



MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

MEDICAID MEMBER HANDBOOK

1-877-SHP-6789

WWW.SUFFOLKHEALTHPLAN.COM

1-877-SHP-6789

www.suffolkhealthplan.com

BIENVENIDO al programa Medicaid de atención médica administrada de SHP

Nos satisface que usted haya elegido a SHP. Queremos asegurarnos de que usted tenga un buen comienzo como nuevo miembro. A fin de conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos todas las preguntas que tenga o solicitar ayuda mediante una cita. Si necesita comunicarse con nosotros antes de que nos pongamos en contacto con usted, simplemente llámenos al 1-877-SHP-6789.

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Seguramente usted ha visto o ha oído hablar sobre los cambios en la atención médica. En la actualidad, mucha gente percibe los beneficios de salud mediante la atención médica administrada. Muchos condados del Estado de Nueva York, incluida la Ciudad de Nueva York, ofrecen a sus clientes la posibilidad de adquirir planes de atención médica administrada. En algunos condados, los consumidores de Medicaid deben incorporarse a un plan de atención médica. Dichos condados poseen un programa obligatorio de atención médica administrada. Otros condados permiten que sus consumidores decidan si desean incorporarse a la atención médica administrada. Estos condados operan un programa voluntario de atención médica administrada de Medicaid. Sin embargo, ambos programas permiten que algunas personas continúen recibiendo atención médica mediante el Medicaid regular.
- Los miembros de SHP que viven en el condado de Suffolk se encuentran en un programa Obligatorio de atención médica administrada de Medicaid.
- SHP posee un contrato con el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York a fin de satisfacer las necesidades de atención médica de las personas que poseen Medicaid. A su vez, nosotros seleccionamos a un grupo de proveedores de atención médica para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otras instituciones de atención médica componen nuestra **red de proveedores. Usted encontrará una lista** en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores comuníquese al 1-877-SHP-6789 para obtener una copia.
- Cuando se haga miembro de SHP, uno de nuestros proveedores se ocupará de usted. La mayoría de las veces, esa persona será su PCP (Médico personal). Si necesita realizarse un estudio, consultar con un especialista o ir al hospital, su PCP realizará los arreglos correspondientes. Su PCP estará a su servicio todos los días durante el día y la noche. Si necesita comunicarse con él o ella luego del horario habitual de trabajo o los fines de semana, déjele un mensaje y sus datos de contacto. Su PCP se contactará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es la fuente principal en relación con la atención de su salud, en algunos casos,

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

usted se podrá autoremite a ciertos médicos para la obtención de algunos servicios. Vea la página 8 para obtener más detalles.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Ya sea que usted deba incorporarse a un plan de atención médica administrada o decida hacerlo, este manual le ayudará. Le informará cómo funciona su nuevo sistema de atención médica y cómo puede obtener el máximo beneficio de SHP. Este manual constituye su guía respecto de los servicios de atención médica. Le indica los pasos que debe realizar para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas le informarán lo que usted debe saber **inmediatamente**. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Úselo a modo de referencia o consúltelo por partes. Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o comuníquese con nuestra unidad de Servicios para los Miembros. También puede comunicarse con nuestra Línea de Ayuda CHOICE de Medicaid de Nueva York al 1-800-505-5678.

AYUDA DE LOS SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS

En los Servicios para los Miembros, hay alguien que puede ayudarlo:

Lunes – Viernes, 9:00 AM – 5:00 PM
1-877-SHP-6789 TDD/TTY: 1-800-662-1220

Si necesita ayuda en otro momento, comuníquese al 1-877-SHP-6789 y una operadora le brindará asistencia

- Puede llamar para solicitar ayuda **todas las veces que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para escoger o cambiar su Médico personal (PCP), para consultar sobre los beneficios y servicios, para recibir ayuda con los remitidos, para reemplazar una tarjeta de identificación (ID) perdida, para informarnos sobre el nacimiento de un(a) hijo(a) o para consultar sobre cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si usted está o quedara embarazada, su hijo formará parte de SHP el día de su nacimiento. Ello será así salvo que su hijo recién nacido se encuentre en un grupo que no pueda incorporarse a la atención médica administrada. Usted deberá comunicarse con nosotros y con su LDSS de inmediato si quedara embarazada para que la ayudemos a escoger un médico para que trate a su **hijo(a) recién nacido(a)** antes de su nacimiento.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** donde se explica nuestro plan de salud y la forma en que mejor podemos ayudarlo. Es una buena oportunidad para que usted haga preguntas y conozca otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para acordar el horario y el sitio que sea mejor para usted.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- **Si no habla inglés**, nosotros le podemos ayudar. Queremos que sepa cómo usar SHP, sin importar qué idioma hable. Simplemente llámenos y encontraremos la forma de comunicarnos con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de gente que le puede ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP (Médico personal) que pueda asistirle en su propio idioma.

- **Para las personas discapacitadas:** Si usa silla de rueda, es ciego o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda extra. Le diremos si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o si se encuentra equipado con dispositivos especiales de comunicación. Asimismo, tenemos los siguientes servicios:
 - Máquina TTY (nuestro número de teléfono TTY es 1-800-662-1220)
 - Información en letra grande
 - Administración de casos
 - Ayuda para concertar citas o llegar a ellas
 - Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DEL PLAN DE SALUD

Luego de su inscripción, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de SHP debe llegarle dentro de los 14 días posteriores a su fecha de iniciación. Su tarjeta contiene el nombre y el número de teléfono de su PCP (médico personal). También contendrá su número de identificación de cliente (CIN). Si tuviera algún problema, llámenos enseguida. Lleve consigo su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica. Si necesitara atención médica antes de que reciba su tarjeta, su carta de bienvenida servirá como prueba de que usted es miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. La necesitará para percibir los servicios que SHP no le cubra. Estos servicios incluyen los beneficios de farmacia.

PARTE I LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ESCOGER A SU PCP

- Probablemente usted ya haya seleccionado al PCP (Médico personal) que será su médico regular. Dicha persona podrá ser un médico o personal de enfermería profesional. **Si aún no ha escogido al PCP para usted y su familia, deberá hacerlo enseguida** Si usted no escoge a un médico dentro de los 30 días, escogeremos uno por usted. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o también usted puede escoger un PCP para que atienda a toda la familia. El pediatra atiende a los niños. Los médicos familiares atienden a toda la familia. Los doctores en medicina interna atienden a los adultos. Los Servicios para los Miembros pueden ayudarle a escoger a un PCP.
- Con este Manual, usted deberá tener un directorio de proveedores. Se trata de una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras instituciones que trabajan con SHP. Dicho listado contiene la dirección, el teléfono y la capacitación especial de los médicos. El directorio de proveedores le indicará cuáles son los médicos y proveedores que están aceptando nuevos pacientes. Usted deberá llamar a sus consultorios para asegurarse de que aceptan nuevos pacientes en el momento de su elección del PCP.

Probablemente, usted desea encontrar un médico:

- a quien ha consultado anteriormente,
 - que comprenda sus problemas de salud,
 - que acepte nuevos pacientes,
 - que pueda atenderlo en su propio idioma, o
 - al cual usted pueda llegar fácilmente.
- Las mujeres también podrán escoger uno de nuestros médicos OB/GYN para tratar los asuntos relacionados con la salud de las mujeres. Ellas no necesitan un remitido del PCP para consultar con un médico OB/GYN del plan. Podrán tener exámenes de rutina (dos veces por año), recibir atención médica de seguimiento si hubiera un problema y atención médica regular durante el embarazo.

También tenemos acuerdos con varias FQHC (Clínicas Federalmente Calificadas). Todas las FQHC brindan atención médica primaria y especial. Algunos clientes desean recibir la atención médica de las FQHC porque dichas clínicas tienen un largo historial en el vecindario. Además de cuidado primario y de la especialidad, FQHCs tienen servicios de asistencia, la gerencia del caso, y clases sociales para ayudarte a parar de fumar, diabetes del control, o perder el peso. Tenemos todos estos servicios también, pero si usted decide que quiere conseguir tu cuidado de un FQHC, usted puede disenroll de nuestro plan de la salud en cualquier momento. Para información llame a 1-877-SHP-6789.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

En casi todos los casos, su doctor será abastecedores de SHP. En algunos casos usted puede continuar viendo a su doctor que tenías antes de usted estar alistado en SHP, incluso si él o ella no trabaja con nuestro plan. Usted puedes continuar viendo a tu doctor si:

- Estuviera embarazada de más de 3 meses al incorporarse y estuviera recibiendo atención médica prenatal. En ese caso, usted podrá conservar a su médico hasta luego del parto y de la atención médica de seguimiento.
- En el momento de su incorporación, usted tiene una enfermedad mortal o una afección que empeora con el correr del tiempo. En ese caso, podrá solicitar continuar con su médico durante 60 días como máximo.

Sin embargo, en ambos casos su médico debe estar de acuerdo en trabajar con SHP.

- Si tiene enfermedades duraderas, como VIH/SIDA u otros problemas de salud a largo plazo, podrá **escoger un especialista que actuará como su PCP (médico personal)**. Para solicitarlo, su PCP deberá completar una Solicitud de Consentimiento Previo de SHP. El Director Médico de SHP revisará todas las solicitudes. SHP aprobará que un especialista actúe como PCP durante seis meses como máximo. En ese momento, SHP reevaluará la solicitud.
- Si fuera necesario, usted podrá **cambiar su PCP** dentro los primeros 30 días posteriores a la primera cita con su PCP. Luego de ello, usted podrá cambiarlo una vez cada seis meses, sin motivo alguno, o con mayor frecuencia si tuviera una razón válida. Usted también puede cambiar a su OB/GYN o el especialista al cual lo haya remitido su PCP.
- Si su **proveedor se fuera de SHP**, se lo informaremos dentro de los 15 días a partir del momento en que tomamos conocimiento de ello. Si así lo desea, usted podrá continuar consultando a dicho proveedor **si** estuviera embarazada de más de tres meses o si estuviera recibiendo un tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, podrá seguir atendiéndose con su médico durante un máximo de 60 días luego del parto. Si usted se atiende regularmente con un médico por una afección continua, podrá seguir con el curso actual del tratamiento durante un máximo de 90 días. Su médico deberá estar de acuerdo en trabajar con SHP durante dicho período.

Si alguna de estas condiciones se aplicara a su persona, consulte con su PCP o llame a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA REGULAR

- Atención médica regular se refiere a los exámenes, examinaciones de rutina, inyecciones u otros tratamientos destinados a mantener su buena salud, a asesorarle cuando lo necesite y a remitirlo al hospital o a los especialistas cuando lo necesite. Esto significa que usted y su PCP trabajan juntos para mantenerle sano o para verificar que usted esté recibiendo la atención que necesita. Durante el día o la noche,

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

su PCP está al alcance de un llamado telefónico. Asegúrese de llamarle cuando tenga una pregunta o una inquietud médica. Si llama después del horario de trabajo habitual o durante los fines de semana, deje un mensaje y sus datos de contacto o llame a SHP al 1-877-SHP-6789 y le ayudaremos a que encuentre a su PCP fuera del horario de trabajo o los fines de semana. Su PCP le contestará su llamado tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP lo conoce y conoce cómo funciona el plan de salud.

- Su atención deberá ser médicamente **necesaria**. Los servicios que reciba deberán ser necesarios:
 1. para prevenir o diagnosticar y corregir algo que podría causar un sufrimiento mayor, o
 2. para tratar un peligro de muerte, o
 3. para tratar un problema que podría causar alguna enfermedad, o
 4. para tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

- Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted deberá tener una cita para consultar a su PCP. Si alguna vez no pudiera asistir a una cita, llame a su PCP para avisarle. Si puede, prepárese para su primera cita. Tan pronto como escoja a un PCP, llámelo para concertar una primera cita. Su PCP necesitará conocer todo lo que usted pueda contarle sobre su historia médica. Haga una lista sobre sus antecedentes médicos, cualquier problemas que tenga en la actualidad y las preguntas que quiera hacerle a su PCP. En la mayoría de los casos, la primera cita se realiza dentro de los tres meses desde el momento de su incorporación a SHP.

- Si necesita atención médica antes de su primera cita, comuníquese al consultorio de su PCP para explicar el problema. Él o ella le concederá una cita más temprana. (Igualmente deberá asistir a su primera cita.)

- Use la siguiente lista como **guía sobre citas para conocer nuestros límites respecto del tiempo que puede esperar luego de haber solicitado una cita:**
 - examen médico inicial de adultos o exámenes físicos de rutina: dentro de las 12 semanas
 - atención médica urgente: dentro de las 24 horas
 - visitas por enfermedades sin urgencia: dentro de los 3 días
 - atención médica de rutina preventiva: dentro de las 4 semanas
 - primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1er. trimestre (2 semanas durante el 2do, 1 semana durante el 3ro.)
 - primera visita de recién nacido: dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalario
 - primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
 - visita de seguimiento luego de estar en ER por problemas mentales/abuso de drogas o visita para paciente hospitalizado: 5 días
 - visita sin urgencia por problemas mentales o abuso de drogas: 2 semanas

Por favor recuerde que usted tiene derecho a que lo atienda su propio PCP. Los médicos SHP de nuestras clínicas a veces trabajan en equipo. Pero igualmente usted siempre podrá visitar al PCP

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

que figura en su Tarjeta de identificación para las citas programadas si así lo desea. Por favor, comuníquese con los Servicios para los Miembros si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL Y REMITIDOS

- Si usted necesita cierta atención médica que su PCP no puede brindarle, éste le **REMITIRÁ** a un especialista que pueda hacerlo. Si su PCP le remite a otro médico, nosotros pagaremos dicha atención médica. La mayoría de estos especialistas son proveedores de SHP. Hable con su PCP para asegurarse de conocer la forma en que funcionan los remitidos. Si considera que el especialista no satisface sus necesidades, háblelo con su PCP. Este podrá ayudarle si usted necesita realizar una consulta con un especialista diferente. Hay algunos tratamientos y servicios respecto de los cuales su PCP deberá solicitar aprobación a SHP *antes* de que usted los reciba. Su PCP le informará cuáles son.
- Si no tuviéramos un especialista en Suffolk Health Plan que pueda brindarle la atención médica que necesita, le brindaremos dicha atención médica mediante un especialista externo a Suffolk Health Plan. Por favor, contáctese con su PCP para solicitar un especialista fuera de red si el Plan no tiene un especialista con la capacitación y la experiencia necesaria en nuestra red que satisfaga sus necesidades especiales de atención médica y, Suffolk Health Plan considerará su remitido a un proveedor adecuado externo a la red. Su PCP deberá presentar su solicitud y cualquier documentación médica de apoyo ante el Departamento de Asistencia Administrada en 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, North Carolina, 28217. El Director Médico de Suffolk Health Plan realizará una revisión para determinar si el servicio lo puede prestar un especialista de la Red de Proveedores de SHP. Las decisiones sobre las autorizaciones previas de atención médica especial fuera de red se toman dentro de los tres (3) días hábiles de la recepción de todo el material que se necesita para tomar la determinación. No habrá costo adicional alguno si le aprueban los servicios fuera de red. Si Suffolk Health Plan no aprueba la solicitud, el miembro podrá presentar una apelación. Por favor, vea la página 24 sobre los Procedimientos de Apelación.
Por favor, comuníquese con el Departamento de Asistencia Administrada de SHP al 1-800-250-5007 si tiene alguna pregunta.
- Si necesita realizar una consulta con un especialista respecto de una atención médica continua, su PCP podrá remitirlo por una cantidad específica de visitas o durante un período de tiempo (un **remitido permanente**). Para solicitarlo, su PCP deberá completar una Solicitud de Consentimiento Previo de SHP. El Director Médico de SHP revisará todas las solicitudes. Si tiene un remitido permanente, no necesitará un nuevo remitido cada vez que necesite atención médica.
- Si padece de una enfermedad a largo plazo o de una enfermedad que lo incapacite que empeora con el correr del tiempo, su PCP podrá arreglar lo siguiente:
 - que su especialista actúe como su PCP; o
 - un remitido a una clínica especial donde se realice el tratamiento que requiere su problema.

También puede comunicarse con los Servicios para los Miembros para solicitar ayuda respecto del acceso a la clínica especial.

OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE SHP SIN REMITIDO ALGUNO

Servicios para las mujeres

No necesita un remitido de su PCP para realizar una consulta con nuestros proveedores si:

- está embarazada,
- necesita los servicios OB/GYN,
- necesita los servicios de planificación familiar,
- desea consultar con una partera,
- necesita hacerse una mamografía o un examen pélvico.

Planificación familiar

Usted puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre el control de la natalidad, pruebas de embarazo, esterilización o aborto por necesidades médicas. Durante sus visitas por estas cuestiones, también se podrá hacer pruebas por infecciones de transmisión sexual, mamografías o exámenes pélvicos.

Usted no necesita un remitido de su PCP para obtener estos servicios. De hecho, puede elegir el lugar donde recibirá estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación de SHP para consultar con uno de los proveedores de planificación familiar de SHP. Consulte el Directorio de Proveedores del plan o comuníquese con los Servicios para los Miembros para que lo ayuden a encontrar algún proveedor. De lo contrario, podrá usar su tarjeta de Medicaid si desea consultar con un médico o asistir a una clínica externa de SHP. Consulte con su PCP o llame a los Servicios para los Miembros de SHP para conocer el listado de los lugares a los que se deberá dirigir para obtener estos servicios. También podrá comunicarse con la Línea de Ayuda para un Crecimiento Saludable del Estado de Nueva York (1-800-522-5006) para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar cercanos a su domicilio.

Orientación y pruebas de VIH

- Usted podrá realizarse una prueba de VIH y obtener orientación al respecto toda vez que reciba los servicios de planificación familiar. Usted no necesita un remitido de su PCP (médico personal). Simplemente, haga una cita con uno de nuestros proveedores de planificación familiar.
- De lo contrario, si prefiere no consultar con uno de los proveedores de SHP, puede usar su tarjeta de Medicaid para consultar con un proveedor de planificación familiar externo a SHP. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del Plan o un proveedor de Medicaid para la obtención de los servicios de planificación familiar, llame a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789.
- Si usted desea hacerse la prueba de VIH y obtener orientación al respecto, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP podrá realizar los acuerdos necesarios. De lo contrario, podrá visitar un sitio para la realización de pruebas anónimas de VIH y orientación al respecto.
Para obtener información, llame a la Línea de Ayuda Directa de Orientación sobre VIH de NYS al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Si necesitara un tratamiento por VIH luego del servicio de realización de pruebas y orientación, su PCP lo ayudará en relación con la atención médica de seguimiento.

Atención médica para los ojos

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista, un dispensador oftálmico, un examen de ojos y un par de anteojos, si fuera necesario. Generalmente, podrá recibir esto una vez cada dos años o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario. Simplemente deberá escoger uno de nuestros proveedores participantes. Usualmente le corresponderá un par de anteojos nuevos (con marcos aprobados por Medicaid) cada dos años. Se le podrán recetar nuevos lentes con mayor frecuencia si, por ejemplo, su visión cambiara más de media dioptría. Si se le rompieran los lentes, los podrá reparar. Podrá reemplazar los lentes que pierda o que rompa y que no tengan arreglo con la misma receta médica y estilo de marcos. Si necesita consultar con un especialista de ojos respecto de alguna enfermedad o defecto de la visión, su PCP lo remitirá.

Salud mental / dependencia de químicos (incluido el abuso de alcohol y drogas)

Usted podrá realizarse una evaluación sobre salud mental sin remitido alguno en cualquier período de 12 meses. Deberá usar a un proveedor de SHP, pero no necesita la aprobación de su PCP.

También podrá hacerse una evaluación sobre dependencia química, desintoxicación para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados o también podrá recibir servicios de desintoxicación para pacientes externos, sin remitido alguno durante cualquier período de 12 meses. Deberá usar a un Proveedor del plan, pero no necesita la aprobación de su PCP. Si necesita realizar de más consultas, su PCP lo ayudará a conseguir un remitido. Si desea realizarse una evaluación sobre dependencia de químicos por abuso de alcohol y/o de drogas como paciente externo, con excepción de los servicios de desintoxicación como paciente externo, deberá usar su tarjeta de Beneficios de Medicaid para dirigirse a algún proveedor que acepte Medicaid.

Podrá obtener ayuda de la siguiente forma:

- Llamando directamente a la línea de servicios dedicados a la salud mental / abuso de drogas al 1-800-318-2696. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando llame a este número, hablará directamente con un asesor calificado que hablará sobre su problema en forma confidencial y realizará los acuerdos necesarios para su atención médica.

Llamando o realizando una visita a su PCP, quien coordinará su remitido a los proveedores correspondientes de la red contactándose con la línea de ayuda de salud mental/abuso de drogas al 1-800-318-2696. Si necesita la realización de más consultas, su PCP lo ayudará a conseguir un remitido.

Emergencias

Usted siempre tendrá cobertura en casos de emergencia.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Emergencia se refiere a una afección médica o trastorno de conducta:

- que surge de repente, y
- produce dolor u otros síntomas.

Ello haría que cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud tema porque alguna persona sufra una lesión grave en las partes o funciones del cuerpo o una desfiguración grave si no recibiera atención médica inmediata.

Los siguientes son ejemplos de emergencias:

- ataque cardíaco o dolor severo de pecho
- hemorragia que no cesa o quemadura severa
- quebradura de huesos
- dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- cuando siente que podría dañarse a usted mismo o dañar a otras personas
- si está embarazada y tiene síntomas como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos.

Los siguientes son ejemplos de casos **sin emergencia**: resfríos, dolor de garganta, molestias en el estómago, cortes y moretones menores o dislocación de músculos.

Ante un caso de emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si cree estar ante una **emergencia**, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias. No necesita la aprobación previa de su plan o de su PCP para recibir atención médica de emergencia y no se le exigirá que utilice nuestros hospitales o médicos.

▪ **Si no está seguro, llame a su PCP o SHP.**

Explíquelo lo que está sucediendo a la persona con la que hable. Su PCP o el representante de servicios para los miembros:

- le dirá qué debe hacer en su casa,
- le dirá que se dirija al consultorio del PCP, o
- le dirá que se dirija a la sala de emergencias más cercana.

▪ Si se encuentra **fuera del área** en el momento de la emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana.
- Llame al PCP de Suffolk Health Plan lo antes posible (dentro de las 48 si fuera posible).

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Utilice la sala de emergencias únicamente si tiene una Emergencia.

SHP M

La Sala de emergencia NO se debe utilizar para problemas como gripe, dolores de garganta o infección de oídos.

662-1220

Si tiene alguna pregunta, llame a su PCP o a SHP al 1-877-SHP-6789.

Atención médica de urgencia

Usted puede tener una lesión o enfermedad que no sea una emergencia, pero que igualmente requiere una atención médica inmediata.

- Podría ser el caso de un niño con dolor de oídos que se despierta a mitad de noche y no para de llorar.
- Podría ser el caso de un tobillo dislocado o una esquirola que no puede quitar.

Podrá solicitar una cita para atención médica de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Sea que se encuentre en su casa o fuera de ella, llame a su PCP en cualquier momento, durante el día o la noche. Si no puede acceder a su PCP, llámenos al 1-877-SHP-6789. Infórmele lo que está sucediendo a la persona con la que hable. Ellos le dirán qué debe hacer.

QUEREMOS CONSERVAR SU BUENA SALUD

Además de las exámenes de rutina y las inyecciones que usted y su familia necesitan, aquí figuran otras formas de conservar su buena salud:

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Atención médica y nutrición prenatal
- Apoyo psicológico por penas/pérdidas
- Amamantamiento y atención médica del bebé
- Control de estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento sobre diabetes

Llame a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 para saber más al respecto y obtener una lista de las próximas clases.

PARTE II SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información para que la consulte cuando sea necesario. Aquí se enumeran los servicios cubiertos y los servicios no cubiertos. Si tiene algún reclamo, el manual le indica qué debe hacer. El manual contiene otra información que le puede ser útil. Tenga este manual a mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

La atención médica administrada de Medicaid le brinda ciertos servicios además de los que se brindan mediante su Medicaid regular. SHP le brindará o acordará la mayoría de los servicios que usted necesite. Sin embargo, también podrá obtener algunos servicios sin tener que remitirse a su PCP. Ellos incluyen la atención médica de emergencia; la planificación familiar/pruebas de VIH y la orientación al respecto y servicios específicos de autoremisión, incluidos los que puede obtener mediante el plan y algunos mediante los cuales puede optar por dirigirse a cualquier proveedor Medicaid del servicio.

SERVICIOS QUE CUBRE SHP

Usted podrá obtener estos servicios mediante los proveedores que se encuentran en SHP. Todos los servicios deberán ser médicamente necesarios y los debe brindar su PCP (médico personal) o éste deberá realizar su remitido.

Atención médica regular

- visitas al consultorio de su PCP
- remitidos a especialistas
- exámenes de ojos/audición

Atención médica de prevención

- atención médica para bebés sanos
- atención médica para niños sanos
- exámenes de rutina
- vacunas para los niños desde su nacimiento hasta la infancia

Atención médica por maternidad

- atención médica por embarazo
- servicios de médicos/parteras y servicios hospitalarios
- atención médica para recién nacidos

Atención médica en el hogar (debe ser médicamente necesario y lo debe ordenar SHP)

- como mínimo 2 visitas para infantes de alto riesgo (recién nacidos)
- visita para las mujeres que permanecen en el hospital menos de 48 horas después de un nacimiento

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- visita para las mujeres que permanecen en el hospital menos de 96 horas después de un nacimiento por cesárea
- otras visitas de atención médica en el hogar que sean necesarias y que ordene su PCP/especialista

Atención médica para la vista

- servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de los anteojos perdidos o dañados, incluida la reparación, cuando ello fuera médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos de acuerdo a la prescripción de un proveedor de SHP
- exámenes de ojos, generalmente cada dos años, salvo que se necesiten con mayor frecuencia por razones médicas.
- anteojos (un par nuevo de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario).
- examen por visión deficiente y accesorios para la visión que ordene su médico
- remitidos a especialistas por enfermedades o defectos en los ojos

Atención médica en hospitales

- atención médica para pacientes hospitalizados
- atención médica para pacientes externos
- laboratorio, rayos X, otros estudios

Atención médica de emergencia

- Los servicios de atención médica de emergencia consisten en procedimientos, tratamientos o servicios que sean necesarios a fin de evaluar o estabilizar una emergencia.
- Luego de recibir atención médica de emergencia, puede necesitar otro tipo de atención médica para asegurarse de que permanece en una condición estable. Según la necesidad existente, se lo puede tratar en la Sala de emergencias, en una sala del hospital para pacientes hospitalizados o en otro entorno. Ello se denomina **Servicios de postestabilización**.
- Para conocer más sobre los servicios de emergencia, vea la página 10.

Salud mental / dependencia de químicos (incluido el abuso de alcohol y drogas)

- todos los servicios de salud mental y dependencia de químicos para pacientes hospitalizados (incluido el abuso de alcohol y drogas)
- la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes externos (contáctese con SHP para obtener mayores detalles)
- Los beneficiarios de Medicaid que reciben SSI o que tienen una ceguera o discapacidad certificada obtienen servicios de salud mental y dependencia química (incluido el abuso de alcohol y drogas) por parte de cualquier proveedor Medicaid mediante el uso de su Tarjeta de Beneficios Medicaid. Sin embargo, los servicios de desintoxicación están cubiertos por SHP como un beneficio.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Atención médica especial

Incluye los servicios de otros profesionales, como

- terapeuta ocupacional, físico y del habla y audiólogos
- parteras

Institución residencial de atención médica (Asilo para ancianos)

- cuando lo ordene su médico y SHP lo autorice.
- cuando su LDSS haya determinado que la permanencia en el asilo no será permanente.
- los servicios cubiertos del asilo incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia con las actividades de la vida diaria, terapia física, terapia ocupacional y patología del lenguaje y del habla.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico durable (DME)/ Accesorios para la Audición / Prostéticas / Ortótica
- Servicios ordenados por un tribunal
- Caso de Medicaid
- Servicios de asistencia social (ayuda para obtener servicios comunitarios)
- FQHC

Beneficios que puede obtener mediante SHP o con su tarjeta de Medicaid

Respecto de algunos servicios, usted podrá elegir el lugar donde recibirá la atención médica. Usted podrá obtener estos servicios mediante el uso de su tarjeta de membresía de SHP. También podrá dirigirse a los proveedores que acepten su Tarjeta de beneficios de Medicaid. Usted no necesita un remitido de su PCP para obtener estos servicios. Llámenos al 1-877-SHP-6789 si tiene alguna pregunta para realizar.

Planificación familiar

Usted podrá dirigirse a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. También puede dirigirse a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De todos modos, usted no necesitará un remitido de su PCP.

Pruebas de VIH y asesoramiento al respecto

Usted podrá obtener estos servicios mediante los médicos de SHP si primero charla con su PCP. Cuando usted obtiene estos servicios como parte de una visita de planificación familiar, puede dirigirse a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesitará un remitido cuando obtiene este servicio como parte de una visita de planificación familiar. También puede dirigirse a las clínicas de asesoramiento y pruebas anónimas que ofrecen los departamentos de salud

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

locales y del estado. Para obtener más información sobre estos sitios, llame a la Línea de Asesoramiento sobre VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS.

Diagnóstico y tratamiento de TB

Usted puede optar por dirigirse a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para recibir un diagnóstico y/o tratamiento. No necesita un remitido para dirigirse a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios que requieren únicamente el uso de su TARJETA de MEDICAID

Hay algunos servicios que SHP no brinda. Usted podrá obtener estos servicios por parte de cualquier proveedor que acepte Medicaid mediante el uso de su Tarjeta de beneficios de Medicaid.

Farmacia

Podrá obtener medicamentos recetados, medicamentos que no requieren receta médica, fórmulas enterales y algunos materiales sanitarios en cualquier farmacia que acepte Medicaid. Se podrá requerir un co-pago para algunas personas, para algunos medicamentos y artículos de farmacia.

Ciertas medicaciones pueden requerir que su doctor consiga la autorización previa de Medicaid antes de escribirle su prescripción. Conseguir la autorización previa es un proceso simple para su doctor y no evita que consiga las medicaciones que necesitas.

Servicios Dental

Usted puede ir a cualquier dentista que tome Medicaid.

Tranportacion

Debes llamar el departamento del condado de Suffolk de servicios sociales al 631-854-5801 para las peticiones de transporte. Debes llamar por lo menos dos días antes de que necesites el transporte. El transporte de la sala de urgencias está disponible llamando 911.

Salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento de día
- Administración intensiva de casos
- Atención médica hospitalaria parcial
- Servicios de rehabilitación para las personas que se encuentran en hogares comunitarios o bajo tratamiento con base en la familia
- Servicios clínicos para los niños que tienen diagnóstico de Perturbación Emocional Severa (SED), en las clínicas de salud mental certificadas por la Oficina del Estado de Salud Mental
- Tratamiento de día continuado

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Todos los servicios de salud mental cubiertos para las personas que perciben SSI o tienen una ceguera o discapacidad certificada se encuentran disponibles mediante el uso de la Tarjeta de beneficios de Medicaid.

Retardo mental y discapacidad del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios de alojamiento
- Programa de coordinación de servicios de Medicaid (MSC)
- Servicios recibidos en virtud del programa de Exención de servicios basados en el hogar y en la comunidad
- Exención de los servicios médicos modelos (Atención médica domiciliaria)

Servicios por abuso de alcohol y drogas

- Tratamiento con metadona
- Tratamiento por abuso de drogas para pacientes externos
- Rehabilitación por alcohol para pacientes externos
- Servicios clínicos por problemas con el alcohol para pacientes externos
- Programas por dependencia química para jóvenes como pacientes externos
- Servicios por dependencia química (incluido el abuso de alcohol y drogas) que ordene el LDSS
- Todos los servicios cubiertos por abuso de alcohol y drogas (con excepción de la desintoxicación) se encuentran disponibles para las personas que reciben SSI o que tienen una ceguera o discapacidad certificada mediante el uso de su Tarjeta de beneficios de Medicaid. Los servicios de desintoxicación están disponibles mediante el uso de su Tarjeta de identificación de SHP.

Otros servicios de Medicaid

- Servicios de atención médica personal
- Programas de servicios preescolares y escolares (intervención temprana)
- Programas de inicio temprano
- Programa de administración integral de casos de Medicaid
- Terapia por TB/DOT
- Tratamiento de día para adultos para personas con VIH
- Atención médica en el hogar a largo plazo
- Servicios de hospicio

Servicios SIN cobertura:

Estos servicios **no están disponibles** a través de SHP o Medicaid. Si le brindan algunos de estos servicios, tendrá que pagar la factura correspondiente.

- Cirugía cosmética si no fuera médicamente necesaria.
- Podología de rutina (para las personas mayores de 21 años)

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Artículos personales y de confort
- Tratamientos por infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte de SHP, salvo que se trate de un proveedor que usted esté autorizado a consultar según se describe en este manual o que SHP o su PCP lo remita a dicho proveedor.
- Servicios para los cuales se necesita un remitido (aprobación) por adelantado y usted no lo haya obtenido.

Usted tendrá que pagar los servicios que su PCP no apruebe. Asimismo, si antes de la obtención de un servicio usted acuerda ser un paciente “de pago particular”, usted tendrá que pagar dicho servicio. Ello incluye:

- los servicios sin cobertura (que se enumeran anteriormente),
- los servicios no autorizados,
- los servicios que brindan los proveedores que no son parte de SHP

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y ACCIONES

Autorización previa:

Hay algunos tratamientos y servicios para los que usted necesita la aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien en quien usted confíe podrá solicitar esto. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar aprobados antes de que usted los reciba:

- Todas las admisiones por elección o programadas
- MRI (imágenes por resonancia magnética), imágenes de medicina nuclear (PET/SPECT), ecos y sonogramas (con excepción de la maternidad)
- Equipo médico duradero que tenga un costo mayor de \$250
- Atención médica en el hogar
- Cirugía con by-pass gástrico
- Rehabilitación cardíaca
- Ortótica y las prótesis con un costo mayor de \$250
- Diálisis renal
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hormonas del crecimiento y otros medicamentos inyectables a elección.
- Todos los servicios ambulatorios fuera de red
- Todos los remitidos a especialistas fuera de red
- Remitidos permanentes a especialistas durante más de seis (6) meses
- Las solicitudes de nuevos miembros para la continuidad de los servicios de atención médica - si usted es un nuevo miembro y necesita continuar la atención con un proveedor que no pertenece al sistema, puede calificar para una aprobación por hasta noventa (90) días con ese proveedor o

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Las solicitudes de continuidad de la atención porque el proveedor dejó la red - Si su proveedor no participa más en el sistema SHP, usted puede calificar para obtener una aprobación de atención por hasta noventa (90) días con ese proveedor
- Procedimientos de cirugía cosmética en pacientes externos e internos que sean médicamente necesarios.
- Los procedimientos experimentales o de investigación

El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios necesita que su médico personal (PCP) o que el médico que está prestando el servicio se contacte con el Departamento de Asistencia Administrada de SHP llamando al 1-800-250-5007, opción de selección 1.

Usted también necesitará conseguir la autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más atención. Ello se denomina **revisión concurrente**.

¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeras están en el equipo de revisión. Su tarea consiste en asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea una necesidad médica y lo correcto para usted. Esto lo hacen verificando su plan de tratamiento frente a los estándares médicamente aceptables.

Toda decisión de negar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una suma inferior a la solicitada, se denomina **acción**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de la salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un Miembro del Peer Review Committee, que podrá ser un médico o un profesional de la salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, utilizados para tomar la decisión con respecto a acciones relacionadas con la necesidad médica.

Luego de que recibamos su solicitud, la revisaremos conforme a un **estándar** o proceso de **vía rápida**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de vía rápida si piensan que una demora puede causar un daño serio a su salud. Si se le niega la revisión de vía rápida, se lo informaremos y su caso será atendido conforme el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica requiera que lo hagamos, pero no pasará más tiempo del mencionado a continuación.

Le haremos saber a usted y a su proveedor, tanto por teléfono como por escrito, si su solicitud es aprobada o rechazada. También le haremos saber la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelación o de audiencias imparciales tendrán si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted tendrá noticias nuestras a más tardar a los 14 días de la fecha en la que hayamos recibido su solicitud. Alrededor del día 14 le diremos si necesitamos más información.
- Revisión de vía rápida: Tomaremos una decisión y usted tendrá noticias nuestras dentro de los 3 días hábiles. Alrededor del día laborable 3 le diremos si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión en 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted tendrá noticias nuestras a más tardar a los 14 días de la fecha en la que hayamos recibido su solicitud. Alrededor del día 14 le diremos si necesitamos más información.
- Revisión de vía rápida: Tomaremos una decisión en 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted tendrá noticias nuestras a más tardar a los 3 días hábiles de la fecha en la que hayamos recibido su solicitud. Alrededor del día laborable 3 le diremos si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de vía rápida sobre su solicitud de servicio:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión de vía rápida, le llamaremos inmediatamente y luego le enviaremos una notificación por escrito.
- Le diremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión a más tardar a los 14 días a partir del día en el que hayamos solicitado más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien usted confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para entregar al plan que ayude a tomar una decisión sobre su caso. Esto puede hacerse llamando a Suffolk Health Plan, Departamento de Asistencia Administrada al 1-800-250-5007 o enviando una solicitud por escrito a Suffolk Health Plan, Departamento de Asistencia Administrada, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, North Carolina, 28217.

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

Le notificaremos cuando haya vencido nuestro tiempo de revisión. Pero si por alguna razón no tuviera noticias nuestras en esa fecha, ello implicará una negación de su solicitud de autorización

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

de servicio. Si usted no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentarnos una apelación de acción. Remítase a la sección de Apelación de la Acción más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica:

Algunas veces haremos una revisión concurrente sobre la atención que usted está recibiendo para saber si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Nosotros le informaremos si tomamos estas otras medidas.

Plazos de notificación para otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo en este momento, debemos avisarle con una anticipación mínima de 10 días antes de cambiar el servicio.

Si estamos verificando la atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de dicha atención dentro de los 30 días de recibir la información necesaria 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 se niegue el pago. Usted no tendrá que pagar por ninguna atención médica que haya recibido y que estaba cubierta por el plan o Medicaid, aún cuando luego neguemos el pago al proveedor.

Cómo se les paga a nuestros proveedores

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso que usted realiza de los servicios de atención médica. Puede llamar a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 si tiene alguna inquietud específica. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga según alguna de las siguientes formas.

- Si nuestros PCP trabajan en un centro de salud o clínica, probablemente perciban un **salario**. La cantidad de pacientes que ellos atiendan no afecta dicha circunstancia.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden tener un arancel mensual fijo por cada paciente para el cual sean su PCP. El arancel siempre es el mismo si el paciente necesita una o más visitas, o incluso ninguna. Ello se denomina **capitación**.
- A los proveedores también se les puede pagar **por cada servicio prestado**. Ello significa que se les paga un arancel acordado del Plan por cada servicio que prestan.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Nosotros valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que beneficien a nuestros miembros.

Si tiene alguna idea, cuéntenosla. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros consejos o comités de asesoramiento para miembros. Llame a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 para averiguar cómo puede ayudarnos.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Información de los servicios para los miembros

Esta es la información que puede obtener llamando a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789:

- Un listado con los nombres, direcciones y cargos del Consejo Directivo, Funcionarios, Partes Controlantes, Dueños y Socios de SHP.
- Una copia de los estados financieros/balances generales más recientes, resúmenes de los ingresos y gastos.
- Una copia del contrato de suscriptor al pago directo más reciente.
- Información del Departamento de Seguros del Estado sobre los reclamos de los consumidores en relación con SHP
- Cómo conservamos la privacidad de su historia clínica y de la información de los miembros.
- Por escrito, le informaremos cómo SHP verifica la calidad de la atención médica que le brindamos a nuestros miembros.
- Le informaremos cuáles son los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si usted lo solicita por escrito, le informaremos sobre las normas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que cubre SHP.
- Si usted lo solicita por escrito, le informaremos sobre las calificaciones que deben tener nuestros proveedores y cómo los proveedores de atención médica pueden postularse para formar parte de SHP.
- Si usted lo solicita, le informaremos lo siguiente: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afecten el uso de los servicios de remitido, y, si así fuera, 2) la información sobre el tipo de los acuerdos de incentivos que se utilizan; y 3) si a nuestros médicos y grupos de médicos se les brinda una protección para limitar las pérdidas.
- Información sobre la organización y el funcionamiento de nuestra empresa

Manténganos informados

Llame a los Servicios para los Miembros si se produjeran estos cambios en su vida:

- Usted cambia de nombre, dirección o número de teléfono
- Tiene un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Se produce un cambio en el seguro para usted o sus hijos

Si usted ya no tiene Medicaid, consulte con su Departamento local de Servicios Sociales. Usted **puede** inscribir a sus hijos en el programa Child Health Plus, incluso si pierde los servicios de Medicaid. Child Health Plus es un programa de seguros patrocinado por el Estado de Nueva York. Suffolk Health Plan también brinda la Cobertura Child Health Plus.

CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA Y TRANSFERENCIAS

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Su condado, de Suffolk, requiere que usted se inscriba en un plan de salud de Medicaid:

Usted podrá probar con nosotros durante 90 días. Usted podrá abandonar SHP e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese período. Sin embargo, si no se va durante los primeros 90 días, deberá permanecer en SHP durante nueve meses más, *salvo* que tenga una razón válida (motivo suficiente) para no hacerlo.

Los siguientes son algunos ejemplos de motivo suficiente:

- Nuestro plan de la salud no puede proporcionar un abastecedor conveniente de la atención primaria para usted dentro de tiempo de recorrido aceptable (si los abastecedores están rutinario a 30 millas de donde vives).
- No podemos brindarle un PCP adecuado para usted dentro de un radio de 30 minutos o 30 millas de viaje desde su hogar.
- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del Estado de Nueva York y los miembros se ven dañados por este motivo.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el LDSS concuerdan en que la cancelación de la membresía es lo mejor para usted.
- Usted está o se torna exento o excluido de la atención médica administrada.
- Nosotros no ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que usted puede recibir de otro plan de salud de su área.
- Usted necesita un servicio que se relaciona con un beneficio que hemos optado por no cubrir y la obtención de ese servicio en forma separada pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido brindarle los servicios que debemos prestarle en virtud del contrato que poseemos con el Estado.
- No contratamos con FQHC (Centros De Salud Federal Calificados), U quieres conseguir su cuidado de un FQHC.

Para cancelar la membresía o cambiar de plan, simplemente llame al personal de Atención médica administrada de su Departamento local de Servicios Sociales. En la Ciudad de Nueva York, llame a CHOICE de Medicaid Nueva York al 1-800-505-5678 para cambiar los planes de salud. Dicho proceso llevará entre dos y seis semanas, según el momento en que se reciba su solicitud. Usted podrá solicitar una acción acelerada si considera que los plazos del proceso regular causarán un daño mayor a su salud. También podrá solicitar una acción acelerada si ha presentado una queja por no estar de acuerdo con la inscripción. Simplemente llame a su Departamento local de Servicios Sociales o a CHOICE de Medicaid Nueva York. Si tuviera que recibir atención médica administrada, tendrá que elegir otro plan de atención médica. Llame a la unidad de atención médica administrada de su Departamento local de Servicios Sociales o a CHOICE de Medicaid Nueva York para solicitar un paquete de transferencia o cancelación de la membresía. Asegúrese de informar que usted cancelará la membresía en Suffolk Health Plan y si desea reinscribirse en un nuevo plan. Recibirá una notificación mediante la cual se le informará que el cambio tendrá lugar en cierta fecha. En la mayoría de los casos, le brindaremos la atención médica que necesita hasta ese momento.

Usted podría convertirse en inelegible para la atención médica administrada de Medicaid

SHP Member Services 1-877-SHP- 6789

SHP TTY 1-800-662-1220

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Puede suceder que usted o su hijo deban abandonar SHP si usted o su hijo:
 - se mudaran fuera del Condado o del área de servicios
 - se cambiaran a otro plan de atención médica administrada,
 - se inscribieran en un HMO o en otro plan de seguro a través del trabajo,
 - se inscribieran en un Programa de atención para la salud en el hogar a largo plazo,
 - fueran enviados a prisión, o
 - se convirtieran en residentes permanentes de un asilo

- Puede suceder que su hijo(a) deba abandonar SHP si:
 - se inscribiera en un Programa para Niños con Discapacidades Físicas, o
 - se lo entregara en cuidado tutelar (el padre/tutor lo hace en forma voluntaria o se hace por decisión del Comisionado local de Servicios Sociales)

- En algunos casos, usted puede obtener una **cobertura garantizada** por parte de SHP. Ello significa que no lo eliminaremos de su condición de miembro durante los primeros seis meses de su inscripción en nuestro plan – incluso si usted ya no fuera elegible para Medicaid o si se cerrara su caso. Las razones de la pérdida de elegibilidad no deben estar relacionadas con el fallecimiento, la mudanza fuera del estado o la encarcelación. Durante ese tiempo, usted podrá obtener los servicios que cubre SHP. Usted también podrá percibir beneficios de farmacia y atención médica de planificación familiar usando su tarjeta de Medicaid. La cobertura garantizada no se aplicará si usted optara por abandonar SHP.

Nosotros podemos pedirle que se retire de SHP

Usted también podrá perder su membresía SHP, si a menudo:

- se niega a trabajar con su PCP en relación con su atención médica,
- no asiste a las citas,
- se dirige a la sala de emergencias por casos sin emergencia,
- no cumple con las normas de SHP,
- no completa los formularios con honestidad o no brinda información veraz (comete fraude),
- abusa o produce algún daño a los miembros, proveedores o personal del plan, o
- actúa de forma que se nos hace difícil hacer todo lo posible en su mejor beneficio y en beneficio de otros miembros, incluso luego de que hemos tratado de resolver los problemas.

APELACIONES DE ACCIONES

Hay algunos tratamientos y servicios para los que usted necesita la aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. El pedido de

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. Toda decisión de negar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una suma inferior a la solicitada, se denomina **acción**.

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

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

Si nosotros tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicio sin hablar con su médico, éste puede pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico dentro del plazo de un día laborable.

Usted puede presentar una apelación de acción:

- Si usted no está satisfecho con una acción que hayamos tomado o con lo que decidamos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días laborables después de tener noticias nuestras para presentar una apelación.
- Usted mismo podrá hacerlo o podrá pedir a alguien en quien usted confíe que presente la apelación por usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros de SHP al 1-877-SHP-6789 o presentar una solicitud de apelación por escrito a Suffolk Health Plan , Departamento de Apelaciones, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, North Carolina, 28217.
- No le trataremos distinto ni tendremos una mala actitud hacia usted porque haya presentado una apelación.

Su apelación de acción será revisada conforme el proceso de vía rápida si:

- Usted o su médico piden que se revise su apelación conforme al proceso de vía rápida. Su médico tendría que explicar de qué forma una demora dañará su salud. Si se le niega la revisión de vía rápida, se lo informaremos y su apelación será revisada conforme el proceso estándar, o
- Su solicitud fue negada cuando usted solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo ahora o que necesita extender un servicio que ha sido brindado.
- Las apelaciones de vía rápida pueden hacerse por teléfono y no necesitan seguimiento por escrito.

¿Qué sucede una vez que recibimos su apelación?

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las decisiones sobre apelaciones de acciones por temas clínicos estarán a cargo de profesionales de atención de la salud calificados, que no tomaron la primera decisión, y al

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

menos uno de los cuales deberá ser un miembro del Peer Review Committee.

- Las decisiones que no tengan carácter clínico estarán a cargo de personas que trabajen a un nivel más alto que las personas que trabajaron en la primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o la persona que usted designe pueden ver el expediente de su caso, incluida la historia clínica y todo otro documento y registro utilizado para tomar una decisión sobre su caso;
- Usted también puede brindar información para ser utilizada en la toma de decisión en persona o por escrito.
- A usted se le darán las razones de nuestra decisión y nuestros fundamentos clínicos, si correspondiera. Si aún usted no estuviera satisfecho, se le explicarán todos los demás derechos de apelación que usted tuviera, o usted o alguien en quien usted confíe pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para apelaciones de acciones:

- **Apelaciones estándar:** Si tenemos toda la información que necesitamos le haremos saber nuestra decisión dentro de los 30 días de su apelación. Una notificación por escrito de nuestra decisión se le enviará dentro de los 2 días hábiles a partir del momento en que tomemos la decisión.
- **Apelaciones de vía rápida:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones por apelaciones de vía rápida se tomarán en 2 días hábiles a partir de su apelación. Si necesitamos más información, se lo informaremos dentro de los 3 días hábiles luego de presentarnos su apelación. Le haremos conocer nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación por escrito.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de vía rápida sobre su apelación de acción:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud es por una revisión de vía rápida, le llamaremos inmediatamente y luego le enviaremos una notificación por escrito.
- Le diremos por qué la demora lo beneficia;
- Tomaremos una decisión a más tardar a los 14 días a partir del día en el que hayamos solicitado más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien usted confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para entregar al plan que ayude a tomar una decisión sobre su caso. Esto puede hacerse llamando al Departamento de Asistencia Administrada de SHP al 1-800-250-5007 o enviando una solicitud por escrito a Suffolk Health Plan, Departamento de Apelaciones, 4944 Parkway Plaza Blvd, Charlotte, North Carolina, 28217.

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de acción. Usted o alguien de

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

su confianza pueden también presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Si el rechazo original se debió a que hemos determinado que el servicio no era necesario desde el punto de vista médico o era con fines de experimento o investigación y no le hemos comunicado nuestra decisión sobre la apelación, el rechazo original en su contra será revocado. Ello significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Apoyo para continuar mientras apela una decisión sobre su atención:

En algunos casos, usted puede continuar con los servicios mientras espera que se decida la apelación de su caso. Usted tal vez pueda continuar recibiendo los servicios que están programados para terminar o para ser reducidos si apela y pide una audiencia imparcial:

- Dentro de los diez días luego de que se le informe que su solicitud ha sido negada o que la atención está cambiando; o
- En la fecha en que está programado que ocurra el cambio en los servicios.

Si su apelación o audiencia imparcial terminan en otra negación, puede ser que tenga que pagar por el costo de cualquier continuación de beneficios que recibió. La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Apelaciones externas

Si el plan decide negar la cobertura por un servicio médico que usted y su médico pidieron porque no es médicamente necesario o porque tiene fines de experimento o investigación, usted puede pedir al Estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Esto se denomina apelación externa porque está sujeta a la decisión de revisores que no trabajan para el plan de salud o para el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe estar incluido en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de apelar al estado:

1. Debe presentar una apelación de acción ante el plan y obtener una decisión adversa definitiva del plan; **o**
2. Si usted tuvo una apelación de acción de vía rápida y no está satisfecho con la decisión del plan, puede optar por presentar una apelación de acción estándar ante el plan o plantear directamente una apelación externa; **o**
3. Usted y el plan pueden acordar saltar el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a una apelación externa.

Usted tiene 45 días después de recibir la decisión adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan saltarse el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la apelación externa dentro de los 45 días de la fecha en la que llegaron al acuerdo.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Usted puede tener a su disposición apelaciones adicionales a su plan de salud si desea utilizarlas. Sin embargo, si opta por una apelación externa, usted debe aún presentar la solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado dentro de los 45 días a partir de la fecha en la que el plan le notifica la decisión adversa definitiva o del momento en que usted y el plan acuerden renunciar al proceso de apelación del plan.

Usted perderá el derecho a una apelación externa si no presenta una solicitud para ello a tiempo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del Estado. Puede llamar a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que dar información sobre su problema médico.

A continuación le informamos algunos medios por los cuales puede obtener una solicitud.

- Llame al Departamento de Seguros del Estado, 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Seguros del Estado en www.ins.state.ny.us
- Contáctese con el Departamento de Servicios para los Miembros al teléfono 1-877-SHP-6789

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Puede necesitarse más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelación externa solicita más información. A usted y al plan se les informará la decisión final dentro de los dos días posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápido si su médico dijera que una demora ocasionará un serio daño a su salud. Esto se denomina **apelación externa agilizada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación agilizada en tres días o menos. El revisor le dará a conocer a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Luego, se le enviará una carta informándole la decisión.

Usted también puede solicitar una audiencia imparcial si el plan decidiera negar, reducir o finalizar la cobertura de un servicio médico. Puede solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que prevalecerá.

Audiencias imparciales

En algunos casos, usted puede solicitar una audiencia imparcial al Estado de Nueva York.

- Usted no está contento con una decisión que tomó el Departamento local de Servicios Sociales o el Departamento de Salud del Estado sobre si usted puede o no continuar como miembro de Suffolk Health Plan.
- Usted no está satisfecho con la decisión que tomamos sobre la atención médica que estaba recibiendo. Usted siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que no tomamos la decisión dentro del tiempo razonable.

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

- Usted no está satisfecho con la decisión que tomamos wue negó la atención médica que requería. Usted siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid.
- Usted no está satisfecho con la decisión de que su médico no ordenará los servicios que usted quería. Usted siente que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Usted debe presentar un reclamo y apelar ante Suffolk Health Plan. Si Suffolk Health Plan está de acuerdo con su médico, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado.
- La decisión que emita el funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Si los servicios que usted está recibiendo ahora están programados para finalizar, usted puede optar por solicitar la continuación de los servicios que su médico ordenó mientras espera que se decida su caso. Sin embargo, si elige solicitar que continúen los servicios y la audiencia imparcial toma una decisión en su contra, puede ser que tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

Usted puede utilizar uno de los siguientes medios para solicitar una Audiencia Imparcial:

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

Recuerde que puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Procedimiento para los reclamos

Reclamos:

Esperamos que nuestro plan de salud le de un buen servicio. Si tiene algún problema, háblelo con su PCP o llame o escriba a los Servicios para los Miembros. La mayoría de los problemas pueden solucionarse en el momento. Si tiene algún problema o disputa con su atención o servicios, puede presentar un reclamo ante el plan. Los problemas que no se solucionen en el momento por teléfono y todo reclamo que llegue por correo se manejarán de acuerdo con nuestro procedimiento de reclamos que se describe a continuación.

Puede pedirle a alguien en quien confíe (como por ejemplo su representante legal, un miembro de su familia o un amigo) que presente el reclamo por usted. Si necesita nuestra ayuda por un problema auditivo o de vista, o si necesita servicios de traducción o ayuda para presentar los formularios, nosotros podemos ayudarle. No le complicaremos las cosas ni tomaremos ninguna acción en su contra porque presente un reclamo.

Usted también tiene derecho a contactarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en relación con su reclamo llamando al 1-800-206-8125 o escribiendo a: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede contactarse en cualquier momento con el Departamento de Servicios Sociales en relación con su reclamo. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736 si su reclamo involucra un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo ante el plan:

Para presentar el reclamo por teléfono, llame a los Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Si nos llama fuera de este horario, deje un mensaje. Le contestaremos la llamada al siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo diremos.

Nos puede escribir con su reclamo o llamar al número de Servicios para los Miembros y solicitar un formulario para reclamos. Debe ser enviado por correo a Member Services 4944 Parkway Plaza Blvd, suite 110, Charlotte, North Carolina, 28217, Attn: Complaint Department. También puede enviar un fax con el reclamo a SHP, Departamento de Reclamos de los Miembros al 1-646-619-4053.

¿Qué sucede luego?

Si no solucionamos el problema inmediatamente por teléfono o después de recibir su reclamo por escrito, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. En la carta se le informará:

- quien está trabajando con su reclamo
- cómo contactarse con esa persona
- si necesitamos más información

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo trata sobre temas clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales calificados de atención médica de la salud.

Después de revisar su reclamo:

- Le informaremos nuestra decisión en 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en 60 días como máximo a partir del día en que recibamos su reclamo. Le escribiremos y le informaremos las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora pusiera en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en 48 horas a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en 7 días como máximo a partir del día en el que recibamos su reclamo. Le llamaremos para informarle nuestra decisión o trataremos de contactarnos con usted para informársela. Recibirá una carta para hacer el seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos todos los formularios que pudiera necesitar.
- Si no pudiéramos tomar una decisión sobre su reclamo porque no contamos con

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

suficiente información, se lo haremos saber por carta.

Apelación de reclamos:

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

Cómo realizar una apelación de reclamo:

- Si usted no está satisfecho con nuestra decisión, tiene como mínimo 60 días hábiles luego de recibir noticias nuestras para presentar una apelación;
- Usted mismo podrá hacerlo o podrá pedir a alguien en quien usted confíe que presente la apelación por usted.
- La apelación debe hacerse por escrito. Si realiza una apelación por teléfono, luego deberá hacerla por escrito. Luego de su llamada, le enviaremos un formulario con un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmarlo y enviarnos el formulario. Podrá realizar todos los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario.

¿Qué sucede una vez que recibimos su apelación de reclamo?

Luego de recibir su apelación de reclamo le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. En la carta se le informará:

- quien está trabajando con su apelación de reclamo
- cómo contactarse con esa persona
- si necesitamos más información

Su apelación de reclamo será revisada por una o más personas calificadas de un nivel superior a quienes tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación de reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales calificados de la salud, incluido al menos un Miembro del Peer Review Committee que no haya participado en la primera decisión sobre su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, usted conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora pusiera en riesgo su salud, usted conocerá nuestra decisión en 2 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestros fundamentos clínicos, si correspondiera. Si aún no estuviera satisfecho, usted u otra persona en su representación puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS

Sus derechos

SHP Member Services 1-877-SHP- 6789

SHP TTY 1-800-662-1220

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Como miembro de SHP, usted tiene derecho a lo siguiente:

- A que lo atiendan con respeto, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual.
- A que le informen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de SHP.
- A que su PCP le informe qué es lo que no está bien, lo que se puede hacer por usted y cuál será el posible resultado en un idioma que usted comprenda.
- A obtener una segunda opinión sobre su atención.
- A dar su consentimiento respecto de cualquier tratamiento o plan para la atención de su salud después de que le hayan explicado en detalle el plan.
- A rechazar su atención y a que le informen los riesgos si así lo hiciera.
- A obtener una copia de su historia clínica, a conversar sobre ella con su PCP y a solicitar, si fuera necesario, la modificación o corrección de su historia clínica.
- A asegurarse de que su historia clínica es privada y que no será compartida con ninguna persona, excepto como lo requiera la ley, un contrato o con su consentimiento.
- A utilizar el sistema de reclamos de SHP para dirimir los reclamos o a poder presentar su reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de NY o el Departamento local de Servicios Sociales toda vez que considere que no se lo trató en forma adecuada.
- A utilizar el sistema de Audiencias Imparciales del Estado
- A nombrar a una persona (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable por usted, si usted no puede hacerlo, sobre la atención y tratamiento de su salud.
- A recibir una atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Sus obligaciones

Como miembro de SHP, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para preservar y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona su sistema de atención médica.
- Escuchar el consejo de su PCP y realizar preguntas cuando tuviera alguna duda.
- Llamar o regresar a su PCP si no mejora o solicitar una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera para sí.
- Informarnos si tuviera algún problema con cualquier miembro del personal de atención médica. Llamar a los Servicios para los Miembros.
- Asistir a sus citas. Si tuviera que cancelar alguna cita, llámenos lo antes posible.
- Utilizar la sala de emergencias únicamente para emergencias verdaderas.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si fuera después del horario normal de trabajo.

Directivas anticipadas sobre atención médica

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Puede suceder que en algún momento usted no pueda tomar una decisión sobre su propia atención médica. Mediante la planificación anticipada, puede realizar ahora los arreglos necesarios para que se cumplan sus deseos. En primer lugar, informe a su familia, amigos y a su médico sobre los tipos de tratamiento que desea o no recibir. En segundo lugar, puede designar a un adulto en quien usted confíe para que tome las decisiones en su representación. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y otras personas cercanas para que conozcan sus deseos. En tercer lugar, sería mejor que exprese sus pensamientos por escrito. Los documentos que se mencionan a continuación podrían ayudarlo. No tiene que contratar a un abogado, pero quizá desee realizar una consulta con un abogado sobre este tema. Usted podrá cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Nosotros podemos ayudarle a que entienda y consiga estos documentos. Ellos no modifican su derecho a percibir los beneficios de atención médica de calidad. El único objetivo consiste en que otras personas conozcan sus deseos en caso de que usted no pueda hablar.

Poder para atención médica – Mediante este documento, usted designa a otro adulto que sea de su confianza (usualmente un amigo o miembro de la familia) para que tome las decisiones relativas a su atención médica en caso de que usted no pudiera hacerlo. Si decidiera hacerlo, deberá hablar con esa persona para que conozca sus deseos.

CPR y DNR – Usted tiene derecho a decidir sobre si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reiniciar su corazón o los pulmones si su respiración o circulación se detuviera. Si no desea recibir un tratamiento especial, incluida la resucitación cardiopulmonar (CPR), deberá expresar sus deseos al respecto por escrito. Su PCP incluirá una orden de No Resucitación (DNR) en su historia clínica. También podrá conseguir un formulario DNR para llevar consigo y/o un brazalete que informará a los proveedores médicos de emergencia sobre sus deseos.

Tarjeta del donante de órganos – Esta tarjeta de tamaño pequeño informa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo a otras personas cuando muera. Asimismo, marque el reverso de su licencia de conducir para que las personas sepan si usted desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

Números de teléfono importantes

MANUAL DE MEMBRESÍA DE MEDICAID

Su PCP

EL PLAN

Servicios para los Miembros 1-877-SHP-6789

Servicios para los Miembros TTY/TDD 1-800-662-1220

Su sala de emergencia más cercana

Dpto. de Salud de NYS (Reclamos) 1-800-206-8125

CHOICE de Medicaid Nueva York 1-800-505-5678

Salud mental/dependencia al alcohol o las drogas 1-800-922-3626

Farmacia local

Otros proveedores de atención médica: