PCP. También puede obtener una lista de proveedores en nuestro sitio web en www.empireblue.com/ny.

Tal vez quiera encontrar un doctor que:

- Haya visto antes.
 - Entienda sus problemas de salud.
 - Esté tomando nuevos pacientes.
 - Pueda atenderlo en su idioma.
 - Sea fácil llegar.
- Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros doctores de obstetricia/ginecología para tratar con cuidado de la salud de mujeres. Las mujeres no necesitan un referido del PCP para ver a un doctor de obstetricia/ginecología. Pueden hacerse chequeos de rutina (dos veces al año), dar seguimiento a cuidado y tener cuidado regular durante el embarazo.
 - También tenemos contrato con FQHCs (Centros de Salud Calificados Federalmente). Todos los FQHC brindan cuidado primario y especializado. Algunos clientes desean recibir su cuidado de parte de FQHC porque los centros tienen un largo historial en la comunidad. Tal vez quiera probar uno porque son de fácil acceso. Debe saber que tiene una opción. Puede elegir cualquiera de los proveedores listados en nuestro directorio. O puede registrarse con un médico de cuidado primario en uno de los FQHC con los que trabajamos, listados abajo. Solo tiene que llamar a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) para recibir ayuda.

Centros de salud calificados federalmente de Empire

Amsterdam Avenue Family Health Center
690 Amsterdam Ave.
New York, NY 10025
1-212-865-4104

Beacon Christian Community
Health Center Inc.
2079 Forest Ave.
Staten Island, NY 10303
1-718-815-6560

Bedford Stuyvesant Family Health Center
1413 Fulton St.
Brooklyn, NY 11216
1-718-636-4500

Betances Health Center
280 Henry St. # A
New York, NY 10002
1-212-227-8843

Brooklyn Plaza Medical Center
650 Fulton St.
Brooklyn, NY 11217
1-718-596-9800

Brownsville Multi-services Family
Health Center
592 Rockaway Ave.
Brooklyn, NY 11212
1-718-345-5000

Brownsville Multi-services Family Health
Center at Genesis
592 Rockaway Ave.
Brooklyn, NY 11212
1-718-345-5000

Charles B. Wang Community Health Center
125 Walker St.
New York, NY 10013
1-212-379-6988

CHN - Betty Shabazz Health Center
999 Blake Ave.
Brooklyn, NY 11208
1-718-277-8303

Lutheran Medical Center
150 55th St.
Brooklyn, NY 11220
1-718-630-7000

Morris Heights Health Center
85 W. Burnside Ave.
Bronx, NY 10453
1-718-716-4400

Mt. Hope Family Practice
1731 Harrison Ave.
Bronx, NY 10453
1-718-583-9000

New Cassel/Westbury Health Center
682 Union Ave.
Westbury, NY 11590
1-516-571-9535

ODA Primary Care Health Center
14 Heyward St.
Brooklyn, NY 11211
1-718-852-0803

Park Slope Family Health Center
220 13th St.
New York, NY 11215
1-718-832-5980

Parkchester Family Practice
1597 Unionport Road
Bronx, NY 10462-5902
1-718-822-1818

Phillips Family Practice
16 E. 16th St.
New York, NY 10003
1-212-206-5200

Ramon S Velez Health Center
754 E. 151 St.
Bronx, NY 10455
1-718-402-2800

CHN – Bronx Center
975 Westchester Ave.
Bronx, NY 10459
1-718-991-9250

CHN – CABS Center
94-98 Manhattan Ave.
Brooklyn, NY 11206
1-718-388-0390

CHN – Caribbean House Center
1167 Nostrand Ave.
Brooklyn, NY 11225
1-718-778-0198

CHN - Community League Center
1996 Amsterdam Ave.
New York, NY 10032
1-212-781-7979

CHN – Downtown Health Center
150 Essex St.
New York NY 10002
1-212-477-1120

CHN – Helen B Atkinson Center
81 W. 115th St.
New York, NY 10026
1-212-426-0088

CHN – Queens Center
97-04 Sutphin Blvd.
Jamaica, NY 11435
1-718-657-7088

Community Health Center of Richmond
235 Port Richmond Ave.
Staten Island, NY 10302
1-718-876-1732

Damian Family Care Center
13750 Jamaica Ave.
Jamaica, NY 11435
1-718-298-5100

Refuah Health Center – Spring Valley
Location
728 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977
1-845-354-9300

Refuah Health Center – Twin Location
5 Twin Ave.
Spring Valley, NY 10977
1-845-354-9300

Refuah Health Center – South Fallsburg
Lugar
South Fallsburg Family Medical
36 Laurel Ave.
South Fallsburg, NY 12779
1-845-354-9300

Roosevelt/Freeport Family Health Center
380 Nassau Road
Roosevelt, NY 11575
1-516-571-8600

Ryan/Chelsea-Clinton Community
Health Center
645 10th Ave.
New York, NY 10036
1-212-265-4500

Ryan-Nena Community Health Center
279 E. Third St.
New York, NY 10009
1-212-477-8500

Settlement Health & Medical Service
212 E. 106 St.
New York, NY 10029
1-212-360-2600

Sidney Hillman Family Practice
16 E. 16th St.
(Entre Fifth Ave. y W. Union Square)
New York, NY 10003
1-212-924-7744

Sunset Park Family Health Center
150 55th St.
Brooklyn, NY 11220
1-718-630-7095

Dr. Martin Luther King, Jr. Health Center
1265 Franklin Ave.
Bronx, NY 10456
1-718-503-7700

East 13th Street Family Practice
113 E. 13th St.
New York, NY 10003
1-212-253-1830

EHCHS Inc. Boriken Neighborhood
Health Center
2253 Third Ave., Third Floor
New York, NY 10035
1-212-289-6650

Elmont Health Center
161 Hempstead Turnpike
Elmont, NY 11003
1-516-571-8200

Hempstead Health Center
135 Main St.
Hempstead, NY 11550-2414
1-516-572-1300

Institute for Family Health – Sidney Hillman
Family Practice
16 E. 16th St.
New York, NY 10003
1-212-633-0800, extensión 1337
1-212-206-5200 (médica)

Joseph P. Addabbo Family Health Center
67-10 Rockaway Beach Blvd.
Arverne, NY 11692
1-718-945-7150

Sunset Terrace Family Health Center
514 49th St.
Brooklyn, NY 11220
1-718-431-2600

Urban Health Plan – Bella Vista
Health Center
1065 Southern Blvd.
Bronx, NY 10459
1-718-589-2440
1-212-517-1891

Urban Health Plan – El Nuevo San Juan
Health Center
1065 Southern Blvd.
Bronx, NY 10459
1-718-589-2440

Urban Health Plan – Plaza Del Castillo
Health Center
1515 Southern Blvd.
Bronx, NY 10460
1-718-589-1600

Urban Horizons Family Practice
50 E. 168th St.
Bronx, NY 10452
1-718-293-3961

Walton Family Health Center
1894 Walton Ave.
Bronx, NY 10453
1-718-583-3060

William F. Ryan Community Health Center
110 W. 97th St.
New York, NY 10025
1-212-316-7906

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Empire. Existen cuatro casos en los que puede continuar **viendo a otro proveedor que tenía antes de ingresar a Empire**. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con nosotros. Puede continuar viendo a su doctor si:
 - Tiene más de 3 meses de embarazo al ingresar a Empire y está recibiendo cuidado prenatal. En ese caso, puede continuar con su proveedor hasta después de su parto y a través del cuidado postparto.

- Al momento de ingresar a Empire, usted tiene una enfermedad o condición que amenaza su vida y que empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir seguir viendo a su proveedor por hasta 60 días.
- En el momento en que se inscribe en Empire, está recibiendo tratamiento para una condición de salud del comportamiento. En ese caso, puede pedir seguir viendo a su proveedor durante el tratamiento por hasta 2 años.
- En el momento en que se inscribe en Empire, Medicaid regular pagó su cuidado en el hogar y usted necesita continuar recibiendo ese cuidado durante al menos 120 días. En ese caso, puede mantener a su agencia de cuidado en el hogar, enfermera o asistente, y la misma cantidad de cuidado en el hogar, durante al menos 90 días.

Empire debe informarle sobre cualquier cambio en su cuidado en el hogar antes de que entre en vigor.

- Si tiene una enfermedad de larga duración, como VIH/SIDA u otros problemas de salud de largo plazo, tal vez pueda **elegir un especialista para que sea su PCP**. Llame a Servicios al Miembro y ellos lo ayudarán a hacer este cambio.
- Si lo necesita, puede **cambiar su PCP** en los primeros 30 días después de su primera cita con su PCP. Después de eso, puede cambiarlo una vez cada seis meses sin una causa, o más a menudo si tiene un buen motivo. También puede cambiar su obstetra/ginecólogo o un especialista a quien lo haya referido su PCP.
- Si su **proveedor abandona Empire**, le informaremos en un plazo de 15 días desde cuando nos enteramos de esto. Si lo desea, podrá ver a ese proveedor **si** tiene más de tres meses de embarazo o si está recibiendo tratamiento actual para una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su doctor por hasta 60 días después del parto. Si está viendo a un doctor regularmente para una afección actual, puede continuar su curso de tratamiento presente por hasta 90 días. Su doctor debe estar de acuerdo en trabajar con el plan durante este tiempo.
Si alguna de estas condiciones le aplican, consulte con su PCP o llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

CÓMO RECIBIR CUIDADO DE LA SALUD REGULAR

- Cuidado de la salud regular significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo bien, darle consejos cuando los necesita y referirlo al hospital o especialistas cuando se necesite. Significa usted y su PCP trabajando juntos para mantenerlo bien o ver que usted reciba el cuidado que necesita.

De día o de noche, su PCP está a solo una llamada telefónica. Asegúrese de llamarlo siempre que tenga una pregunta o duda médica. Si llama después de horas laborales o durante los fines de semana, deje un mensaje y diga dónde o cómo lo puedan localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo más rápido posible. Recuerde, su PCP lo conoce a usted y conoce cómo funciona el plan de salud.

- Su cuidado debe ser **necesario por motivos médicos**. Los servicios que recibe deben ser necesarios:
 1. Para prevenir, o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento, o
 2. Para tratar con un peligro para su vida, o
 3. Para tratar con un problema que podría causar enfermedad, o
 4. Para tratar con algo que podría limitar sus actividades normales.
- Su PCP atenderá la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud, pero usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si no puede llegar a una cita, llame para informar a su PCP.
- Tan pronto elija un PCP, llame para hacer una primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP deberá saber tanto acerca de su historial médico como usted puede decirle. Haga una lista de su historial médico, cualquier problema que tenga ahora, cualquier medicamento que tome y las preguntas que desea hacer a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera visita debe ser en un plazo de tres meses después de ingresar al plan.
- **Si necesita cuidado antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicar su preocupación. Él o ella puede darle una cita más temprano. Pero aún debe mantener la primera cita para hablar sobre su historial médico y realizar preguntas.
- Use la siguiente lista como una **guía de citas para ver nuestros límites sobre cuánto tiempo puede tener que esperar después de su solicitud de una cita**:
 - Exámenes físicos de referencia y de rutina para adultos: dentro de 12 semanas
 - Cuidado urgente: dentro de 24 horas
 - Visitas por enfermedad no urgente: dentro de 3 días
 - Cuidado preventivo de rutina: dentro de 4 semanas
 - Primera visita prenatal: dentro de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, y 1 semana durante el tercero)
 - Primera visita de recién nacido: dentro de 2 semanas después del alta hospitalaria
 - Primera visita de planificación familiar: dentro de 2 semanas
 - Visita de seguimiento después de visita de salud mental/abuso de sustancias en sala de emergencias u hospitalización: 5 días
 - Visita no urgente de salud mental o abuso de sustancias: 2 semanas.
- Si necesita medicamentos, su PCP o especialista utilizarán la lista (también llamada “formulario”) de medicamentos preferidos de Empire para recetarle medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es un listado de los medicamentos que usted y su proveedor pueden elegir, que son seguros, eficaces y económicos. Si desea conocer los medicamentos que se encuentran en esta lista, llame a Servicios al Miembro de Empire para solicitar una copia o acceda a su sitio web, www.empireblue.com/ny. Algunos medicamentos de la lista de medicamentos preferidos, al igual que otros medicamentos que no están en la lista, requieren una autorización previa antes de que Empire los cubra. Si Empire deniega la autorización previa para el medicamento, usted tendrá derecho a presentar una apelación.

CÓMO OBTENER CUIDADO ESPECIALIZADO Y REFERIDOS

- Si necesita cuidado que su PCP no puede darle, él o ella lo REFERIRÁN a un especialista que sí pueda. Si su PCP lo refiere a otro proveedor, pagaremos por su cuidado. La mayoría de estos especialistas son proveedores de Empire. Hable con su PCP para estar seguro de cómo funcionan los referidos.
- Si piensa que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si usted necesita ver a un especialista distinto.
- Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe pedir a Empire que apruebe *antes* de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá decirle cuáles son. Si está teniendo problemas para obtener un referido que piensa que necesita, contacte a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda darle el cuidado que necesita, le conseguiremos el cuidado que necesita de parte de un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina **referido fuera de la red**. Su PCP o proveedor del plan deben solicitar la aprobación de Empire *antes* de que usted reciba un referido fuera de la red. Si su PCP o un proveedor del plan lo refieren a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable por ningún costo excepto los copagos según se describen en este manual.
- Su PCP puede obtener una autorización previa para servicios con proveedores fuera de la red llamando al 1-800-450-8753. Los plazos de tiempo para revisión se pueden encontrar en la sección "Autorizaciones de servicio" de este manual.
- Es posible que a veces no aprobemos un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en Empire que puede atenderlo. Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o la experiencia adecuadas para tratarlo, puede pedirnos que comprobemos si su referido fuera de la red es necesario por motivos médicos. Tendrá que solicitar una **apelación del plan**. Vea la sección "Apelaciones del plan" en este manual, para saber cómo hacerlo.
- Es probable que a veces no aprobemos un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque solicitó un cuidado que no es muy diferente al que puede obtener de un proveedor de Empire. Puede pedir que verifiquemos si su referido fuera de la red para el tratamiento que desea es necesario por motivos médicos. Tendrá que solicitar una apelación del plan. Vea la sección "Apelaciones del plan" en este manual, para saber cómo hacerlo. Vea la página 40 para obtener más información sobre las apelaciones externas.
- Si necesita ver a un especialista para cuidado continuo, su PCP debe poder referirlo para un número específico de visitas o un periodo de tiempo (un **referido permanente**). Si tiene un referido permanente, no necesitará un nuevo referido para cada vez que necesite cuidado.

- Si tiene una enfermedad a largo plazo o una enfermedad discapacitante que empeora con el tiempo, su PCP debe poder arreglar:
 - Que su especialista actúe como su PCP; o
 - Un referido a un centro de cuidado especializado que se ocupa del tratamiento de su enfermedad.

También puede llamar a Servicios al Miembro por ayuda para obtener acceso a un centro de cuidado especializado.

RECIBA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UN REFERIDO

Cuidado de la salud de mujeres

No necesita un referido de su PCP para ver a uno de nuestros proveedores si:

- Está embarazada,
- Necesita servicios de obstetricia/ginecología,
- Necesita servicios de planificación familiar,
- Desea ver a una partera,
- Necesita hacerse un examen de mamas o pélvico.

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: consejería sobre el control de la natalidad, recetas de medicamentos para el control de la natalidad, condones de hombre y de mujer, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante sus visitas para estas cosas, también puede hacerse análisis para infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.
- No *necesita un referido* de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede *usar su tarjeta de identificación de Empire* para ver a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el directorio de proveedores del plan o llame a Servicios al Miembro por ayuda para encontrar un proveedor.
- O, puede *usar su tarjeta de Medicaid* si desea ir a un doctor o clínica fuera de nuestro plan. Pregunte a su PCP o llame a Servicios al Miembro para acceder a la lista de lugares a los que ir para recibir estos servicios. También puede llamar a la Línea directa de Growing Up Healthy del Estado de New York (1-800-522-5006) para los nombres de proveedores de planificación familiar cerca de usted.

Exámenes de detección de VIH e ITS

Todos deben saber si tienen VIH o no. Los exámenes de detección de VIH y de infecciones de transmisión sexual son parte de su cuidado de la salud regular.

- Puede recibir pruebas de VIH o ITS en cualquier visita a un consultorio o clínica.
- Puede recibir pruebas de VIH o ITS en cualquier momento que tenga servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su PCP (proveedor de cuidado primario). Solo tiene que hacer una cita con un proveedor de planificación familiar. Si desea una prueba de VIH o ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede proveerla o arreglarla.
- O, si prefiere no ver a uno de nuestros proveedores, puede usar su tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de Empire. Si necesita ayuda para

encontrar ya sea un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame a Servicios al Miembro.

- Todos deben hablar con su doctor sobre una prueba de VIH. Para recibir una prueba de VIH o recibir una prueba anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados se obtienen mientras espera. El proveedor que le realice la prueba le explicará los resultados y programará cuidado de seguimiento, de ser necesario. Usted también aprenderá a proteger a su pareja. Si la prueba es negativa, podemos ayudarlo a mantenerse sano.

Cuidado de la vista

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un dispensador oftálmico e incluyen un examen de la vista y un par de anteojos, de ser necesario. Por lo general, puede recibirlos una vez cada dos años, o más seguido si es necesario por motivos médicos. Los inscritos con un diagnóstico de diabetes pueden auto referirse para un examen de ojo dilatado (retina) una vez en cualquier periodo de 12 meses. Solo tiene que elegir uno de nuestros proveedores participantes.

Nuevos anteojos, con marcos aprobados por Medicaid, son provistos por lo general una vez cada dos años. Nuevos lentes pueden ser pedidos más seguidos, si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, pueden ser reparados. Los anteojos perdidos o rotos que no pueden ser reparados, serán reemplazados con la misma receta y estilo de marcos. Si necesita ver a un especialista de los ojos para cuidado de una enfermedad o defecto de los ojos, su PCP lo referirá.

Salud del comportamiento – (salud mental y uso de sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener los servicios de salud mental y para el abuso de drogas o sustancias que pueda necesitar. Si en algún momento usted piensa que necesita ayuda con salud mental o uso de sustancias, puede ver a proveedores de salud del comportamiento de nuestra red para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como servicios de clínica y de desintoxicación. No necesita un referido de su PCP.

Cesación de fumar

Puede obtener medicamentos, suministros y consejería, si desea recibir ayuda para dejar de fumar. No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y considera que necesita ayuda con la depresión, puede recibir un examen de detección para ver qué servicios puede necesitar. No necesita un referido de su PCP. Puede recibir un examen de detección para depresión durante su embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para emergencias.

Una emergencia significa una condición médica o del comportamiento:

- Que ocurre de repente, y
- Tiene dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tema que alguien sufrirá daño grave a partes o funciones corporales o desfiguración grave sin cuidado inmediatamente.

Ejemplos de una emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor severo en el pecho
- Hemorragia que no para o una quemadura grave
- Huesos fracturados
- Problemas para respirar, convulsiones o pérdida de conocimiento
- Cuando siente que podría lastimarse usted o a otras personas
- Si está embarazada y tiene señales como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

Ejemplos de **no emergencias** son: resfriados, dolor de garganta, dolor estomacal, cortadas y magulladuras o músculos distendidos.

Las no emergencias también pueden ser problemas familiares, una separación, o querer consumir alcohol u otras drogas. Estas pueden parecer emergencias, pero no son motivo para ir a la sala de emergencias.

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

Si piensa que tiene una **emergencia**, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de su plan o de su PCP antes de recibir cuidado de emergencia y no se requiere que use nuestros hospitales o doctores.

- **Si no está seguro, llame a su PCP o a Empire.**
Diga a la persona con quien habla lo que está sucediendo. Su PCP o un representante de Servicios al Miembro harán lo siguiente:
 - Decirle lo que debe hacer en casa,
 - Decirle que vaya al consultorio del PCP, o
 - Decirle que vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Si está **fuera del área** cuando tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde

No necesita aprobación previa para servicios de emergencia. Use la sala de emergencias **solo** si tiene una **Emergencia**.

La Sala de emergencias NO debe ser usada para problemas como resfriados, dolores de garganta o infecciones del oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Cuidado urgente

Puede tener una lesión o una enfermedad que no sean de emergencia pero que aún necesitan cuidado rápido.

- Esto podría ser un niño con un dolor de oídos que se levanta en medio de la noche y no para de llorar
- Esto podría ser un resfriado o si necesita sutura
- Podría ser un tobillo dislocado o una astilla grande que no pueda quitar

Puede conseguir una cita para una visita de cuidado urgente para el mismo día o al día siguiente. Ya sea que esté en casa o fuera de ella, llame a su PCP en cualquier momento de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al 1-800-300-8181 (TTY 711). Diga a la persona que contesta lo que está sucediendo. Ellos le dirán lo que debe hacer.

Cuidado fuera de Estados Unidos

Si viaja fuera de Estados Unidos, solo puede recibir cuidado urgente y de emergencia en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita cuidado médico mientras está en otro país (incluyendo Canadá y México), tendrá que pagar por el mismo.

DESEAMOS MANTENERLO SANO

Además de los chequeos regulares y las vacunas que usted y su familia necesitan, estas son otras formas de mantenerlo con buena salud:

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Cuidado y nutrición prenatal
- Apoyo para duelo/pérdida
- Amamantamiento y cuidado del bebé
- Control del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Consejería y entrenamiento de auto control de diabetes
- Consejería y entrenamiento de auto control del asma
- Exámenes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección contra las ITS
- Servicios de violencia doméstica

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) o acceda a nuestro sitio web, www.empireblue.com/ny, para obtener más información y consultar la lista de próximas clases.

CONTROL DE ENFERMEDADES

Un programa de control de enfermedades (DM) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Empire, estamos para ayudarlo a que conozca aún más su salud, teniéndolo en cuenta a usted y a sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros certificados, llamados administradores de casos de DM, que lo ayudarán a controlar mejor su afección o problema de salud. Puede elegir participar de un programa DM sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar de un programa de control de enfermedades para obtener cuidado de la salud y servicios de apoyo si tiene alguna de las siguientes afecciones:

HIV/SIDA	Hipertensión
Asma	Trastorno depresivo grave (adultos)
Trastorno por abuso de sustancias	Trastorno depresivo grave (niños y adolescentes)
Trastorno bipolar	Esquizofrenia
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	Arteriopatía coronaria (CAD)
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	Diabetes

Cómo funciona

Si elige participar de uno de nuestros programas DM, su administrador de casos del programa hará lo siguiente:

- Lo ayudará a establecer metas de salud y a elaborar un plan para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales.
- Controlará su progreso.
- Le brindará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores en su localidad.
- Responderá preguntas acerca de su afección o del plan de tratamiento (que incluye maneras de controlar los problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca acerca de su afección y de su salud y bienestar generales.
- Coordinará su cuidado con sus proveedores de cuidado de la salud; por ejemplo:
 - Programará citas.
 - Lo ayudará a asistir a las visitas con el proveedor de cuidado de la salud.
 - Lo referirá a especialistas dentro de nuestro plan de salud, si fuera necesario.
 - Conseguirá los equipos médicos que usted necesite.
- Le ofrecerá herramientas y materiales educativos para controlar su peso y dejar de fumar y consumir tabaco.

Nuestro equipo de DM y su proveedor de cuidado primario (PCP) lo ayudarán con sus necesidades de cuidado de la salud.

Cómo unirse

Si califica, le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM. O bien, llámenos a la línea gratuita 1-888-830-4300 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora local.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Conectarlo con un administrador de casos de DM para comenzar.
- Hacerle algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzar a trabajar con usted para elaborar su plan o el de su hijo.

También puede enviarnos un correo electrónico a dmsself-referral@empireblue.com.

Los correos electrónicos son, por lo general, seguros; sin embargo, existe el riesgo de que terceros puedan acceder a ellos sin que usted lo sepa. Si opta por enviar su información por correo electrónico, reconoce y comprende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede cancelar la suscripción al programa (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita 1-888-830-4300 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora local. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En caso de emergencia, llame al 911.

Control de enfermedades

Línea gratuita: 1-888-830-4300 (TTY 711)

De lunes a viernes

8:30 a.m. a 5:30 p.m. (hora local)

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario normal de atención:

Llame a la 24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24/7):

Las 24 horas, todos los días

1-800-300-8181 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades de los programas de control de enfermedades:

Si se inscribe en un programa de control de enfermedades, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información detallada sobre nosotros, que incluye lo siguiente:
 - Programas y servicios que proporcionamos.
 - Nuestro personal y sus aptitudes (competencias o formación).

- Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Optar por dejar de recibir los servicios del programa DM.
- Conocer quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.
- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud con sus proveedores de cuidado de la salud.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el control de enfermedades (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan de salud) y analizarlas con los proveedores de cuidado de la salud responsables.
- Hacer que sus datos personales e información médica se mantengan de forma confidencial.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Obtener información clara y fácil de comprender.
- Presentar reclamos ante Empire llamando a la línea gratuita 1-888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora local; y:
 - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamos.
 - Saber cuánto tiempo tiene Empire para responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
 - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de control de enfermedades.

Usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de cuidados que usted y su administrador de casos de DM acordaron.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Informarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado de la salud si decide cancelar la suscripción al programa (dejar de participar en el programa).

Los programas de control de enfermedades no comercializan productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. Tampoco poseen ni lucran con compañías externas por los productos y servicios que ofrecemos.

Portal SEGURO del miembro: se incluye para futuros usos si/cuando la funcionalidad está disponible

Puede iniciar sesión en su cuenta segura, o registrarse en www.empireblue.com/ny, para solicitar la participación en un programa DM. Para registrarse, necesitará su número de identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Desde su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro a Control de enfermedades para solicitar la inscripción en el programa.

PARTE II SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual es para su información cuando la necesite. Lista los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene un reclamo, el manual le dice lo que debe hacer. El manual tiene otra información que usted puede encontrar de utilidad. Conserve este manual a la mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

El cuidado administrado de Medicaid provee una serie de servicios que usted recibe además de aquellos que recibe con Medicaid regular. Empire proveerá u organizará la mayoría de los servicios que vaya a necesitar. Sin embargo, puede recibir unos cuantos servicios sin acudir a su PCP. Estos incluyen cuidado de emergencia, planificación familiar/consejería y pruebas de VIH y servicios específicos de autoreferido, incluyendo aquellos que puede recibir dentro de Empire y algunos que puede elegir ir a cualquier proveedor del servicio de Medicaid. Llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios listados a continuación.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EMPIRE

Debe recibir estos servicios de los proveedores que están en Empire. Todos los servicios deben ser necesarios por motivos médicos o clínicos y proporcionados o referidos por su PCP (proveedor de cuidado primario). Llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios listados a continuación.

Cuidado médico regular

- Visitas al consultorio de su PCP
- Referidos a especialistas
- Exámenes de la vista/audición

Cuidado preventivo

- Cuidado de bebé sano
- Cuidado de niño sano
- Chequeos regulares
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta la niñez
- Acceso a servicios de Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) para inscritos desde el nacimiento hasta los 21 años de edad
- Consejería para dejar de fumar
- Acceso a agujas y jeringas gratuitas
- Consejería para dejar de fumar
- Educación sobre el VIH y reducción del riesgo

Cuidado de maternidad

- Cuidado para el embarazo
- Servicios de doctores/partera y hospital
- Cuidado del recién nacido
- Examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Cuidado de la salud en el hogar

- Debe ser necesario por motivos médicos y coordinado por Empire
- Una visita postparto de salud en el hogar necesaria por motivos médicos, visitas adicionales según sea necesario por motivos médicos para mujeres de alto riesgo
- Por lo menos 2 visitas para infantes de alto riesgo (recién nacidos)
- Otras visitas de cuidado de la salud en el hogar según sean necesarias y ordenadas por su PCP/especialista

Servicios de cuidado personal/asistente en el hogar/asistencia personal dirigida por el cliente (CDPAS)

- Debe ser necesario por motivos médicos y coordinado por Empire.
- Cuidado personal/asistente en el hogar – Ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse y ayuda para preparar comidas y limpiar.
- CDPAS – Ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, ayuda para preparar comidas y limpiar, además de asistencia de salud en el hogar y tareas de enfermería. Esto es proporcionado por un ayudante elegido y dirigido por usted.
- Si desea más información, contáctese al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS)

- Esto es algo que usted usa en caso de tener una emergencia.
- Para calificar y recibir este servicio, debe estar recibiendo servicios de cuidado personal/asistente en el hogar o CDPAS.

Servicios de cuidado de adultos durante el día

- Deben ser recomendados por su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Proporciona educación para la salud, nutrición, enfermería y servicios sociales, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de referidos para el cuidado dental y otras especialidades

Servicios de cuidado de la salud de adultos durante el día para SIDA

- Deben ser recomendados por su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Proporcionan cuidado médico y de enfermería general, servicios de apoyo para el uso de sustancias, servicios de apoyo para salud mental, servicios de nutrición, además de socialización, actividades recreativas y de promoción del bienestar/de la salud

Terapia para la tuberculosis

- Esta es ayuda para tomar sus medicamentos para la tuberculosis y cuidado de seguimiento

Cuidado de hospicio

- El hospicio ayuda a los pacientes y familiares con sus necesidades especiales que vienen durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte.
- Debe ser necesario por motivos médicos y coordinado por Empire
- Proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que estén enfermos y esperen vivir un año o menos
- Puede obtener estos servicios en su hogar o en un hospital o centro de enfermería

Los niños menores de veintiún (21) años que están recibiendo servicios de hospicio también pueden recibir servicios curativos necesarios por motivos médicos y cuidado paliativo. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Cuidado dental

Empire piensa que proporcionarle un buen cuidado dental es importante para su cuidado de la salud en general. Ofrecemos cuidado dental a través de un contrato con LIBERTY Dental, experto en proveer servicios dentales de alta calidad; o a través de contratos con dentistas individuales que son expertos en proveer servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para chequear cualquier cambio o anomalía que pueda necesitar tratamiento y/o cuidado de seguimiento para usted. *¡No necesita un referido de su PCP para ver a un dentista!*

Cómo obtener servicios dentales:

Una vez se inscriba en Empire, recibirá una carta de nuestro departamento de Servicios al Miembro informándole que es hora de elegir su dentista de cuidado primario (PCD). Debe elegir un PCD en un plazo de 30 días desde la fecha de esta carta, o elegiremos uno por usted.

Si necesita encontrar un dentista o cambiar su dentista, llame a LIBERTY Dental al 1-833-276-0847, o llame al 1-800-300-8181 (TTY 711). Hay representantes de servicio al cliente para ayudarle. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con servicios de interpretación telefónica.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental separada. Cuando visite a su dentista, debe mostrar su tarjeta de identificación del plan.

También puede ir a una clínica dental que sea operada por un centro dental académico sin un referido. Los planes ya sea deben listar los centros dentales académicos dentro de un radio de treinta (30) millas o incluir un número de línea gratuita 1-800-300-8181 (TTY 711) para que los miembros puedan llamar.

Cuidado de ortodoncia

Empire cubrirá frenos para niños hasta los 21 años de edad que tengan problemas graves con sus dientes, tales como que no puede masticar los alimentos debido a dientes gravemente torcidos, paladar hendido o labios leporinos.

Cuidado de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista y cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de lentes perdidos o destruidos, incluyendo reparaciones, cuando sea necesario por motivos médicos. Los ojos artificiales están cubiertos según sean ordenados por un proveedor del plan.
- Exámenes de la vista, por lo general cada dos años, a menos que sean necesarios por motivos médicos más de seguido
- Anteojos (nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años, o más seguido si es necesario por motivos médicos)
- Examen de poca visión y ayudas para la vista ordenadas por su doctor
- Referidos a especialista para enfermedades o defectos de los ojos

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros diabéticos
- Agentes para cesación del uso de tabaco, incluyendo productos OTC
- Baterías para prótesis auditivas
- Contraceptivos de emergencia (6 por año calendario)
- Algunos suministros médicos y quirúrgicos

Se puede requerir un copago de farmacia para algunas personas, para algunos medicamentos y artículos farmacéuticos. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Clientes menores de 21 años de edad.
- Clientes que estén embarazadas. Las embarazadas están exentas durante el embarazo y por los dos meses después del mes en que cual termina el embarazo.
- Clientes en un Programa de Exención de Servicios de Base Domiciliaria y Comunitaria (HCBS) OMH u OPWDD.
- Clientes en un programa DOH HCBS Exención DOH HCBS para personas con lesión cerebral traumática (TBI).
- Medicamentos y suministros para planificación familiar, como píldoras para control de natalidad y condones de hombre y de mujer.
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y tuberculosis.

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

- Hay un copago para cada nueva receta y cada reabastecimiento
- Si tiene un copago, usted es responsable por un máximo de \$200 por año calendario
- Si se transfirió de planes durante el año calendario, conserve sus recibos como prueba de sus copagos, o puede solicitar prueba de copagos pagados de su farmacia. Deberá darle una copia a su nuevo plan.
- Ciertos medicamentos pueden requerir que su doctor obtenga autorización previa de nuestra parte antes de escribir su receta. Su doctor puede trabajar con Empire para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Aprenda más sobre autorización previa más adelante en este manual.
- Usted tiene una opción sobre dónde abastece sus recetas. Puede ir a cualquier Farmacia que participa con nuestro plan o puede abastecer sus recetas usando una farmacia de pedido por correo. Para más información sobre sus opciones, póngase en contacto con Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), o busque una farmacia que participe en nuestro plan, en el sitio web para los miembros, www.empireblue.com/ny.

Cuidado hospitalario

- Cuidado en internación
- Cuidado ambulatorio
- Laboratorios, radiografías, otros análisis

Cuidado de emergencia

- Los servicios de cuidado de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de haber recibido cuidado de emergencia, puede necesitar otro cuidado para asegurarse de que permanezca en condición estable. Dependiendo de su necesidad, puede ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto en hospitalización o en otro entorno. Esto se denomina **servicios de posestabilización**.
- Para más información acerca de servicios de emergencia, vea la sección “Emergencias” de este manual

Cuidado especializado

Incluye los servicios de otros profesionales, incluyendo:

- Terapeutas ocupacionales y del habla – Limitado a veinte (20) visitas por terapia por año calendario, excepto para niños menores de 21 años, o si la Office for People with Developmental Disabilities ha determinado que usted tiene una discapacidad del desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.
- Fisioterapeutas: servicios limitados a cuarenta (40) visitas por terapia por año calendario, excepto para menores de 21 años, para quienes la Office for People with Developmental Disabilities considera que padecen una discapacidad del desarrollo o para quienes han sufrido un traumatismo craneoencefálico.
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podiatras si fuera necesario por motivos médicos

Cuidado de centro de cuidado de la salud residencial (asilo de ancianos)

- Incluye cuidado a corto plazo o rehabilitación, estadías y cuidado a largo plazo;
- Debe ser ordenado por un médico y autorizarse por Empire;
- Los servicios de asilo de ancianos cubiertos incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, asistencia con el diario vivir, terapia física, terapia ocupaciones y patología del habla-lenguaje.

Si necesita colocación a largo plazo en un centro de enfermería, su departamento local de servicios sociales debe determinar si cumple con ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. Empire y el centro de enfermería pueden ayudarlo con la solicitud.

Debe recibir este cuidado de un centro de enfermería que esté en la red de proveedores de Empire. Si elige un centro de enfermería fuera de nuestra red, quizás tenga que transferirse a otro plan. Llame a New York Medicaid Choice, al 1-800-505-5678, para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de centros de enfermería y redes del plan.

Llame al 1-800-300-8181 (TTY 711) para obtener ayuda para encontrar un centro de enfermería en su red.

Children's Home and Community Based Services (Servicios en el hogar y en la comunidad para niños)

El Estado de New York cubre servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) para niños conforme al programa Children's Waiver. A partir del **1.º de octubre de 2019**, Empire cubrirá Children's HCBS para los miembros que participen en el programa Children's Waiver y proporcionará administración de cuidados para estos servicios.

Children's HCBS ofrece servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de todos los niños y jóvenes. HCBS se proporciona donde los niños/jóvenes y sus familias están más cómodos y les brinda apoyo mientras trabajan para alcanzar sus metas y logros.

¿Quién puede obtener Children's HCBS?

Children's HCBS es para niños y jóvenes que:

- Necesitan cuidado y apoyo adicionales para quedarse en casa/en la comunidad.
- Tienen necesidades complejas de salud, desarrollo o salud del comportamiento.
- Quieren evitar ir al hospital o a un centro de cuidado a largo plazo.
- Son elegibles para HCBS y participan en Children's Waiver.

Los miembros menores de 21 años podrán recibir estos servicios de su plan de salud:

- Recuperación de habilidades en la comunidad
- Servicios diurnos de recuperación de habilidades
- Asistencia y servicios para cuidadores/familiares
- Capacitación y apoyo para autodefensa en la comunidad
- Servicios prevocacionales (debe tener 14 años o más)

- Empleo con apoyo (debe tener 14 años o más)
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo en caso de crisis)
- Cuidados paliativos
- Modificaciones del entorno
- Modificaciones en vehículos
- Equipos de adaptación y de asistencia
- Servicios y capacitación de apoyo de pares jóvenes
- Intervención en caso de crisis

Los niños/jóvenes que participen en Children's Waiver deben recibir administración de cuidados. La administración de cuidados le brinda una persona que puede ayudarlo a buscar y obtener los servicios adecuados para usted.

- Si recibe administración de cuidados de una Health Home Care Management Agency (CMA), puede quedarse con su CMA. Empire trabajará con su CMA para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Si recibe administración de cuidados del Children and Youth Evaluation Service (C-YES), a partir del 1.º de octubre de 2019, Empire trabajará con C-YES para brindarle su administración de cuidados.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Servicios para la infertilidad

Si no puede quedar embarazada, Empire cubre servicios que pueden ser de ayuda.

A partir del **1.º de octubre de 2019**, Empire cubrirá algunos medicamentos para tratar la infertilidad. Este beneficio tendrá un límite de cobertura de tres ciclos de tratamiento de por vida.

Empire también cubrirá servicios relacionados con las recetas y la supervisión del uso de estos medicamentos. El beneficio para tratar la infertilidad incluye lo siguiente:

- Consultas.
- Radiografías del útero y de las trompas de Falopio.
- Ecografías pélvicas.
- Análisis de sangre.

Elegibilidad

Puede ser elegible para recibir los servicios para la infertilidad si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada tras 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada tras seis meses de relaciones sexuales regulares y sin protección.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

CUIDADO DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO

El cuidado de la salud del comportamiento incluye tratamientos y servicios de rehabilitación para el cuidado de la salud mental y para el abuso de sustancias (alcohol y drogas). Todos nuestros miembros tienen acceso a los servicios que los ayudarán con la salud emocional o con los problemas de abuso de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

Cuidado de la salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Tratamiento clínico continuo en el día
- Tratamiento de salud mental en internación y ambulatorio
- Cuidado hospitalario parcial
- Servicios de rehabilitación si usted está en un hogar comunitario o en tratamiento de base familiar
- Tratamiento continuo en el día
- Servicios personalizados orientados a recuperación
- Servicios de tratamiento comunitario asertivo
- Consejería individual y grupal
- Servicios de intervención de crisis

Servicios para el trastorno por el uso de sustancias

- Tratamiento en internación y ambulatorio para el trastorno por el uso de sustancias (alcohol y drogas)
- Servicios de desintoxicación en internación
- Tratamiento de opioide, incluso para el mantenimiento de metadona
- Tratamiento residencial de trastorno por el uso de sustancias
- Servicios ambulatorios de tratamiento para el uso de alcohol y drogas Servicios de desintoxicación

Transporte de emergencia

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Otros servicios cubiertos

- Equipos médicos duraderos (DME)/prótesis auditivas/prótesis/órtesis
- Servicios ordenados por la corte
- Manejo de caso
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Servicios de un podiatra si fuera necesario por motivos médicos

A partir del 1.º de julio de 2019, los miembros menores de 21 años podrán recibir los siguientes servicios:

- Clínica para pacientes ambulatorios de la Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS) (en el hospital)
- Programas de rehabilitación para pacientes ambulatorios de la OASAS (en el hospital)
- Servicios del Opioid Treatment Program de la OASAS (en el hospital)
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados por dependencia de sustancias químicas de la OASAS
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento
- Servicios de apoyo y tratamiento para familias y niños (CFTSS), que incluyen lo siguiente:
 - Otros profesionales autorizados (OLP)
 - Rehabilitación psicosocial (PSR)
 - Servicios de apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST)
 - Servicios de apoyo de pares para familias
- Servicios para pacientes ambulatorios de la Office of Mental Health (OMH)
- Tratamiento asertivo en la comunidad (ACT)
- Tratamiento diurno continuo
- Servicios orientados a la recuperación personalizada (PROS)
- Hospitalización parcial
- Servicios de psiquiatría
- Servicios psicológicos
- Comprehensive Psychiatric Emergency Program (CPEP), incluidas camas de observación prolongada
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados

Empire cubrirá estos servicios para todos los niños y jóvenes elegibles menores de 21 años, incluidos aquellos que:

- Tengan ingreso de seguridad suplementario (SSI)
- Tengan ingreso federal de Seguro Social (SSI)
- Hayan recibido una certificación de discapacidad luego de una revisión de discapacidad médica del Estado de New York

SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIENTO PARA NIÑOS Y FAMILIARES

Utilice su tarjeta de beneficios de Empire para obtener servicios de apoyo y tratamiento para niños y familiares. Estos servicios incluyen:

- **Otros profesionales autorizados (OLP).** Este beneficio le permite recibir terapia individual, grupal o familiar donde se sienta más cómodo.
- **Rehabilitación psicosocial (PSR).** Este beneficio le ayuda a volver a aprender habilidades para ayudarlo en su comunidad. Este servicio se llamaba “Desarrollo de habilidades”.

- **Servicios de apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST).** Este beneficio lo ayuda a quedarse en su casa y comunicarse mejor con familiares, amigos y otras personas. Este servicio se denominaba “Servicios intensivos en el hogar”, “Administración y capacitación para evitar crisis” o “Servicios y apoyos intensivos en el hogar”.

Si usted es menor de 21 años y tiene estado de discapacidad del seguro de seguridad social federal o el Estado de New York ha determinado que tiene seguridad social relacionada con el seguro, utilice su tarjeta de Medicaid del estado para obtener los Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familiares.

SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Si necesita ayuda relacionada con trastornos por consumo de sustancias, los Servicios de reducción de daños pueden ofrecerle un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar. Empire cubre servicios que pueden ayudarle a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen:

- Un plan de cuidados elaborado por una persona con experiencia en trabajar con consumidores de sustancias.
- Asesoramiento de apoyo individual para la consecución de los objetivos.
- Asesoramiento de apoyo grupal en un entorno seguro para hablar con otras personas acerca de los problemas que afectan su salud y bienestar.
- Asesoramiento para asistirlo con la toma de los medicamentos recetados y continuar con el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarlo a comprender mejor el consumo de sustancias y a identificar las técnicas y habilidades que le resulten útiles.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

BENEFICIOS QUE PUEDE RECIBIR DE EMPIRE O CON SU TARJETA DE MEDICAID

Para algunos servicios, puede elegir dónde recibir el cuidado. Puede recibir estos servicios usando su tarjeta de membresía de Empire. También puede acudir a proveedores que aceptarán su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Planificación familiar

Puede acudir a cualquier doctor o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier forma, no necesita un referido de su PCP.

Usted puede obtener medicamentos para el control de la natalidad, dispositivos para el control de la natalidad (DIU y diafragmas) que estén disponibles con una receta médica, además de contraceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, cuidado prenatal y servicios

de aborto. También puede ver a un proveedor de planificación familiar por pruebas o tratamiento para el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), y consejería relacionada con los resultados de las pruebas. También se incluyen exámenes de detección de cáncer y otras condiciones relacionadas en las visitas de planificación familiar.

Exámenes de detección de VIH e ITS

Puede obtener este servicio en cualquier momento de parte de su PCP o de doctores en nuestro plan. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede acudir a cualquier doctor o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita un referido cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todos deben hablar con su doctor sobre una prueba de VIH. Para acceder a una prueba gratuita de VIH o recibir una prueba anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis

Puede elegir ir a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para diagnóstico y/o tratamiento. No necesita un referido para ir a la agencia de salud pública del condado.

BENEFICIOS USANDO SOLO SU TARJETA DE MEDICAID

Hay algunos servicios que Empire no proporciona. Puede recibir estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Transporte

Si vive en la Ciudad de New York o Putnam, el transporte médico de emergencia y/o el que no sea de emergencia estará cubierto por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services (MAS) al 1-800-850-5340. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS por lo menos 3 días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (por ejemplo, AB12345C), fecha y hora de la cita, dirección a dónde va y el doctor al que verá. El transporte médico que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, bus, taxi, ambulette y transporte público.

Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, debe llamar al 911.

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de coordinación de servicio de Medicaid (MSC)
- Servicios recibidos bajo la exención de servicios de base domiciliaria y comunitaria
- Servicios de exención de modelo médico (cuidado en casa)

SERVICIOS NO CUBIERTOS

*Estos servicios **no están disponibles** de parte de Empire o Medicaid. Si recibe alguno de estos servicios, puede tener que pagar la factura.*

- Cirugía cosmética si no es necesaria por motivos médicos
- Artículos personales y de confort
- Servicios de un proveedor que no sea parte de Empire, a menos que sea un proveedor al que se le permita acudir según se describe en cualquier otro lugar en este manual, o Empire o su PCP lo envíen a ese proveedor.
- Servicios para los cuales necesita un referido (aprobación) por anticipado y usted no lo recibe.

Usted puede tener que pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. O, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente de “pago privado” o “auto pago”, tendrá que pagar por el servicio. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (listados anteriormente),
- Servicios no autorizados,
- Servicios provistos por proveedores que no son parte de nuestra red.

SI RECIBE UNA FACTURA

Si recibe una factura de un tratamiento o servicio que no considera que debe pagar, no la ignore. Llame a Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711) de inmediato. Empire puede ayudarlo a entender por qué puede haber recibido una factura. Usted no es responsable de realizar pagos, nos comunicaremos con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema por usted.

Tiene derecho a pedir una audiencia imparcial, si considera que se le pide que pague algo que Medicaid o Empire debería cubrir. Vea la sección Apelación imparcial más adelante en este manual.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

Autorización previa

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedir esto. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted los reciba:

- Algunas cirugías ambulatorias
- Quimioterapia
- Diálisis
- Equipos médicos duraderos
- Evaluación y terapia de la hormona del crecimiento
- Prótesis auditivas digitales
- Cuidado en el hogar
- Oxigenoterapia hiperbárica

- Servicios en internación
- Litotricia
- Transporte en ala fija que no sea de emergencia
- Servicios obstétricos (excepto servicios de planificación familiar)
- Equipo de oxígeno – terapia respiratoria
- Prótesis y ortótica
- Algunos medicamentos
- Evaluación de trasplante

Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Para solicitar la aprobación para estos tratamientos o servicios, debe pedirle a su doctor que llame al Departamento de Administración Médica de Empire, al 1-800-450-8753. De ser necesario, su doctor puede llamar para pedir una aprobación después de horas laborales y en fines de semana llamando a este número.

También necesitará obtener autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más del cuidado. Esto se conoce como **revisión concurrente**.

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

El plan de salud tiene un equipo de revisión para estar seguros de que reciba los servicios que prometemos. Verificamos que el servicio que solicita esté cubierto por su plan de salud. En el equipo de revisión hay doctores y enfermeras. Su trabajo es asegurar que el tratamiento o servicio que solicitó sea necesario por motivos médicos y apropiado para usted. Esto lo hacen comparando su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto que sea menor al solicitado. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de cuidado de la salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es necesario por motivos médicos, la decisión será tomada por un revisor clínico colega, quien podrá ser un doctor o un profesional de cuidado de la salud que típicamente proporciona el cuidado que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, conocidos como **critérios de revisión clínica**, que usamos para tomar decisiones relacionadas con necesidades médicas.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos de acuerdo con un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su doctor pueden pedir una revisión acelerada si piensan que una demora ocasionará un grave daño a su salud. Si su solicitud para una revisión acelerada es denegada, le informaremos y su caso será manejado de acuerdo con el proceso de revisión estándar.

Realizaremos su revisión de forma expeditiva en los siguientes casos:

- Una demora pondrá en grave riesgo su salud, vida o capacidad de mantener las funciones;
- Su proveedor indica que la revisión debe hacerse con mayor rapidez;
- Usted solicita más servicios del tipo que recibe ahora.

En todos los casos, revisaremos su solicitud lo más rápido que su condición médica lo requiera, pero no después de lo mencionado a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor tanto por teléfono como por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le informaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para apelaciones o audiencias imparciales si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Vea también las secciones Apelaciones del plan y Audiencia imparcial más adelante en este manual).

Períodos de tiempo para solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días laborales después de tener toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras en un plazo no mayor a 14 días después que recibimos su solicitud. Al 14.º día le informaremos si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 72 horas. En un plazo de 72 horas, le informaremos si necesitamos más información.

Períodos de tiempo para solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laboral después de tener toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras en un plazo no mayor a 14 días después que recibimos su solicitud. Al 14.º día le informaremos si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión en un plazo de un día laboral desde cuando tengamos toda la información que necesitamos. Tendrá noticias nuestras a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. En el plazo de un día laboral, le indicaremos si necesitamos más información.

Periodos de tiempo especiales para otras solicitudes:

- Si usted está en el hospital o acaba de salir del mismo y pide cuidado de la salud en el hogar, tomaremos una decisión en el plazo de 72 horas de su solicitud.
- Si está recibiendo tratamiento en hospital por trastorno por abuso de sustancias y solicita más servicios al menos 24 horas antes de ser dado de alta, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas de su solicitud.
- Si usted solicita servicios de salud mental o por trastorno por abuso de sustancias que pueden estar relacionados con la comparecencia en un tribunal, tomaremos una decisión en el plazo de 72 horas de su solicitud.
- Si usted solicita medicamentos recetados como paciente ambulatorio, tomaremos una decisión en el plazo de 24 horas de su solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que nosotros requerimos que usted primero intente con otro medicamento, antes de aprobar el medicamento que solicita. Si solicita aprobación para ignorar un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas para medicamentos recetados a pacientes ambulatorios. En el caso de otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días de presentada su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar ya sea una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su solicitud de servicio:

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita. Si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.

- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711) o escribiendo a:

Health Care Management Services
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
9 Pine Street, 14th Floor
New York, NY 10005

Usted o su representante puede presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el New York State Department of Health llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos antes de la fecha que nuestro tiempo para revisión ha expirado. Pero si por alguna razón, no tiene noticias nuestras para esa fecha, es lo mismo que si le negáramos su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para ignorar un protocolo de terapia escalonada a tiempo, su solicitud se aprobará.

Si cree que nuestra decisión de rechazar su solicitud de autorización de servicios es incorrecta, tiene derecho a presentar una apelación del plan ante nosotros. Vea la sección Apelaciones del plan más adelante en este manual.

OTRAS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

Algunas veces, haremos una revisión concurrente sobre el cuidado que está recibiendo para ver si todavía lo necesita. Podremos también revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se conoce como **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Periodos de tiempo para otras decisiones sobre su cuidado:

- En la mayoría de los casos, si tomamos una decisión para reducir, suspender o cancelar un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo ahora, le debemos informar por lo menos 10 días antes de que cambiemos el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar una decisión sobre los servicios y apoyos a largo plazo, como cuidado en el hogar, cuidado personal, CDPAS, cuidado de la salud de adultos durante el día, y cuidado en un centro de enfermería.
- Si estamos revisando el cuidado que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago en un plazo de 30 días después de recibir toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si negamos el pago por un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que el pago es denegado. Estas notificaciones

no son facturas. **No tendrá que pagar por ningún cuidado recibido que estaba cubierto por el plan o por Medicaid aun si posteriormente denegamos el pago al proveedor.**

CÓMO PAGAMOS A NUESTROS PROVEEDORES

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún arreglo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar su utilización de servicios de cuidado de la salud. Puede llamar a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), si tiene dudas específicas. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga en una o más de las siguientes formas:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente tengan un **salario**. El número de pacientes que ven no afecta esto.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un honorario establecido cada mes por paciente para los cuales son su PCP. El honorario permanece igual ya sea que el paciente necesite una visita o muchas, o incluso ninguna en absoluto. Esto se llama **capitación**.
- Algunas veces los proveedores reciben un honorario establecido por cada persona en su lista de pacientes, pero algo de dinero (tal vez 10%) puede ser retenido para un fondo de **incentivos**. Al final del año, este fondo es usado para premiar a los PCP que han cumplido los estándares para pago adicional que fueron establecidos por el plan.
- Los proveedores también pueden recibir un **pago por servicio**. Esto significa que reciben un honorario acordado con el plan por cada servicio que provean.

USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar pólizas que den mejor servicio a nuestros miembros. Si tiene ideas, háganos saber sobre ellas. Tal vez querrá trabajar con una de nuestras juntas o comités consultivos de miembros. Llame a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), para saber cómo puede ayudar.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Esta es información que puede recibir al llamar a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711):

- Una lista de nombres, direcciones y títulos de la Junta Directiva, Oficiales, Partes Controladoras, Dueños y Socios de Empire
- Una copia de los estados financieros/estados de situación, resúmenes de ingresos y gastos más recientes
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente
- Información del Department of Financial Services con respecto a reclamos de consumidores sobre Empire
- Cómo mantenemos en privacidad sus registros médicos e información de miembro
- Por escrito, le diremos cómo comprobamos la calidad de cuidado para nuestros miembros
- Le diremos con cuáles hospitales trabajan nuestros proveedores de salud
- Si lo pide por escrito, le diremos los lineamientos que usamos para revisar afecciones o enfermedades que están cubiertas por Empire

- Si lo pide por escrito, le diremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de cuidado de la salud puede solicitar ser parte de Empire
- Si lo pide por escrito, le diremos: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo a médicos que afectan el uso de servicios de referido, y, de ser así, 2) información sobre el tipo de arreglos de incentivos usados, y 3) si para médicos y grupos de médicos se proporciona protección para detener pérdidas
- Información sobre cómo está organizada nuestra compañía y cómo funciona

MANTÉNGANOS INFORMADOS

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) cuando ocurran los siguientes cambios en su vida:

- Usted cambie su nombre, dirección o número telefónico
- Tenga un cambio en elegibilidad para Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Haya un cambio en el seguro para usted o sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, verifique con el Department of Social Services de su localidad. *Quizás* pueda inscribirse en otro programa.

CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea abandonar el plan

Puede probarnos por 90 días. Puede abandonar Empire e ingresar a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Sin embargo, si no abandona durante los primeros 90 días, debe permanecer en Empire por nueve meses más, *a menos que* tenga un buen motivo (buena causa).

Algunos ejemplos de buena causa incluyen:

- Nuestro plan de salud no cumple los requisitos del Estado de New York y los miembros son perjudicados por esto.
- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el LDSS todos acuerdan que la cancelación de la inscripción es mejor para usted.
- Está o queda exento o excluido de cuidado administrado.
- No ofrecemos un servicio de cuidado administrado de Medicaid que puede recibir de otro plan de salud en su área.
- Necesita un servicio que está relacionado con un beneficio que hemos elegido no cubrir y recibir el servicio por separado podría poner su vida en riesgo.
- No hemos podido proveerle servicios según lo requerido bajo nuestro contrato con el Estado.

Para cambiar de plan:

- También puede llamar al personal de cuidado administrado en el Department of Social Services de su localidad.
- Llame a New York Medicaid Choice, al 1-800-505-5678. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan de salud.

Puede transferirse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en cuidado administrado, tendrá que elegir otro plan médico.

Puede tomar entre dos y seis semanas para procesar, dependiendo de cuándo se recibe su solicitud. Recibirá una notificación de que el cambio entrará en vigencia a partir de cierta fecha. Empire le proveerá el cuidado que necesite hasta entonces.

Puede pedir una acción más rápida si piensa que el tiempo del proceso regular causará daño adicional a su salud. También puede pedir una acción más rápida si ha reclamado porque no está de acuerdo con la inscripción. Solo tiene que llamar al Department of Social Services de su localidad o a New York Medicaid Choice.

2. Podría quedar inelegible para Medicaid Managed Care

- Usted o su hijo pueden tener que salirse de Empire si alguno de los dos:
 - Se muda fuera del condado o área de servicio,
 - Se cambia a otro plan de cuidado administrado,
 - Ingresa a una HMO u otro plan de seguro a través del trabajo,
 - Va a prisión,
 - Pierde su elegibilidad.
- Su hijo puede tener que salirse de Empire o cambiar de plan si:
 - Ingresa a un programa para niños físicamente discapacitados, o
 - Es colocado en cuidado tutelar por una agencia que tiene un contrato para proporcionar ese servicio para el Department of Social Services local, incluyendo todos los niños en cuidado tutelar en la Ciudad de New York, o
 - Es colocado en cuidado tutelar por el Department of Social Services local en un área que no esté atendida por el plan actual de su hijo.
- **Si debe abandonar Empire o pierde su elegibilidad para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluso el cuidado que reciba en su hogar.** Llame de inmediato a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 si esto sucede.

3. Podemos pedirle que abandone Empire

También puede perder su membresía en Empire, si a menudo:

- Se rehúsa a trabajar con su PCP con respecto a su cuidado,
- No cumple las citas,
- Va a la sala de emergencias para cuidado que no es de emergencia,
- No sigue las reglas de Empire,

- No llena formularios con honestidad o no da información cierta (comete fraude),
- Causa abuso o daño a miembros, proveedores o personal del plan,
- Actúa en formas que nos dificultan hacer nuestro mejor esfuerzo por usted y otros miembros aun después de que hemos tratado de arreglar los problemas.

APELACIONES DEL PLAN

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso está descrito anteriormente en este manual. La notificación de la decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como **determinación adversa inicial**.

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su cuidado, hay pasos que puede tomar.

Su proveedor puede pedir reconsideración:

Si tomamos una decisión sobre que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o investigativa y no hablamos con su doctor sobre esto, su doctor podrá pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en un plazo de un día laboral.

Puede presentar una apelación del plan:

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicios es equivocada, puede solicitarnos que revisemos su caso nuevamente. Esto se llama **apelación del plan**.

- Usted tiene **60 días calendario** a partir de la fecha de la determinación inicial adversa para solicitar una apelación del plan.
- Puede llamar a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), si necesita ayuda para solicitar una apelación del plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial debido a una discapacidad de la audición o de la vista, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación del plan, o alguien más, como un familiar, amigo, doctor o abogado, puede solicitarla en su nombre. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración donde se diga que usted desea que esa persona lo represente.
- No lo trataremos en forma diferente ni actuaremos de mala manera con usted por el hecho de que solicite una apelación del plan.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:

Si decidimos reducir, suspender o cancelar los servicios que está recibiendo en este momento, podrá continuar los servicios mientras espera que se decida su apelación del plan. **Debe solicitar la apelación del plan en los siguientes momentos:**

- **En un plazo de 10 días después de haber sido informado que su cuidado va a cambiar.**
- **O bien, antes de la fecha programada para que tenga lugar el cambio en los servicios, la que sea posterior.**

Si su apelación del plan resulta en otra denegación, podrá tener que pagar por el costo de cualquier beneficio continuo que recibió.

Puede llamarnos o escribirnos para solicitar una apelación del plan. Cuando solicite una apelación del plan, o poco después, tendrá que brindarnos los siguientes datos:

- Su nombre y dirección
- Su número de inscripción
- Servicio que solicita y las razones para la apelación
- Cualquier información que quiera que revisemos, como el historial médico, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio.
- Toda información específica que dijimos que necesitábamos en la notificación de la determinación inicial adversa.
- Para ayudarlo a preparar su apelación del plan, puede solicitar que se le permita ver las pautas, el historial médico y los demás documentos que utilizamos para hacer la determinación inicial adversa. Si su apelación del plan se realiza de forma expeditiva, es posible que haya poco tiempo para que nos proporcione la información que desea que nosotros revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratis si llama al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Bríndenos información y material por teléfono, fax, correo o en persona:

Teléfono.....1-800-300-8181 (TTY 711)

Fax.....1-866-495-8716

Correo postal.....P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466-2429

En persona.....9 Pine St. New York, NY 10005

Si solicita una apelación del plan por teléfono, a menos que se realice de forma expeditiva, también debe enviarnos su apelación del plan por escrito.

Si solicita un proveedor o servicio fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no difiere mucho de un servicio que puede prestar un proveedor participante, usted puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es necesario por motivos médicos. Deberá pedirle a su doctor que envíe la siguiente información con su apelación del plan:
 - 1) Una declaración por escrito de su doctor que indique que el servicio fuera de la red es muy diferente al servicio que el plan puede prestar a través de un proveedor

- participante. Su doctor debe estar certificado por una junta médica o ser un especialista elegible por la junta médica que trate a personas que necesiten el servicio que está pidiendo.
- 2) Dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que está pidiendo es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede prestar a través de un proveedor participante.

Si su doctor no envía esta información, aun así revisaremos su apelación del plan. Sin embargo, es probable que no sea elegible para una apelación externa. Vea la sección Apelaciones externas más adelante en este manual.

- Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o la experiencia adecuadas para brindar el servicio, puede pedirnos que comprobemos si su referido a un proveedor fuera de la red es necesario por motivos médicos. Deberá pedirle a su doctor que envíe la siguiente información con su apelación:
 - 1) Una declaración por escrito que indique que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
 - 2) Que recomiende un proveedor fuera de la red con la capacitación y la experiencia adecuadas, y que pueda brindar el servicio.

Su doctor debe estar certificado por una junta médica o ser un especialista elegible por la junta médica que trate a personas que necesiten el servicio que está pidiendo. Si su doctor no envía esta información, aun así revisaremos su apelación del plan. Sin embargo, es probable que no sea elegible para una apelación externa. Vea la sección Apelaciones externas más adelante en este manual.

¿Qué sucede después de que recibimos su apelación del plan?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación del plan.
- Le enviaremos una copia gratis del historial médico y de cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación del plan se realiza de forma expeditiva, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información que será usada para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 1-800-300-8181 (TTY 711) si no está seguro de qué información darnos.
- Las apelaciones del plan de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de cuidado de la salud calificados quienes no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno será un revisor clínico colega.
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. La notificación de la decisión sobre la apelación del plan de denegar su solicitud o aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como una **determinación adversa definitiva**.
- **Si cree que nuestra determinación adversa definitiva es equivocada:**
 - Puede solicitar una audiencia imparcial. Vea la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

- Con respecto a algunas decisiones, podrá pedir una apelación externa. Vea la sección Apelaciones externas de este manual.
- Puede presentar un reclamo al New York State Department of Health, al 1-800-206-8125.

Periodos de tiempo para apelaciones del plan:

- **Apelaciones del plan estándares:** Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario, a partir de su solicitud de apelación del plan.
- **Apelaciones del plan aceleradas:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones relativas a la apelación del plan acelerada se tomarán en el plazo de 2 días laborales de su apelación del plan, pero antes de las 72 horas de su solicitud de apelación del plan.
 - En un plazo de 72 horas, le informaremos si necesitamos más información.
 - Si su solicitud fue denegada cuando pidió más tratamiento en hospital por trastorno de abuso de sustancias al menos 24 horas antes de que le dieran el alta del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente enviaremos una notificación escrita.

Su apelación del plan será revisada de acuerdo con el proceso acelerado:

- Si usted o su doctor piden que su apelación del plan sea revisada según el proceso acelerado. Su doctor tendría que explicar cómo un retraso causará perjuicio a su salud. Si su solicitud acelerada es denegada, le informaremos, y su apelación del plan será revisada de acuerdo con el proceso estándar; ○
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo el cuidado que está recibiendo ahora o necesita extender un servicio que ha sido proporcionado; ○
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió cuidado de la salud en el hogar después de que estuvo en el hospital; ○
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió más tratamiento en hospital por trastorno de abuso de sustancias al menos 24 horas antes de que le dieran el alta del hospital.

Si necesitamos más información para tomar ya sea una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su apelación del plan:

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita. Si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.
- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio.
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información.

Usted o su representante también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711) o por escrito.

Usted o su representante puede presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación del plan. Usted o alguien de su

confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el New York State Department of Health llamando al 1-800-206-8125.

Si no recibe una respuesta a su apelación del plan o no tomamos una decisión a tiempo, incluidas extensiones, puede solicitar una audiencia imparcial. Vea la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación del plan a tiempo y decimos que el servicio que usted solicita tiene las siguientes características: 1) no es necesario por motivos médicos; 2) es experimental o de investigación; 3) no difiere del cuidado que recibe en la red del plan; o 4) puede brindarlo un proveedor participante que cuenta con la capacidad y la experiencia correspondientes para satisfacer sus necesidades, la denegación original se revertirá. Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Apelaciones externas

Tiene otros derechos de apelación si dijimos lo siguiente acerca del servicio que solicita:

- 1) No era necesario por motivos médicos;
- 2) Era experimental o investigativo;
- 3) No era diferente del cuidado que usted puede obtener en la red del plan; o
- 4) Estaba disponible de parte de un proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Con respecto a este tipo de decisiones, puede pedir al Estado de New York una **apelación externa** independiente. Esto se conoce como apelación externa porque es decidida por revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de pedir una apelación externa:

- Debe presentar una apelación del plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan; o
- Si no ha recibido el servicio y pide una apelación del plan acelerada, puede pedir una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su doctor tendrá que decir que una apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y el plan podrán acordar omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a una apelación externa; o
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación del plan.

Tiene **4 meses** después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar una apelación externa en un plazo de 4 meses después de que hizo ese acuerdo.

Para pedir una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Department of Financial Services. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus doctores tendrán que proporcionar la información sobre su problema médico. La solicitud para apelación externa dice qué información se necesitará.

Estas son algunas formas para obtener una solicitud:

- Llamar al Department of Financial Services, 1-800-400-8882.
- Ir al sitio web del Department of Financial Services en www.dfs.ny.gov.
- Ponerse en contacto con el plan de salud, al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Su apelación externa será decidida en 30 días. Podrá ser necesario más tiempo (hasta cinco días laborales) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Usted y el plan serán informados sobre la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su doctor dice que un retraso causará perjuicio grave a su salud, o
- Está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el cuidado hospitalario es denegado por el plan.

Esto se conoce como una **apelación externa acelerada**. El revisor de apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos.

Si usted pidió tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias en internación por lo menos 24 horas antes de que fuera a abandonar el hospital, continuaremos pagando por su estadía si:

- Usted pide una apelación del plan acelerada en un plazo de 24 horas, Y
- Usted pide una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Continuaremos pagando por su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación del plan acelerada en un plazo de 24 horas. La apelación externa acelerada será decidida en 72 horas.

El revisor de apelación externa le informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta informándole la decisión.

Si solicita una apelación del plan y recibe una determinación adversa definitiva donde se rechaza, se reduce, se suspende o se interrumpe su servicio, usted puede solicitar una audiencia imparcial. Podrá solicitar una audiencia imparcial o pedir una apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la audiencia imparcial será la que cuente.

Audiencias imparciales

Podrá solicitar una audiencia imparcial del Estado de New York si:

- No está satisfecho con una decisión tomada por el Department of Social Services de su localidad o el State Department of Health sobre su permanencia o salida de Empire.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de intento de restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial en un plazo de 10 días de la notificación de intento de restricción o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta la decisión de la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde en la audiencia imparcial, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está satisfecho con una decisión de que su doctor no ordenaría servicios que usted deseaba. Siente que la decisión del doctor suspende o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar un reclamo ante Empire. Si Empire está de acuerdo con su doctor, puede pedir una apelación del plan. Si recibe una determinación adversa definitiva, tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial ante el estado.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos acerca de su cuidado. Siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Usted no está satisfecho con nuestra decisión de:
 - Reducir, suspender o interrumpir el cuidado que recibía; o
 - Denegar el cuidado que quería; o
 - Denegar el pago del cuidado que recibió; o
 - No le permitimos cuestionar el monto de un copago, otro monto que debe o un pago que hizo para el cuidado de su salud.

Debe solicitar primero una apelación del plan y recibir una determinación adversa definitiva. Tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación del plan y recibe una determinación adversa definitiva que reduce, suspende o interrumpe el cuidado que recibe ahora, puede continuar recibiendo los servicios que pidió su doctor mientras espera que se tome una decisión sobre su audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva o cuando la acción entre en vigencia, la que sea posterior. Sin embargo, si elige pedir que los servicios sean continuados y pierde en la audiencia imparcial, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Solicitó una apelación del plan, y el tiempo para que decidamos sobre su apelación del plan se acabó, incluida cualquier extensión. Si no recibe una respuesta a su apelación del plan o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que recibe del oficial de la audiencia imparcial será definitiva.

Puede usar una de las siguientes formas para solicitar una audiencia imparcial:

- Por teléfono – llame a la línea gratuita al 1-800-342-3334

- Por fax – 518-473-6735
- Por internet – www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo – NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó Empire, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencias**. Esta es información que usamos para tomar nuestra decisión sobre su cuidado. El plan le dará esta información al oficial de audiencias para explicar nuestra acción. Si no hay suficiente tiempo para enviárselo por correo, llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia para usted. Si no recibe su paquete de evidencias la semana anterior a la audiencia, puede llamar al 1-800-MCO-PLAN y pedirlo.

Recuerde, puede hacer un reclamo en cualquier momento al New York State Department of Health llamando al 1-800-206-8125.

PROCESO DE RECLAMO

Reclamos:

Esperamos que nuestro plan de salud lo atienda bien. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con su cuidado o los servicios, puede presentar un reclamo ante el plan. Los problemas que no se resuelvan inmediatamente y cualquier reclamo que venga por correo serán manejados de acuerdo con nuestro procedimiento para reclamos descrito a continuación.

Puede llamar a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), si necesita ayuda para presentar un reclamo o para seguir los pasos del proceso de reclamo. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial debido a una discapacidad de la audición o de la vista, o si necesita servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo.

También tiene derecho a comunicarse con el New York State Department of Health sobre su reclamo, al 1-800-206-8125, o escribir a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

También puede ponerse en contacto con el Department of Social Services de su localidad con respecto a su reclamo en cualquier momento. Puede llamar al New York State Department of Financial Services, al 1-800-342-3736, si su reclamo involucra un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo ante nuestro plan:

Puede presentar un reclamo, u otra persona, como un familiar, amigo, doctor o abogado, puede hacerlo en su nombre. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración donde se diga que usted desea que esa persona lo represente.

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este. Si nos llama después de horas laborales, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos.

Puede escribirnos para hacernos saber su reclamo o llamar al 1-800-300-8181 (TTY 711) y solicitar un formulario de reclamo. Este debe ser enviado por correo a:

Medical Appeals
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Qué pasa después:

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su reclamo
- Cómo ponerse en contacto con esta persona
- Si necesitamos más información

También puede proporcionar información que será usada para revisar su reclamo en persona o por escrito. Llame a Servicios al Miembro, al 1-800-300-8181 (TTY 711), si no está seguro de qué información darnos.

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de cuidado de la salud calificados.

Después que revisamos su reclamo:

- Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en un plazo no mayor a 60 días después de la fecha en que recibimos su reclamo. Le escribiremos e informaremos las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en un plazo no mayor a 7 días después de la fecha en que recibimos su reclamo. Lo llamaremos para informarle nuestra decisión o trataremos de comunicarnos con usted para informarle. Recibirá una carta para dar seguimiento a nuestra comunicación en 3 días laborales.
- Se le informará cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho, e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo debido a que no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta informándole.

Apelaciones de reclamo:

Si está en desacuerdo con una decisión que hemos tomado sobre su reclamo, puede presentar una **apelación de reclamo** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de reclamo:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación de reclamo;
- Puede hacer esto usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de reclamo en su nombre;
- La apelación de reclamo se debe hacer por escrito. Si hace una apelación de reclamo por teléfono, debe ser seguida de una apelación por escrito. Después que llame, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario de vuelta.

¿Qué sucede después de que recibimos su apelación de reclamo?

Después de que recibamos su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación de reclamo
- Cómo ponerse en contacto con esta persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de reclamo será revisada por una o más personas calificadas en un nivel más alto que el de aquellos que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación de reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de salud calificados, con al menos un revisor clínico colega, que no estaban involucrados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, sabrá nuestra decisión en 30 días laborales. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en 2 días laborales después que tenemos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el New York State Department of Health llamando al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de Empire, usted tiene derecho a:

- Recibir cuidado con respeto, sin importar el estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad de origen, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que le digan dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de Empire.
- Que su PCP le diga lo que está mal, qué puede hacerse para ayudarlo y cuál será el resultado probable en un lenguaje que usted entienda.

- Obtener una segunda opinión sobre su cuidado.
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento o plan para su cuidado después que dicho plan le haya sido explicado en su totalidad.
- Rechazar cuidado y que le digan qué puede estar arriesgando si lo hace.
- Obtener una copia de su registro médico y hablar sobre el mismo con su PCP y pedir, de ser necesario, que su registro médico sea enmendado o corregido.
- Estar seguro que su registro médico sea privado y no será compartido con nadie excepto según lo requiera la ley, el contrato o con su aprobación.
- Usar el sistema de reclamos de Empire para resolver cualquier reclamo, o puede reclamar ante el New York State Department of Health o el Department of Social Services de su localidad en cualquier momento en que sienta que no fue tratado justamente.
- Usar el sistema estatal de audiencia imparcial.
- Nombrar a alguien (pariente, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre si no puede hablar por usted mismo sobre su cuidado y tratamiento.
- Recibir cuidado considerado y respetuoso en un entorno limpio y seguro libre de restricciones innecesarias.
- Obtener información sobre Empire, nuestros servicios, políticas, procedimientos y doctores.
- Recibir información sobre sus derechos y obligaciones, y hacer sugerencias al respecto.
- Conocer todas las opciones de tratamiento disponibles, sin importar lo que cubren sus beneficios o cuál es el costo.
- Trabajar con su doctor para mejorar su salud.
- Ser notificado si se produce algún cambio en estos temas.

Sus responsabilidades

Como miembro de Empire, usted acepta:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona su sistema de cuidado de la salud.
- Escuchar consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado de la salud con el respeto que espera para usted mismo.
- Decirnos si tiene problemas con cualquier miembro del personal de cuidado de la salud. Llamar a Servicios al Miembro.
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar, llame lo más pronto posible.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, aun si es después de horas laborales.
- Proporcionar a su doctor información correcta sobre su salud.
- Hacer preguntas para que pueda entender sus afecciones médicas u opciones de tratamiento.
- Hablar con su doctor sobre el tratamiento y seguir las instrucciones de cuidado.

Evaluación de nueva tecnología

Empire se mantiene actualizado con los cambios tecnológicos para verificar si deberían formar parte de los beneficios de nuestros planes. Nuestro director médico y los doctores de nuestros planes evalúan los nuevos avances médicos o cambios tecnológicos en los siguientes rubros:

- Salud del comportamiento.
- Dispositivos.
- Tratamientos médicos.
- Medicamentos recetados.

También consideran hallazgos científicos para determinar si estos nuevos avances y tratamientos médicos:

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Puede llegar el día en que no pueda decidir sobre su propio cuidado de la salud. Al planificar anticipadamente, puede coordinar ahora para que sus deseos se puedan realizar. Primero, permita que la familia, amigos y su doctor conozcan qué clases de tratamiento desea o no desea. Segundo, puede nombrar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otros cercanos a usted para que sepan lo que desea. Tercero, es mejor si coloca sus pensamientos por escrito. Los documentos listados a continuación pueden ayudar. No tiene que usar a un abogado, pero podrá desear hablar con uno sobre esto. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender u obtener estos documentos. Ellos no cambian su derecho a beneficios de cuidado de la salud de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

Apoderado de cuidado de la salud

Con este documento, nombra a otro adulto de su confianza (usualmente un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si no es capaz de hacerlo. Si hace esto, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

CPR y DNR

Usted tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reiniciar su corazón o pulmones si su respiración o circulación se detienen. Si no desea tratamiento especial, incluyendo resucitación cardiopulmonar (CPR), debe hacer que sus deseos se conozcan por escrito. Su PCP proporcionará una orden de DNR (No resucitación) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario DNR para llevarlo consigo y/o usar un brazalete que permitirá que cualquier proveedor médico de emergencia sepa acerca de sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta tamaño cartera dirá que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para permitir que otros sepan si y cómo desea donar sus órganos.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Servicio	Número telefónico
Su PCP	
Servicios al Miembro de Empire	1-800-300-8181
Servicios al Miembro TTY/TDD	711
24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24/7)	1-800-300-8181
Administración de la Calidad (Reclamos y Apelaciones)	1-800-300-8181
Su sala de emergencias más cercana	
Department of Health (Reclamos) del Estado de New York	1 800-206-8125
Human Resources Administration (HRA)	1-718-557-1399
Department of Social Services (LDSS) del Condado de Putnam	1-845-225-7040
Department of Social Services (LDSS) de la Ciudad de New York	1-877-472-8411
New York Medicaid Choice	1-800-505-5678
Buscar una farmacia	1-800-300-8181
Otros proveedores de salud	



An Anthem Company

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha efectiva original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de esta notificación.

Lea con atención esta notificación. Esta le informa quién puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener seguro este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Esto significa que si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid, el Essential Plan y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aceptar y pagar por su cuidado de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
 - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:
 - Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden

- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite www.empireblue.com/ny para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos — o la ley dice que tenemos que — usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Dar información a compensación de trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.

- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en esta notificación.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a algunas otras direcciones o enviarla en una forma diferente del correo regular si lo pide por razones que tienen sentido, tal como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Podemos ponernos en contacto con usted

Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “No llamar”.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a **1-800-300-8181 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si tiene un reclamo?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios al Miembro o ponerse en contacto con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted reclama.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
 U.S. Department of Health and Human Services
 Jacob Javits Federal Building
 26 Federal Plaza, Suite 3312
 New York, NY 10278
 Teléfono: 1-800-368-1019
 TDD: 1-800-537-7697
 Fax: 1-212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicamos en el sitio web en **www.empireblue.com/ny**.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia de Medicaid del estado, el Essential Plan y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en esta notificación.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre la salud
- Informar a los doctores acerca de sus necesidades de idioma
- Proporcionar servicios de traductor

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Doctores
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

www.empireblue.com/ny

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus es el nombre comercial de HealthPlus HP, LLC, licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Revisada el 20 de noviembre de 2017

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Empire** no excluye a nadie ni trata a nadie de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Empire ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudar a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, formato de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Empire** al 1-800-300-8181. Para servicios TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **Empire** no le ha prestado estos servicios o le ofreció un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante **Empire** por los siguientes medios:

Correo: 9 Pine St., 14th Floor New York, NY 10005
Teléfono: 1-800-300-8181 (TTY 711)
Fax: 1-866-495-8716
En persona: 9 Pine St., 14th Floor New York, NY 10005

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por los siguientes medios:

Web: Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

<p>ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>English</p>
<p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Spanish</p>
<p>注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-300-8181 (TTY 711)。</p>	<p>Chinese</p>
<p>ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (TTY 711) (رقم هاتف الصم والبكم. 1-800-300-8181)</p>	<p>Arabic</p>
<p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-300-8181 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Korean</p>
<p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-300-8181 (телетайп: TTY 711).</p>	<p>Russian</p>
<p>ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Italian</p>
<p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>French</p>
<p>ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>French Creole</p>
<p>אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט (TTY 711) 1-800-300-8181.</p>	<p>Yiddish</p>
<p>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Polish</p>
<p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Tagalog</p>
<p>লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১- 1-800-300-8181 (TTY 711)।</p>	<p>Bengali</p>
<p>KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Albanian</p>
<p>ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-300-8181 (TTY 711).</p>	<p>Greek</p>
<p>خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-300-8181 (TTY 711)۔</p>	<p>Urdu</p>

