



Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plan Changes to your Medicaid 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).

PART II YOUR BENEFITS AND PLAN PROCEDURES

Maternity Care

- Pregnancy care
- Doctors/mid-wife and hospital services
- Newborn nursery care

Home Health Care

(must be medically needed and arranged by NHP or SHP)

- One medically necessary post partum home health visit, additional visits as medically necessary for high-risk women
- At least 2 visits to high-risk infants (newborns)
- Other home health care visits as needed and ordered by your PCP/specialist

Personal Care/Home Attendant

(must be medically necessary and arranged by NHP or SHP)

- Provide some or total assistance with personal hygiene, dressing and feeding and assist in preparing meals and housekeeping.
- Personal Emergency Response System (PERS) – In order to qualify and receive this service you must be receiving personal care/home attendant services.

Other Covered Services

- Durable Medical Equipment (DME) / Hearing Aids / Prosthetics /Orthotics
- Court Ordered Services
- Case Management

- Help getting social support services
- FQHC
- Family Planning
- Services of a Podiatrist for children under 21 years

Services NOT Covered:

These services are **not available** from NHP or SHP **or** Medicaid. 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)
- Personal and comfort items
- Infertility treatments
- Services from a provider that is not part of NHP or SHP, unless it is a provider you are allowed to see as described elsewhere in this handbook or NHP or SHP or your PCP send you to that provider.
- Services for which you need an approval in advance and you did not get it.

External Appeals

Before you ask for an external appeal:

- You must file an action appeal with the plan and get the plan's final adverse determination; **or**
- 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**
- You and the plan may agree to skip the plan's appeals process and go directly to external appeal; **or**
- 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 New York State 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 Medicaid 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).

PARTE II SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Atención de maternidad

- Cuidado del embarazo
- Médicos/enfermera partera y servicios hospitalarios
- Atención en pabellón de recién nacidos

Cuidado de la salud en casa

(debe ser necesario por razones médicas y los acuerdos deben ser hechos por NHP ó SHP)

- 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
- Por lo menos dos consultas para bebés de alto riesgo (recién nacidos)
- Otras consultas del cuidado de la salud en casa cuando sean necesarias y requeridas por su PCP o especialista

Atención personal/ayuda en casa

(debe ser necesaria por razones médicas y los acuerdos deben ser hechos por NHP ó SHP)

- Proporcionar ayuda parcial o total con la higiene personal, vestimenta y alimentación, así como con la preparación de alimentos y la limpieza y el mantenimiento del hogar
- Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (PERS) – Para poder ser elegible y recibir este servicio, debe estar recibiendo servicios de atención personal/ayuda en casa.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), ayudas auditivas, prótesis y aparatos ortopédicos

- Servicios requeridos por el tribunal
- Manejo de casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Servicios de un podiatra para niños menores de 21 años de edad

Servicios NO cubiertos

Estos servicios **no están disponibles** en NHP ó SHP **ni** Medicaid. 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 mayores)
- Elementos personales y de bienestar
- Tratamientos para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte de NHP o SHP, a menos que sea un proveedor al que se le permita acudir según lo descrito en alguna parte de este manual o a quien NHP ó SHP o su PCP lo hayan enviado.
- Servicios para los cuales necesita una aprobación por anticipado y no la obtuvo.

Apelaciones externas

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

del Estado de Nueva York 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.