



Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plan Changes to your Family Health Plus Member Handbook As of January 2012

Care Outside of the United States

Any care received outside of the United States, District of Columbia, Puerto Rico, the Virgin Islands, Guam, the Northern Mariana Islands and American Samoa will not be covered by Neighborhood Health Providers (NHP) and Suffolk Health Plan (SHP).

Maternity Care

Women in FHPlus who become pregnant will qualify for Medicaid because the financial requirements are different and the family size is changed. If you become pregnant while you are enrolled in FHPlus, you have a choice to make. You may want to change coverage from FHPlus to Medicaid. Medicaid covers more services than FHPlus, which you may or may not need, depending on your medical needs. However, you may need to see a different doctor if you change from FHPlus to Medicaid. You should discuss this choice with your doctor and the HRA so that you can make the decision that best meets your needs.

Your baby will be eligible for Medicaid. Babies can't be covered under FHPlus – it is a program for adults from 19 through 64 years of age. In order to be sure your baby will have access to all the services covered by Medicaid, you need to let the HRA office know when you are pregnant, and your doctor should notify NHP or SHP. They can get started arranging for coverage for your baby before it is born, regardless of the choice you have made for yourself. You should select your baby's doctor as soon as possible.

If you stay in FHPlus, we will cover:

- pregnancy care
- doctors/midwife and hospital services
- post-partum care

Home Health Care

NHP and SHP can arrange for some home health care visits (up to 40 per year), but this is generally only done to avoid your having to stay in a hospital. Your doctor must agree that your medical needs can be

met at home with this help. Here are some times when this would be covered:

- one medically necessary post partum home health visit, additional visits as medically necessary for high-risk women
- other visits as needed and ordered by your PCP/specialist

SERVICES NOT COVERED

These services are **not** available from NHP or SHP. If you get any of these services, you may have to pay the bill.

- Cosmetic surgery if not medically needed
- Services of a Podiatrist (for those 21 years and older)
- Orthopedic shoes and shoe inserts
- Personal and comfort items
- Infertility treatments
- Services from a provider that is not part of NHP or SHP (unless NHP or SHP or your PCP sends you to that provider).
- Those services not given an approval in advance by your PCP.
- Personal care services
- Private duty nursing services
- Medical supplies (like bandages), non-prescription drugs (OTCs like aspirin)
- Nursing home stays that are permanent
- Non-emergency transportation (unless you are 19 or 20 and in the C/THP program)

External Appeals

If the plan decides to deny coverage for a medical service you and your doctor asked for because:

- the service was not medically necessary; or
- the service was experimental or investigational; or
- the out-of-network service was not different from a service that is available in our network;
- you can ask New York State for an independent **external appeal**. This is called an external appeal because it is decided by reviewers who do not work for the health plan or the state. These reviewers are qualified people approved by New York State. The service must be in the plan's benefit package or be an experimental treatment, clinical trial or treatment for a rare disease. You do not have to pay for an external appeal.

Before you ask for an external appeal:

1. You must file an action appeal with the plan and get the plan's final adverse determination; **or**
2. If you have not gotten the service, and you ask for a fast track action appeal with the plan, you may ask for an expedited external appeal at the same time. Your doctor will have to say an expedited external appeal is necessary; **or**
3. You and the plan may agree to skip the plan's appeals process and go directly to external appeal **or**

4. You can prove the plan did not follow the rules correctly when processing your action appeal.

You have 4 months after you receive the plan's final adverse determination to ask for an external appeal. If you and the plan agreed to skip the plan's appeals process, then you must ask for the external appeal within 4 months of when you made that agreement.

If you had a fast track action appeal and are not satisfied with the plan's decision, you can choose to file a standard action appeal with the plan or ask for an external appeal. If you choose to file a standard action appeal with the plan, and the plan upholds its decision, you will receive a new final adverse determination and have another chance to ask for an external appeal.

Additional appeals to your health plan may be available to you if you want to use them. However, if you want an external appeal, you must still file the application with the Department of Financial Services within 4 months from the time the plan gives you the notice of final adverse determination or when you and the plan agreed to waive the plan's appeal process.

You will lose your right to an external appeal if you do not file an application for an external appeal on time.

To ask for an external appeal, fill out an application and send it to the Department of Financial Services. You can call Member Services at 1-800-826-6240 (NHP) or 1-877-SHP-6789 (SHP) if you need help filing an appeal. You and your doctors will have to give information about your medical problem. The external appeal application says what information will be needed.

Here are some ways to get an application:

- Call the Department of Financial Services, 1-800-400-8882
- Go to the Department of Financial Services' website at www.dfs.ny.gov
- Contact the health plan at 1-800-826-6240 (NHP) or 1-877-SHP-6789 (SHP)

Your external appeal will be decided in 30 days. More time (up to five work days) may be needed if the external appeal reviewer asks for more information. You and the plan will be told the final decision within two days after the decision is made.

You can get a faster decision if

- your doctor says that a delay will cause serious harm to your health, or
- you are in the hospital after an emergency room visit and the hospital care is denied by the plan.

This is called an **expedited external appeal**. The external appeal reviewer will decide an expedited appeal in 72 hours or less. The reviewer will tell you and the plan the decision right away by phone or fax. Later, a letter will be sent that tells you the decision.

You may also ask for a fair hearing if the plan decided to deny, reduce or end coverage for a medical service. You may request a fair hearing and ask for an external appeal. If you ask for a fair hearing and an external appeal, the decision of the fair hearing officer will be the one that counts.



Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plan Cambios a su Manual de Afiliado de Family Health Plus Enero de 2012

Atención fuera de los E.E.U.U.

Toda atención recibida fuera de los E.E.U.U., el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana no estará cubierta por Neighborhood Health Providers (NHP) y Suffolk Health Plan (SHP).

Atención de maternidad

Las mujeres en FHPlus que se embaracen serán aptas para Medicaid porque los requisitos financieros son distintos y el tamaño de la familia cambió. Si se embaraza al estar afiliada a FHPlus, puede tomar una decisión. Tal vez quiera cambiar su cobertura de FHPlus a Medicaid. Medicaid cubre más servicios que FHPlus, que podría necesitar o no, dependiendo de sus necesidades médicas. Sin embargo, tal vez necesite consultar a un médico distinto si cambia de FHPlus a Medicaid. Debe hablar sobre esta opción con su médico y HRA para poder tomar la decisión que sea más conveniente para usted.

Su bebé será apto para recibir Medicaid. Los bebés no pueden estar cubiertos bajo FHPlus pues es un programa para adultos de 19 a 64 años de edad. Para asegurarse de que su bebé tendrá acceso a todos los servicios cubiertos por Medicaid, debe informar a la oficina de HRA cuando sepa que está embarazada y su médico debe notificar a NHP ó SHP. Ellos pueden comenzar a hacer los arreglos para la cobertura de su bebé antes de que nazca sin importar la decisión que tome. Debe elegir al medico de su bebé tan pronto como sea posible.

Si permanece en FHPlus, cubriremos:

- su atención médica durante el embarazo
- médicos/partera y servicios de hospital
- su atención médica posterior al parto

Cuidado de la salud en casa

NHP y SHP puede hacer los arreglos para que reciba consultas del cuidado de la salud en su casa (hasta 40 al año), pero por lo general esto se hace para evitar que tenga que permanecer en un hospital. Su médico debe estar de acuerdo en que sus necesidades médicas se pueden cumplir en casa con esta ayuda.

Éstas son algunas de las ocasiones en que este tipo de cuidado estaría cubierto:

- una visita médicamente necesaria para el cuidado de la salud en casa posterior al parto y visitas adicionales según sean médicamente necesarias para embarazos de alto riesgo
- otras consultas cuando sean necesarias y requeridas por su PCP o especialista

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Estos servicios **no** están disponibles en NHP ó SHP. Si usted recibe alguno de estos servicios, podría tener que pagar la factura.

- Cirugía estética si no es necesaria por razones médicas
- Servicios de un podiatra (para personas de 21 años de edad y más)
- Zapatos y plantillas ortopédicas
- Elementos personales y de bienestar
- Tratamientos para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte de NHP ó SHP (a menos que NHP ó SHP o su PCP lo remitan a ese proveedor)
- Servicios para los cuales necesita una aprobación por anticipado y no la obtuvo
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de enfermería particular
- Suministros médicos (como vendas), medicinas que se venden sin receta médica (como aspirina)
- Estancias permanentes en asilo de ancianos
- Transporte no de emergencia (a menos que tenga 19 ó 20 años de edad y esté en el programa C/THP)

Apelaciones externas

Si el plan decide negar la cobertura para un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no es necesario por razones médicas; o
- porque es experimental o investigativo; o
- el servicio fuera de la red no fue distinto al servicio que está disponible en nuestra red; puede solicitar una **apelación externa** independiente ante el Estado de Nueva York. Se llama apelación externa porque su decisión es tomada por revisores que no trabajan para el plan de salud o el Estado. Estos revisores son personas calificadas autorizadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de presentar una apelación externa:

1. Debe presentar una apelación de acción ante el plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan; **o**
2. Si no ha obtenido el servicio y solicita que se realice una apelación rápida como parte del plan, puede solicitar una apelación externa expedita al mismo tiempo. Su médico tendrá que declarar que necesita una apelación externa expedita; **o**

3. Usted y el plan pueden ponerse de acuerdo para omitir el proceso de apelaciones del plan y recurrir directamente a la apelación externa o
4. Puede demostrar que el plan no cumplió con las reglas en forma correcta al procesar su apelación.

Tiene 4 meses después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses a partir del momento en que hizo dicho acuerdo.

Si tuvo una apelación rápida y no está satisfecho con la decisión que toma el plan, puede elegir presentar una apelación estándar ante el plan o solicitar una apelación externa. Si elige presentar una apelación estándar ante el plan, y el plan no cambia su decisión, recibirá una nueva resolución adversa final y tendrá otra oportunidad de solicitar una apelación externa.

Las apelaciones adicionales a su plan de salud están a su disposición, si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea una apelación externa, debe presentar la solicitud ante el Departamento de Servicios Financieros en un plazo de 4 meses a partir del momento en que el plan lo notifica de la determinación adversa definitiva o del momento en que usted y el plan acuerdan renunciar al proceso de apelaciones.

Perderá su derecho a una apelación externa si no presenta a tiempo una solicitud de apelación externa.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-826-6240 (NHP) o 1-877-SHP-6789 (SHP), si necesita ayuda para presentar la apelación. Usted y sus médicos tendrán que dar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa incluye la información que necesitará.

Obtenga una solicitud en una de las siguientes formas:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros: www.dfs.ny.gov
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-800-826-6240 (NHP) o 1-877-SHP-6789 (SHP)

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

Usted puede obtener una decisión más rápidamente si

- su médico dice que un retraso ocasionará graves perjuicios a su salud o
- es llevado al hospital por una emergencia y el plan niega la atención del hospital.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en setenta y dos horas o menos. El revisor les informará a usted y al plan la decisión de inmediato vía telefónica o por fax. Posteriormente, le enviará una carta en la que se indica la decisión.

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