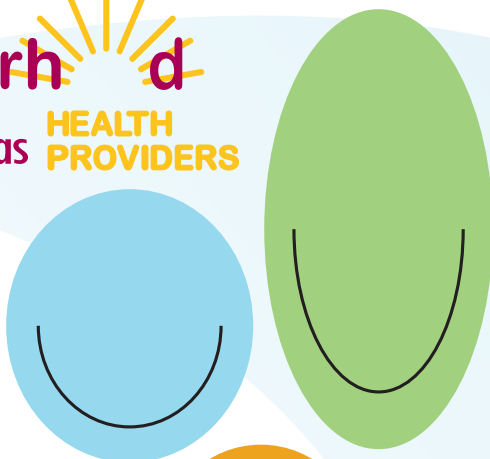


2011

Neighbor **d**
doing business as **HEALTH PROVIDERS**



Suffolk  **Health Plan**
EL PLAN DE SALUD SUFFOLK



Family Health Plus

Member Handbook

Manual de Membresía

Revised October 2011 • Effective October 1, 2011

1-877-SHP-6789 (TTY/TDD 1-800-662-1220) www.suffolkhealthplan.com



AQUÍ ENCONTRARÁ LA INFORMACIÓN QUE BUSCA

BIENVENIDO

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

PARTE 1 – LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir a su PCP.....	6
Cómo recibir atención médica regular.....	7
Cómo recibir atención médica especializada.....	8
Obtenga los servicios sin una remisión.....	10
Emergencias.....	12
Atención de urgencia.....	13
Queremos mantenerlo sano.....	13

PARTE 2 – SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios que puede recibir de Suffolk Health Plan.....	15
Copagos.....	15
Servicios cubiertos por nuestro plan.....	16
Servicios NO cubiertos.....	20
Autorización de servicios y acciones.....	21
Autorización previa y plazos.....	21
• Revisiones concurrentes y plazos.....	21
• Revisiones retrospectivas y plazos.....	23
Formas de pago a nuestros proveedores.....	24
Usted puede ayudar con las políticas del plan.....	24
Información de Servicios para Afiliados.....	24
Manténganos informados.....	25
Opciones	
1. Si quiere desafiliarse de Suffolk Health Plan.....	25
2. Usted puede no ser elegible para Family Health Plus.....	26
3. Nosotros podemos pedirle que abandone Suffolk Health Plan.....	27
4. Tal vez quiera cambiar a Medicaid gastando su dinero.....	27
5. Si se embaraza al estar afiliada a Family Health Plus.....	27
Apelaciones a acciones.....	28
Apelaciones externas.....	31
Audiencias justas.....	32
Proceso de quejas.....	33
• Cómo presentar una queja.....	33
• Qué sigue a la presentación de una queja.....	34
• Apelaciones.....	34
Derechos y responsabilidades de los afiliados.....	35
Voluntades anticipadas.....	37
Números telefónicos importantes.....	38

BIENVENIDO AL PROGRAMA SUFFOLK HEALTH PLAN FAMILY HEALTH PLUS

Nos complace que haya elegido a Suffolk Health Plan. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de Family Health Plus (FHPlus). Con el fin de conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o pedir ayuda para solicitar citas. Sin embargo, si necesita hablar con nosotros antes de que nos pongamos en contacto con usted, simplemente llámenos al 1-877-SHP-6789.

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA CONTROLADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Indudablemente ha visto o escuchado acerca de los cambios en los servicios de atención médica. Muchas personas reciben ahora sus beneficios de salud a través de la atención médica controlada. Muchos condados del Estado de Nueva York, incluida la Ciudad de Nueva York, ofrecen una serie de planes de atención médica controlada de FHPlus. Conforme al FHPlus, es necesario formar parte de un plan de atención médica controlada para poder recibir los beneficios de la atención médica.
- Suffolk Health Plan tiene contrato con el Departamento de Salud Estatal para cumplir con las necesidades de atención médica de personas con FHPlus. A cambio, seleccionamos a un grupo de proveedores de servicios de salud para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de salud constituyen nuestra “red de proveedores”. Encontrará un listado en nuestro directorio de proveedores. Si no cuenta con un directorio de proveedores, llame a Servicios para Afiliados para obtener una copia.
- Al formar parte de nuestro plan, uno de nuestros proveedores se encargará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su PCP (proveedor de atención primaria). Si necesita hacerse una prueba, consultar a un especialista o acudir al hospital, su PCP hará los arreglos correspondientes. Su PCP está disponible para usted todos los días, de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP después del horario laboral o los fines de semana, deje un mensaje indicando cómo puede ser localizado. Su PCP se pondrá en contacto con usted tan pronto como sea posible. Aunque su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, usted podrá “auto-remitirse” a ciertos médicos para recibir algunos servicios. Consulte más detalles en la página 10.
- Podría estar restringido a ciertos proveedores del plan si ha sido identificado como un destinatario restringido. Estos son algunos ejemplos de la razón por la que podría estar restringido:
 - está siendo tratado por varios médicos por el mismo problema
 - está recibiendo atención médica con más frecuencia de lo que necesita
 - está tomando medicinas prescritas en una forma que podría ser peligrosa para su salud.
 - por permitir que alguien más use su tarjeta de identificación del plan

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Este manual le ayudará a saber cómo funcionará su nuevo sistema de atención en salud y cómo puede sacar el máximo provecho de Suffolk Health Plan. Este manual es su guía para los servicios de salud. Le informa sobre los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.
- La primera parte de este manual le informará lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo para futuras consultas o léalo poco a poco.
- Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Afiliados. También puede llamar al personal de atención médica controlada de la oficina local del Departamento de Servicios. Asegúrese de decirles que es parte del Programa FHPlus.
- También puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid Choice en Nueva York, al 1-800-505-5678.

AYUDA DE SERVICIOS PARA AFILIADOS

Hay alguien dispuesto a ayudarlo en Servicios para Afiliados:
Veinticuatro horas (24), siete (7) días a la semana en el 1-877-SHP-6789,
TTY (para personas con problemas de audición) 1-800-662-1220

- Puede llamar para recibir ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos si desea elegir o cambiar su PCP, preguntar sobre los beneficios y servicios, recibir ayuda para remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, informar sobre un embarazo o el nacimiento de un nuevo bebé o **indagar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios** (por ejemplo, si obtiene un empleo que ofrece cobertura de atención en salud).
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y la mejor forma de ayudarlo. Es una gran ocasión para hacer preguntas y conocer a otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para programar la hora y el lugar que más le convengan.
- **Si no habla inglés**, podemos ayudarlo. Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, sin importar el idioma que hable. Sólo tiene que llamarnos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP que le proporcione los servicios en su idioma.
- **Para personas con discapacidades**: Si usted usa silla de ruedas, es invidente o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, contamos con servicios como:

- Máquina de TTY al 1-800-662-1220
- Información en letra de imprenta grande
- Manejo de casos
- Ayuda para hacer citas o llegar a ellas
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Una vez que se registre, le enviaremos una carta de bienvenida. Recibirá su tarjeta de identificación de Suffolk Health Plan en un plazo de 14 días a partir de la fecha de su registro. Su tarjeta tiene el nombre y el número telefónico de su PCP. También tiene su Número de Identificación de Cliente (CIN). Si tiene problemas, llámenos inmediatamente. Lleve consigo su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica. Si necesita ser atendido antes de recibir la tarjeta, su carta de bienvenida es prueba de su afiliación.

PARTE I – LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR A SU PCP

- Tal vez ya eligió a su PCP para que sea su médico de cabecera. Este profesional podría ser un médico o una enfermera con práctica médica. **Si no ha elegido a su PCP, deberá hacerlo cuanto antes.** Si no elige un PCP en un plazo de 30 días, nosotros lo haremos por usted. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o puede elegir un PCP para toda la familia. Un pediatra trata a los niños. Un médico familiar trata a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a los adultos. Servicios para Afiliados le puede ayudar a elegir su PCP.
- Debe tener, junto con este manual, un **directorio de proveedores**, que es un listado de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros proveedores que trabajan con Suffolk Health Plan. En él se incluye dirección, teléfono y capacitación especial de los médicos. El directorio de proveedores indicará qué médicos y proveedores están recibiendo pacientes nuevos. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que están recibiendo pacientes nuevos en el momento de elegir su PCP.

Si lo desea, puede encontrar un médico que:

- usted haya consultado antes,
 - entienda sus problemas de salud,
 - esté recibiendo pacientes nuevos,
 - pueda atenderlo en su propio idioma, o
 - tenga su consultorio cerca de usted
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros médicos **gineco-obstetras** para tratar los problemas de salud femenina. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un gineco-obstetra del plan. Pueden tener revisiones médicas de rutina (dos veces al año), cuidado de seguimiento si hay problemas o atención regular durante el embarazo.
 - También tenemos contrato con Federally Qualified Health Centers - **FQHC** (centros de salud autorizados por el gobierno federal). Todos los FQHC prestan atención primaria y especializada. Algunos consumidores prefieren recibir atención de los FQHC porque tienen una larga historia en el vecindario. Tal vez usted quiera probarlos porque siempre hay uno cerca. Debe saber que usted elige. Puede elegir a cualquiera de los proveedores que aparecen en nuestro directorio. O también puede registrarse con un médico de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos. Para obtener ayuda, sólo tiene que llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789. Por favor, vea el listado de FQHC participantes en su directorio de proveedores de SHP.
 - En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Suffolk Health Plan. **Hay dos casos en los cuales usted aún puede consultar al médico que tenía antes de afiliarse a Suffolk Health Plan.** En ambos casos, sin embargo, su médico debe estar de acuerdo en trabajar con Suffolk Health Plan.

1. En el momento de afiliarse, usted tiene más de 3 meses de embarazo y está recibiendo cuidado prenatal. En este caso, puede continuar con su médico hasta después de dar a luz y para el cuidado de seguimiento.
 2. En el momento de afiliarse, tiene una enfermedad o condición que pone la vida en peligro y que empeorará con el tiempo. En este caso, puede solicitar continuar con su médico hasta por 60 días.
- Si tiene una enfermedad de larga duración, como el VIH/SIDA u otros problemas de salud de larga duración, puede **elegir a un especialista como su PCP**. Si desea seleccionar a un especialista como su médico de atención primaria para tratar su problema de salud de larga duración, puede hacer una solicitud llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789. El especialista debe formar parte de nuestra red. Una vez que recibamos su solicitud, podríamos llamar al especialista para obtener información médica. Cuando tengamos esta información, nuestro Director Médico revisará su solicitud. Servicios para Afiliados se pondrá en contacto con usted en tres (3) días hábiles a partir de la recepción de toda la información, pero no más de catorce (14) días a partir de su solicitud. También recibirá nuestra decisión por escrito.
 - Si lo necesita, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días después de su primera cita con su PCP. En lo sucesivo, puede cambiar una vez cada seis meses, sin motivo, o con más frecuencia si tiene un motivo justificado. Si desea cambiar de PCP después de seis (6) meses, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789 para hablar con un representante que puede ayudarle a elegir a otro PCP. Si desea cambiar de PCP antes de seis (6) meses, puede proporcionarnos la información que sustenta un motivo justificado para cambiar de PCP antes de seis (6) meses. Una vez realizada y confirmada la selección de su PCP, recibirá por correo otra tarjeta de identificación con su nuevo PCP. También puede cambiar de gineco-obstetra o a un especialista al que su PCP lo haya remitido.

Si su **proveedor sale de Suffolk Health Plan**, se lo informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que nos enteremos de esto. Si lo desea, puede consultar a ese proveedor si tiene más de tres meses de embarazo o si está recibiendo tratamiento continuo para una enfermedad. Si está embarazada, puede continuar consultando a su médico hasta por 60 días después del parto. Si consulta a un médico regularmente por una enfermedad permanente, puede continuar con el curso normal de su tratamiento durante un máximo de 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con Suffolk Health Plan durante este periodo. Si alguna de estas situaciones aplica a su caso, consulte a su PCP o llame a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA REGULAR

“Atención médica regular” se refiere a exámenes, revisiones médicas regulares, inyecciones u otros tratamientos para mantener una buena salud, orientación cuando la necesite y remisión al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Esto significa que usted y su PCP trabajan juntos para mantener una buena salud o para ver que reciba la atención que necesita. De día o de noche, sólo tiene que hacer una llamada telefónica a su PCP. Llámelo cuando tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama después

del horario laboral o un fin de semana, deje un mensaje y dónde o cómo se le puede localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo más rápidamente posible. Recuerde: su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

- Su atención médica debe ser **“necesaria por razones médicas”**. Los servicios que usted reciba deberán ser necesarios para:
 - prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más dolor o
 - tratar algo que representa un peligro para su vida o
 - tratar un problema que podría causar enfermedad o
 - tratar algo que podría limitar sus actividades normales
- Su PCP se hará cargo de la mayor parte de sus necesidades de atención médica, pero debe tener una cita para consultar a su PCP. Si no puede acudir a una cita, llame para avisar a su PCP. Tan pronto como usted elija a su PCP, llame para hacer la primera cita. Su PCP necesitará saber tanto sobre su historial médico como usted le pueda informar. Si puede, prepare para su primera cita una lista de sus antecedentes médicos, los problemas que tiene ahora y las preguntas que desea hacerle a su PCP. En la mayoría de los casos, debe hacer su primera cita dentro de los tres meses siguientes a su afiliación al plan.
- Si necesita atención médica antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicar el problema y le darán la cita más pronto. (De cualquier modo, debe acudir a la “primera” cita).
- Utilice la siguiente lista como guía para citas en cuanto a nuestros límites de espera para después de solicitar una cita:
 - su primera cita y exámenes físicos de rutina: dentro de 12 semanas
 - atención de urgencia: dentro de 24 horas
 - consultas no urgentes: dentro de 3 días
 - atención preventiva y de rutina: dentro de 4 semanas
 - primera consulta prenatal: dentro de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero)
 - primera consulta de planificación familiar: dentro de 2 semanas
 - consulta de control después de ser hospitalizado o entrar a la sala de urgencias debido a problemas de salud mental/abuso de sustancias: 5 días
 - consulta de control debido a problemas de salud mental/abuso de sustancias no de urgencia: 2 semanas.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

- Si necesita atención que su PCP no pueda proporcionarle, éste lo **remitirá** a un especialista que sí lo pueda hacer. Si su PCP lo remite a otro médico, usted no es responsable de pagar ningún costo excepto los copagos usuales que se describen más adelante en este manual. La mayoría de estos especialistas son proveedores del plan. Hable con su PCP si considera que el especialista no

satisface sus necesidades. Su PCP le puede ayudar si necesita consultar a otro especialista. Existen algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar aprobación de nuestro plan antes de poder obtenerlos. Su PCP podrá informarle cuáles son. Como afiliado de Suffolk Health Plan (SHP) no necesita ser remitido por su PCP para recibir atención médica especializada. Cuando busque este tipo de atención, debe ver a un especialista que forme parte de la red de Suffolk Health Plan (SHP).

- Para solicitar una excepción para consultar a un especialista fuera de la red de proveedores de SHP, usted, la persona que nombre, su proveedor o PCP pueden llamar al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-250-5007 y pedir una aprobación. SHP solicitará información clínica para tomar una decisión. Nuestro Director Médico revisará la solicitud y podría hablar con su médico si fuera necesario. SHP tomará una decisión dentro de tres (3) días hábiles a partir de que se reciba toda la información necesaria pero antes de catorce (14) días a partir de su solicitud. Si usted o su proveedor consideran que detener esta decisión podría poner su salud en un riesgo grave, SHP tomará una decisión rápida que será finalizada en dos (2) días hábiles a partir de que se reciba toda la información, pero no más de tres (3) días a partir de que se reciba la solicitud. SHP podría rechazar su solicitud si ésta no demuestra que el servicio solicitado fuera de la red es significativamente distinto al servicio de salud alternativo recomendado de la red que SHP podría proporcionar. Si SHP no aprueba su solicitud, recibirá un Aviso de Acción que incluirá la siguiente información:
 - Descripción de la acción
 - Razones para tomar la acción incluyendo la razón fundamental clínica, si la hay;
 - Los derechos del afiliado para presentar una apelación a acción en forma oral o escrita
 - Una declaración de que las apelaciones orales a acciones deben ser acompañadas por una apelación a acción escrita y firmada
 - El hecho de que SHP no tomará ninguna represalia si el afiliado presenta una Apelación a Acción
 - El derecho del Afiliado de designar a un representante para que presente una Apelación a Acción en su nombre
 - Explicación de que la Apelación a Acción será finalizada en un plazo de noventa (90) días calendario a partir de que se reciba el aviso de Acción.
 - El proceso para presentar una Apelación a Acción
 - Instrucciones sobre cómo iniciar una apelación expedita si la atención es atrasada y esto pudiera incrementar significativamente el riesgo de la salud de un Afiliado
 - La información adicional de cualquier fuente para que SHP tome una decisión sobre una Apelación a Acción
 - Explicación de que la Apelación a Acción será finalizada en un plazo de treinta (30) días a partir de que se reciba la solicitud de Apelación a Acción
- Número telefónico sin costo (y/o número TTY) para saber cómo dar inicio a una Apelación a Acción oral incluyendo ayuda con servicios de interpretación
- Declaración y aviso de audiencia justa titulado “Acción Tomada sobre Atención Médica Controlada” que incluya la audiencia justa y los derechos continuos de asistencia del afiliado (miembros de Medicaid y Family Health Plus); y
- Aviso del derecho del afiliado de comunicarse con el Departamento de Salud Estatal de

Nueva York (800-206-8125) en relación con su queja

- Ayuda para coordinar o presentar una solicitud de Apelación a Acción
 - El hecho de que existen formatos de interpretación oral y alterna de materiales escritos disponibles para los afiliados con necesidades especiales y la forma en que pueden tener acceso a estos formatos alternos
 - Una declaración clara de que el aviso representa la determinación adversa inicial y usa específicamente los términos “necesidad médica” o “experimental/de investigación”
 - Una declaración de que el criterio específico de revisión clínica en el que se basó la determinación está disponible si se solicita; y
 - Una declaración de que el Afiliado podría ser apto para una apelación externa.
 - Ayuda para coordinar o presentar una solicitud de Apelación a Acción
- Si su PCP o Suffolk Health Plan lo remiten a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de pagar ningún costo excepto los copagos usuales como se describen más adelante en este manual.
 - Si necesita ver a un especialista para cuidado continuo, su PCP puede remitirlo a un número determinado de consultas o un periodo (“**remisión permanente**”).
 - Si tiene una enfermedad crónica o una enfermedad discapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede hacer los arreglos para:
 - que su especialista sea su PCP; o
 - una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su problema.
 - servicios paliativos si es un enfermo terminal

Si se le está dificultando ser referido pues considera que lo necesita, comuníquese con servicios para afiliados al 1-877-SHP-6789.

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

OBTENGA LOS SIGUIENTES SERVICIOS SIN UNA REMISIÓN

Servicios para mujeres:

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

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

Planificación familiar

- Usted puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar: orientación para contracepción, prescripciones para métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto necesario por razones médicas. Durante las consultas para estos servicios también podrá realizarse pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico. Las recetas médicas para contracepción están cubiertas por su tarjeta de beneficios de pago por servicios prestados de Medicaid. Consulte la página 14 si necesita información sobre copagos.
- No necesita remisión de su PCP para recibir estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación del plan para consultar a uno de los proveedores de planificación familiar de Suffolk Health Plan. Revise el Directorio de Suffolk Health Plan o llame a Servicios para Afiliados si necesita ayuda para encontrar a un proveedor.
- Si tiene alguna pregunta o necesita información sobre estos servicios, puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados de Suffolk Health Plan al 1-877-SHP-6789. Puede llamar a la línea de ayuda del programa Growing Up Healthy del Estado de Nueva York al 1-800-522-5006 para saber dónde puede obtener estos servicios.

Orientación y pruebas de VIH

- Puede realizarse pruebas y recibir orientación sobre el VIH en cualquier momento que reciba servicios de planificación familiar. No necesita remisión de su PCP. Sólo haga una cita con uno de nuestros proveedores de planificación familiar.
- Si desea realizarse pruebas y recibir orientación sobre el VIH, pero no como parte de un servicio de planificación familiar, su PCP puede hacer los arreglos correspondientes. O puede visitar un sitio anónimo de pruebas y orientación sobre el VIH. Para más información, llame a la Línea de Ayuda para VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS.
- Si necesita tratamiento para VIH después de recibir el servicio de pruebas y orientación, su PCP le ayudará a obtener la atención de seguimiento correspondiente.

Salud visual

Los beneficios cubiertos incluyen servicios que se necesiten de oftalmólogo, optómetra y un dispensador oftálmico e incluyen examen de ojos y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, puede recibirlos una vez cada dos años o más a menudo si es necesario por razones médicas. Sólo elija a uno de nuestros proveedores participantes. Los afiliados diagnosticados con diabetes se pueden auto-remitir a cualquier proveedor que forme parte de la red para realizarse un examen de retina dilatada una vez en un periodo de doce (12) meses.

No necesita que su PCP lo remita para realizarse un examen de los ojos o para obtener anteojos nuevos o repararlos. Sólo tiene que elegir a uno de nuestros proveedores participantes, pero recuerde que está

limitado a exámenes de los ojos y a anteojos nuevos una vez cada dos años. Si necesita consultar a un oftalmólogo para el cuidado de una enfermedad o un defecto ocular, su PCP lo remitirá. Puede llamar al proveedor de servicios de visión de SHP, General Vision Services, al 1-800-847-4661 para hacer preguntas respecto a nuestra red de servicios visuales y sus beneficios.

Evaluación de salud mental / dependencia de sustancias

Puede acudir a una (1) evaluación de salud mental y a una (1) de sustancias químicas (incluyendo abuso de alcohol y/o de sustancias) sin necesidad de una remisión dentro de un periodo de 12 meses. Debe utilizar a un proveedor de SHP pero no necesita el visto bueno de su PCP. Si necesita más consultas, su PCP le ayudará a obtener una remisión. Puede llamar al proveedor de salud conductual de SHP, Beacon Health Strategies, al 1-866-969-2661 para hacer preguntas o solicitar una remisión.

EMERGENCIAS

Usted siempre está cubierto en caso de emergencia.

Emergencia quiere decir una condición médica o de comportamiento:

- que se presenta de repente y
- tiene dolor u otros síntomas

Frente a una emergencia, alguien con un nivel medio de conocimientos sobre salud temería que una persona sufriera un daño grave a sus órganos o funciones corporales o desfiguración grave, si no se presta atención inmediata.

Ejemplos de emergencia son:

- ataque cardíaco o fuerte dolor de pecho
- sangrado que no cesa o quemadura grave
- fractura de huesos
- dificultades para respirar, convulsiones o pérdida de la conciencia
- si considera que podría hacerse daño o lastimar a otras personas
- si está embarazada y tiene señales como dolor, hemorragia, fiebre o vómito

Ejemplos que **no son emergencias**: resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, pequeñas cortadas y moretones o esguinces musculares.

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

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de urgencias. No necesita aprobación de su plan o de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

- **Si no está seguro, llame a su PCP o a SUFFOLK HEALTH PLAN.**

Infórmele a la persona con la que habla lo que está sucediendo. Su PCP o el representante de Servicios

para Afiliados DE SUFFOLK HEALTH PLAN:

- le informará qué debe hacer en casa,
 - le dirá que acuda al consultorio del PCP o
 - le dirá que acuda a la sala de urgencias más cercana.
- **Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:**
- Acuda a la sala de urgencias más cercana.

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.

- **Use la sala de urgencias sólo si tiene una EMERGENCIA.**
- **NO debe usar la sala de urgencias para problemas como gripes, dolor de garganta o infecciones del oído.**
- **Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Suffolk Health Plan al 1-877-SHP-6789.**

ATENCIÓN DE URGENCIA

Usted puede sufrir una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata.

- Se podría tratar de un episodio de vómito o diarrea persistente.
- Un tobillo dislocado o
- Una astilla que no se puede retirar.

Puede obtener una cita para una consulta de atención de urgencia para el mismo día o para el día siguiente. Llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche, ya sea que esté en casa o no. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al 1-877-SHP-6789. Dígale a la persona que contesta lo que está sucediendo. Ella le dirá qué debe hacer.

QUEREMOS MANTENERLO SANO

Además de las revisiones médicas regulares que necesita, las siguientes son otras formas de mantener una buena salud:

- | | |
|--|---|
| • Clases de educación de salud | • Clases para dejar de fumar |
| • Apoyo en duelo / pérdidas | • Lactancia y cuidado del bebé |
| • Manejo del estrés | • Control del peso |
| • Atención y nutrición prenatal | • Control del colesterol |
| • Orientación y capacitación para auto-manejo de la diabetes | • Orientación y capacitación para el auto-manejo del asma |

Llame a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789 para obtener más información y recibir un listado de las próximas clases.

MANUAL – PARTE 2

SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información para consultar cuando la necesite. Describe los servicios cubiertos y no cubiertos con FHPlus. Si tiene quejas, el manual le informará lo que tiene que hacer. El manual también contiene otro tipo de información que podría serle útil. Mantenga este manual a la mano para cuando lo necesite.

Beneficios

FHPlus cubre una serie completa de servicios o beneficios de atención de salud. Suffolk Health Plan le proporcionará o hará los arreglos para todos los servicios cubiertos. Sin embargo, puede obtener muchos servicios sin tener que ver a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar/pruebas y orientación respecto al VIH y servicios de “auto-remisión” específicos, como se menciona en la Parte 1 y otros servicios incluidos bajo **Servicios Cubiertos por Nuestro Plan** en la página 16.

Copagos

Los afiliados de FHPlus deben hacer copagos al recibir cierta atención médica y ciertos servicios. Algunas personas están exentas y no tienen que hacer estos pagos. Consulte la siguiente lista de servicios que requieren copagos, así como información sobre quién está exento. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789 o a la línea de ayuda del Departamento de Salud de Family Health Plus al 1-877-934-7587.

Servicio

- Medicamentos prescritos de marca
- Medicamentos genéricos prescritos
- Consulta clínica
- Consulta con el médico
- Consulta para servicio dental
- Pruebas de laboratorio
- Servicios de radiología (como rayos X de diagnóstico, ultrasonidos, medicina nuclear y servicios de oncología)
- Estancia en hospital para pacientes internos
- Visita no de emergencia a la sala de urgencias
- Medicamentos de venta sin receta (sólo para dejar de fumar y diabetes)
- Suministros médicos (sólo para diabetes y fórmula de nutrición enteral)

Copago

- \$6 por cada receta y resurtido
- \$3 por cada receta y resurtido
- \$5 por visita
- \$5 por visita
- \$5 por visita hasta un total de \$25 al año
- \$0.50 por prueba
- \$1 por servicio de radiología
- \$25 por estancia
- \$3 por visita
- \$0.50 por medicamento
- \$1 por suministro

Para algunos medicamentos, se podría requerir que su médico nos solicite autorizaciones previas antes de darle una prescripción. Su médico puede colaborar con Suffolk Health Plan para asegurarse que

reciba los medicamentos que necesita. Infórmese más sobre autorizaciones previas más adelante en este folleto.

Tiene la opción de elegir dónde surtir sus prescripciones. Puede ir a cualquier farmacia que participe con nuestro plan o puede surtir sus prescripciones a través de un pedido por correo a la farmacia. Si desea más información sobre sus opciones, por favor comuníquese con servicios para afiliados al 1-877-SHP-6789.

Los copagos no se aplican a los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros para planificación familiar
- Clínicas de salud mental
- Clínicas de dependencia de sustancias
- Medicamentos para salud mental (psicotrópicos)
- Medicamentos para la tuberculosis
- Medicamentos prescritos para un residente en un hogar de ancianos

No tiene que pagar los copagos si usted:

- Tiene menos de 21 años de edad
- Está embarazada
- Es residente de alguna instalación residencial basada en la comunidad con permiso de la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retraso Mental y Discapacidad del Desarrollo
- **No puede pagar el copago en cualquier momento y se lo informa al proveedor.**

No se puede negar un servicio a los afiliados de Family Health Plus que no pueden pagar el copago con base en su incapacidad para pagar. Su proveedor no puede negarse a proporcionarle atención médica o servicios porque no pueda pagarlos. (Sin embargo, seguirá debiendo al proveedor los montos de copago sin pagar y éste podría pedirle que le pague más adelante o podría enviarle una factura)

SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Usted debe recibir estos servicios de los proveedores que forman parte de nuestro plan. Todos los servicios deben ser necesarios por razones médicas y deben ser prestados por su PCP (proveedor de atención primaria) o un especialista de la red.

Atención médica regular

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

Cuidado preventivo

- revisiones médicas regulares
- pruebas y procedimientos requeridos por su PCP o especialista
- asesoría para dejar de fumar
- acceso a servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT por sus siglas en inglés) para afiliados de 19 y 20 años de edad

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 la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o 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 local del Departamento de Servicios Sociales cuando sepa que está embarazada y su médico debe notificar a Suffolk Health Plan. 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 médico 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
- asesoría para dejar de fumar para embarazadas (6 sesiones durante el embarazo y 6 sesiones posteriores al parto en un año calendario)

Cuidado de la salud en casa

Suffolk Health Plan 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:

- si permanece en el hospital menos de 48 horas después de dar a luz
- si permanece en el hospital menos de 96 horas después de que se le practique una cesárea
- otras consultas cuando sean necesarias y requeridas por su PCP o especialista

Cuidado de la salud visual

FHPlus cubre el cuidado de la salud visual de emergencia y la siguiente atención preventiva y de rutina proporcionada una vez cada periodo de veinticuatro meses:

- un examen de los ojos;
- ya sea un par de anteojos prescritos y un armazón o lentes de contacto prescritos cuando sean necesarios por razones médicas; y
- un par de anteojos de trabajo necesarios por razones médicas. Los anteojos de trabajo son lentes especiales que lo ayudan a cumplir con sus responsabilidades laborales.

Cuidado dental

SHP considera que proporcionarle un buen cuidado dental es importante para su salud en general. Ofrecemos cuidado dental a través de un contrato con DentaQuest, experto en servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina como revisiones dentales preventivas, limpiezas, rayos X, tapar caries y otros servicios para revisar si hay algún cambio o anomalía que pudiera requerir un tratamiento y/o atención de seguimiento. *No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista.*

- Si necesita encontrar a un dentista o cambiar de dentista, por favor llame a la línea de servicios dentales de SHP al 1-888-307-6549. Los representantes de atención a clientes están listos para ayudarlo. Muchos de ellos hablan su idioma o tienen un contrato con servicios de idiomas.
- También puede auto-remitirse a una clínica dental administrada por un centro dental universitario. Por favor llame a la línea de servicios dentales de SHP al 1-888-307-6549.

Atención hospitalaria

- atención como paciente interno
- atención como paciente externo
- laboratorio, rayos X, otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, podría necesitar otro tipo de atención para garantizar que permanezca en una condición estable. Según la necesidad, usted puede recibir tratamiento en la sala de urgencias, en una habitación para hospitalización o en otro lugar. Estos se denominan **Servicios después de la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 12.

Servicios de salud mental / dependencia de sustancias

Suffolk Health Plan cubrirá hasta 60 consultas como paciente externo y 30 consultas como paciente

interno al año para servicios de salud mental/dependencia de sustancias. Los servicios de salud conductual incluyen servicios para la dependencia de sustancias (incluyendo servicios para el abuso de alcohol y sustancias) y servicios para el tratamiento de la salud mental.

Los servicios de desintoxicación (servicios de desintoxicación para pacientes internos o dadas de baja para pacientes externos) no cuentan para los límites antes mencionados.

Puede llamar a nuestro proveedor de salud conductual, Beacon Health Strategies al 1-866-969-2661 si tiene alguna pregunta sobre este beneficio.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros profesionales, entre ellos:

- terapeutas ocupacionales, físicos y del lenguaje – limitado a veinte (20) visitas por terapia por año calendario
- parteras
- audiólogos
- rehabilitación cardíaca

Otros servicios cubiertos

- Servicio de transporte de emergencia
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)
- Servicios paliativos
- Ayudas auditivas /suministros auditivos
- Prótesis/aparatos ortopédicos
- Servicios requeridos por el tribunal, si están cubiertos por el plan.
- Diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis: Puede elegir consultar ya sea a su PCP o a una agencia de salud pública del condado para su diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una remisión para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios de farmacia

Los afiliados de Family Health Plus deben usar su tarjeta de identificación del plan para obtener

- medicamentos prescritos,
- suministros de insulina y para diabetes (por ejemplo, jeringas para insulina, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, lancetas y toallitas con alcohol)

- productos para dejar de fumar incluyendo productos de venta sin receta (OTC)
- medicamentos selectos de venta sin receta como Prilosec, Loratadine, Zyrtec, vitaminas
- baterías para ayuda auditiva,
- fórmulas de nutrición enteral

Debe usar una farmacia que acepte nuestro plan.

Los copagos se aplican a la mayoría de los medicamentos. No se requiere que algunos afiliados paguen estos copagos. Para ver una lista de los copagos, consulte la gráfica de Copagos en la página 20.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga autorización previa de Suffolk Health Plan para poder formular la receta. Su médico puede colaborar con Suffolk Health Plan para asegurarse que obtenga los medicamentos que necesita. Infórmese más sobre autorizaciones previas más adelante en este folleto.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Estos servicios **no** están disponibles en Suffolk Health Plan. Si usted recibe alguno de estos servicios, podría tener que pagar la factura.

- Cirugía estética si no es necesaria por razones médicas
- Cuidado de pies de rutina (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 Suffolk Health Plan (a menos que Suffolk Health Plan 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)

Podría tener que pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. Igualmente, si antes de recibirlo, usted acepta un servicio como “paciente particular” o “auto-pago”, tendrá que pagar por éste. Esto incluye:

- servicios no cubiertos (listado anterior),
- servicios no autorizados,
- servicios proporcionados por proveedores que no forman parte del Plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y ACCIONES

Autorización previa y plazos:

Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicio**. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de recibirlos:

- Cirugía estética que puede considerarse necesaria por razones médicas
- Hospitalizaciones electivas
- Radiología: imágenes de resonancia magnética, medicina nuclear, (tomografías de emisión de positrones), ecocardiogramas y sonogramas (excepto para embarazo)
- Equipo médico duradero (DME) que cueste más de \$250
- Servicios experimentales o investigativos que pueden ser necesarios por razones médicas
- Servicios prestados por un organismo de atención médica en el hogar
- Cirugía de bypass gástrico
- Resucitación cardiaca
- Ortopedia que incluya cualquier tipo de soporte, entablillado o plantilla ortopédica
- Prostética
- Hormonas de crecimiento y otros medicamentos inyectables selectivos
- Transporte: sólo no de emergencia
- Todos los servicios ambulatorios fuera de la red
- Toda la atención especializada fuera de la red
- Todos los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red

Usted o su médico pueden llamar al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-250-5007 o puede llamar a nuestro número gratuito de Servicios para Afiliados 1-877-SHP-6789 o enviar su solicitud por escrito a: Suffolk Health Plan, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.

También necesitará autorización previa si recibe actualmente uno de estos servicios, pero necesita seguir o recibir más atención. Esto incluye una solicitud para recibir atención médica en el hogar mientras esté en el hospital o después de salir de éste. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sigue después de recibir su solicitud de autorización de servicios

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y las enfermeras pertenecen al equipo de revisión. Su trabajo es garantizar que el tratamiento o servicio que solicitó es necesario por razones médicas y adecuado para usted. Ellos hacen esto comprobando su plan de tratamiento médico con estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se llama **acción**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de la salud

calificado. Si determinamos que el servicio solicitado no es necesario por razones médicas, la decisión será tomada mediante revisión clínica paritaria, que puede hacer un médico o un profesional de la salud que normalmente presta la atención médica que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión para acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos en virtud de un proceso **estándar** o **expedito**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión expedita si se cree que una demora ocasionará un daño grave a su salud. Si se niega su solicitud de una revisión expedita, se lo informaremos y su caso será manejado bajo el proceso de revisión estándar. Si está en el hospital o acaba de salir de éste y recibimos una solicitud de atención médica en el hogar, nos haremos cargo de ella como una revisión expedita. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica nos obligue a hacerlo, pero no más tarde de lo que se menciona a continuación.

Les informaremos a usted y a su proveedor tanto por teléfono como por escrito si su solicitud es aprobada o negada. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones de apelación o audiencias justas que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles cuando tengamos toda la información que necesitemos, pero le informaremos a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Revisión expedita: Tomaremos una decisión y le informaremos en un plazo de 3 días hábiles. Le informaremos antes del tercer día hábil si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil cuando tengamos toda la información que necesitemos, pero le informaremos a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Revisión expedita: Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil cuando tengamos toda la información que necesitemos.

Sin embargo, si está en el hospital o acaba de salir de éste y solicita atención médica en el hogar un viernes o un día antes de un día festivo, tomaremos una decisión a más tardar 72 horas después de obtener toda la información que necesitemos.

En todos los casos, recibirá noticias de nosotros a más tardar 3 días hábiles después de haber recibido su solicitud. Le informaremos antes del tercer día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o expedita sobre su solicitud de servicios, nosotros:

- Le escribiremos para informarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión expedita, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos posteriormente una notificación por escrito.
- Le informaremos porque el retraso es lo más aconsejable en su caso.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también pueden pedirnos que tomemos más tiempo para tomar la decisión. Esto puede suceder porque usted tiene más información para dar al plan que ayuda a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789 o envíe su solicitud por escrito a: Suffolk Health Plan, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.

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

Le notificaremos antes de la fecha que nuestro tiempo de revisión ha terminado. Pero si, por alguna razón, no le informamos antes de esa fecha, quiere decir que negamos su solicitud de autorización de servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación de acción. Consulte la sección Apelación de acción más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica:

Algunas veces haremos una revisión concurrente sobre la atención que recibe para ver si sigue necesiéndola. También podríamos revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Plazos para notificación de otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya hemos aprobado y que usted está obteniendo, debemos informarle por lo menos con 10 días de antelación al cambio del servicio.
- Si verificamos atención que se ha prestado en el pasado, tomaremos la decisión sobre el pago de ésta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si negamos el pago de un servicio, le enviaremos una notificación a usted y su proveedor el día en que se niega el pago. Usted no tendrá que pagar por la atención recibida que fue cubierta por el plan o por FHPlus aun cuando posteriormente neguemos el pago al proveedor.

FORMAS DE PAGO A NUESTROS PROVEEDORES

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos arreglos financieros especiales con nuestros médicos que pudieran afectar su uso de los servicios de salud. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789, si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes formas:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o un centro de salud, lo más probable es que reciban un sueldo. El número de pacientes que atienden no afecta su sueldo.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un honorario fijo mensual por cada paciente para quienes sirven como PCP. El honorario se mantiene estable si el paciente necesita una o varias consultas o incluso ninguna. Esto se denomina capitación.
- Algunas veces los proveedores reciben un honorario fijo por cada persona de su lista de pacientes, pero puede que parte del dinero (tal vez el 10%) se retenga para un fondo de incentivos. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han cumplido con las normas de pago adicional establecidas por Suffolk Health Plan.
- Los proveedores también pueden recibir pago por servicios prestados. Esto quiere decir que reciben un honorario acordado por el plan por cada servicio que prestan.

USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN

Valoramos sus ideas. Usted nos puede ayudar a desarrollar políticas que sirvan mejor a nuestros afiliados.

Si tiene ideas, puede informarnos sobre ellas. Tal vez le interese trabajar en uno de nuestros consejos o comités consultivos de afiliados. Llame a Servicios para Afiliados para saber cómo puede ayudar.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PARA AFILIADOS

Usted puede recibir esta información llamando a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789:

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, funcionarios, partes mayoritarias, propietarios y socios de Suffolk Health Plan.
- Una copia de los estados financieros y balances más recientes y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato más reciente de pago directo a suscriptores individuales.
- Información del Departamento de Seguros del Estado sobre quejas del usuario sobre Suffolk Health Plan
- Cómo mantenemos bajo confidencialidad sus registros médicos e información privada de los afiliados.
- Por escrito, le informaremos cómo nuestro plan controla la calidad de la atención a nuestros

afiliados.

- Le informaremos con cuáles hospitales trabajan nuestros proveedores de servicios de salud.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos las directrices que utilizamos para revisar las condiciones o enfermedades cubiertas por nuestro plan
- Si nos lo pide por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de atención médica pueden hacer su solicitud para ser parte de nuestro plan.
- Si nos lo solicita, le informaremos:
 - si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de remisión y si es así,
 - información sobre el tipo de acuerdos de incentivos usados; y
 - si se proporciona protección para parar las pérdidas a médicos y grupos de médicos.
 - Información sobre cómo está organizada y cómo funciona nuestra empresa.

MANTÉNGANOS INFORMADOS

Llame a Servicios para Afiliados **siempre que sucedan estos cambios en su vida:**

- cambia de nombre, dirección o número telefónico
- sufre un cambio en la elegibilidad para FHPlus
- está embarazada
- da a luz
- está cubierto por otro seguro de salud

OPCIONES

1. Si quiere desafilarse de Suffolk Health Plan

Puede probarnos durante 90 días. Puede solicitar desafilarse de nuestro plan por cualquier motivo en cualquier momento durante esos 90 días, si hay otro plan de FHPlus disponible donde vive. Si no sale durante los primeros 90 días de su cobertura, debe permanecer en el plan durante nueve meses, a menos que haya un motivo justificado (“**buena causa**”). Puede cambiar a otro plan si así lo desea y hay otro plan de FHPlus disponible donde vive al final de su primer año en nuestro plan.

Algunos ejemplos de “**buena causa**” son:

- Nuestro plan de salud no puede proporcionarle un proveedor de atención primaria conveniente para usted dentro de los tiempos aceptables de viaje (si los proveedores están habitualmente a 30 minutos o 30 millas de donde usted vive).
- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del Estado de Nueva York y los afiliados se ven perjudicados por ello.
- Si se muda fuera de nuestra zona de servicio.

- Usted, el plan y la oficina local del Departamento de Servicios Sociales están de acuerdo en que la desafiliación es lo mejor en su caso.
- No ofrecemos un servicio de FHPlus cubierto que pueda recibir de otro plan de FHPlus.
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que hemos optado por no cubrir y recibir el servicio por separado pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido prestarle servicios como estamos obligados a hacerlo en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Para desafiarse o cambiar de planes:

Llame a Medicaid CHOICE de Nueva York al 1-800-505-5678 y dígales que desea desafiarse o cambiar a otro plan de Family Health Plus. Los asesores de Medicaid CHOICE de Nueva York pueden ayudarlo a desafiarse o cambiar de planes de salud.

Puede hacer la transferencia por teléfono o pedir un Paquete de Transferencia. Recibirá un aviso que dirá que el cambio se hará en una fecha determinada. Le proporcionaremos la atención que necesite hasta ese momento.

El proceso tardará entre dos y seis semanas dependiendo de la fecha en que se reciba su solicitud. Puede pedir que se agilice el proceso si considera que el tiempo que tomará el proceso regular afectará aún más a su salud. También puede pedir que se agilice el proceso si se quejó porque no estuvo de acuerdo con la afiliación. Sólo llame a su Departamento local de Servicios Sociales o Medicaid CHOICE de Nueva York.

2. Usted puede no ser elegible para el Programa de Suffolk Health Plan FHPlus

Es probable que tenga que salir de Suffolk Health Plan si usted:

- se muda fuera del condado o zona de servicio,
- tiene un cambio de ingresos que lo hace no elegible para FHPlus,
- se inscribe a una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) u otro plan de seguro en su trabajo,
- recibe cobertura de Medicare,
- se inscribe al Programa de Atención Médica en el Hogar a Largo Plazo,
- va a la cárcel o
- cumple 65 años de edad.

Tendrá una **cobertura “garantizada”** por Suffolk Health Plan durante los primeros seis (6) meses de su afiliación en nuestro plan, incluso si ya no es elegible para FHPlus. Los motivos para perder su elegibilidad no deben estar relacionados con muerte, cambio de Estado o encarcelamiento. Durante este tiempo puede recibir los servicios que cubre nuestro plan. La cobertura garantizada **no** aplica si usted elije salir de Suffolk Health Plan.

3. Nosotros podemos pedirle que abandone Suffolk Health Plan

También puede perder su afiliación a Suffolk Health Plan si con frecuencia:

- se niega a trabajar con su PCP en relación a su atención o
- no cumple con las citas o
- acude a la sala de urgencias para atención que no es de emergencia o
- no observa el reglamento de Suffolk Health Plan o
- no llena los formularios honestamente o no da información veraz (comete fraude) o
- causa abuso o daño a los afiliados, proveedores o personal del plan o
- actúa de manera que nos dificulta hacer el mejor trabajo para usted y otros afiliados, incluso después de que hayamos tratado de solucionar los problemas.

4. Tal vez quiera cambiar de FHPlus a Medicaid “gastando su dinero”

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

Si sus necesidades médicas podrían ser mejor cubiertas por Medicaid y reúne los requisitos, podría ser elegible para Medicaid “gastando su dinero”.

Si sus ingresos son más altos de lo que permite Medicaid, pero sus facturas médicas son más altas que el monto de sus ingresos sobre el nivel de Medicaid, estas facturas podrían ayudarlo a que fuera elegible para Medicaid. Esto sólo se aplica a personas que:

- tienen menos de 21 años de edad, o
- están discapacitadas o son invidentes, o
- tienen hijos menores de 21 años de edad, o
- tienen más de 65 años de edad, o
- que están embarazadas (también ver abajo).

Debe contactar a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales para saber si ésta es una opción para usted. Si es así, le pedirán que deje a Suffolk Health Plan para poder recibir los beneficios de Medicaid. Puede solicitar que esto suceda más rápido si considera que la espera causará un daño a su salud o si se ha quejado porque no está de acuerdo con la afiliación a FHPlus.

5. Si se embaraza al estar afiliada a Family Health Plus

Si se embaraza, es elegible para Medicaid. Tiene la opción de permanecer con FHPlus o cambiar a Medicaid. Podría decidir cambiar a Medicaid porque cubre más servicios. Puede permanecer con Suffolk Health Plan, pero debe preguntar a su médico si seguiría siendo su paciente de Medicaid, en caso de que haga el cambio.

Su recién nacido será elegible automáticamente para Medicaid y estará afiliado a Suffolk Health Plan. Debe comunicarse con Suffolk Health Plan y la oficina local del Departamento de Servicios

Sociales para hablar sobre estas opciones y su decisión.

APELACIONES A ACCIONES

Hay ciertos tratamientos y servicios para los cuales necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe previamente en este manual. Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se llama **acción**.

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre la atención, hay pasos que puede seguir:

Su proveedor puede solicitar reconsideración:

Si nosotros tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicios y determinamos que no había una razón médica necesaria o fue experimental o investigativa y no hablamos con su médico, su médico puede solicitar hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en el periodo de una jornada laboral.

Usted puede presentar una apelación de acción:

- Si no está satisfecho con una acción que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicios, tiene al menos sesenta días hábiles, pero no más de noventa (90) días calendario para solicitar una apelación después de haber sido informado de presentarla.
- Puede hacerlo usted mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación por usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789, si necesita ayuda para presentar la apelación.
- Si usted presenta una apelación, nosotros no obraremos mal ni lo trataremos de forma diferente.
- La apelación se puede presentar vía telefónica o por escrito. Si hace la apelación por teléfono, debe darle seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarnos nuevamente el formulario.

Para presentar una apelación de acción, escriba a:

SHP Care Management Department
4944 Parkway Plaza Blvd
Suite 110
Charlotte, NC, 28217

- Para presentar una apelación de acción por teléfono, llame a nuestro Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-765-3805.

Su apelación de acción será revisada bajo el proceso expedito:

- Si usted o su médico solicitan una revisión de su apelación bajo el proceso expedito, su médico tendrá que explicar por qué un retraso causará perjuicios a su salud. Si se niega su solicitud expedita, se lo informaremos y su apelación será revisada bajo el proceso estándar; o
- Si su solicitud fue negada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo actualmente o necesita ampliar un servicio que ha sido prestado; o
- Si su solicitud fue negada cuando solicitó atención médica en el hogar después de estar hospitalizado.
- Las apelaciones expeditas pueden hacerse vía telefónica y no requieren seguimiento por escrito.

Qué sigue después de que recibimos su apelación:

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las decisiones de apelaciones de acción de carácter clínico serán manejadas por profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno es revisor clínico en paridad.
- Las decisiones de carácter no clínico serán manejadas por personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que trabajaron en su primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o la persona designada por usted pueden ver su expediente, incluidos los registros médicos y otros documentos y registros que se utilizan para tomar una decisión sobre su caso;
- También puede proporcionar información, en persona o por escrito, que se utilice para tomar la decisión. Llame al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-250-5007 si tiene dudas sobre la información que nos dará.
- Si está apelando nuestra decisión de que el servicio fuera de la red que solicitó no fue distinto al servicio que está disponible en nuestra red, pida a su médico que nos envíe lo siguiente:
 1. una declaración por escrito diciendo que el servicio que solicitó es distinto al servicio con el que contamos en nuestra red; y
 2. dos documentos como prueba médica (artículos publicados o estudios científicos) que demuestren que el servicio que solicitó es mejor para usted y no le causará un daño mayor que el servicio que tenemos en nuestra red.
- Se le informarán las razones de nuestra decisión y nuestros argumentos clínicos, si corresponden. Si todavía no está satisfecho, le explicaremos otros derechos de apelación que usted tiene o también usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones de acción:

- Apelación estándar: Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de treinta días a partir de su apelación. Le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que tomemos la decisión.

- Apelación expedita: Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación expedita se tomarán en 2 días hábiles a partir de su apelación. Le informaremos en un plazo de 3 días hábiles después de recibir su apelación, si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente le enviaremos una notificación por escrito.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o expedita sobre su apelación de acción, nosotros:

- Le escribiremos para informarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión expedita, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos posteriormente una notificación por escrito.
- Le informaremos porqué el retraso es lo más aconsejable en su caso.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir de la fecha en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien en quien confíe también puede pedirnos que tomemos más tiempo para tomar la decisión. Esto puede suceder porque usted tiene más información para dar al plan que ayuda a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al Departamento Administrativo de Atención en Salud al 1-800-250-5007 o por escrito a: SHP, Care Management Department, 4944 Parkway Plaza Blvd, Suite 110, Charlotte, NC 28217.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el plan, si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acción. Usted o alguien de confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-206-8125.

Si la negación original se debió a que dijimos:

- que el servicio no era necesario por razones médicas; o
- era experimental o investigativo; o
- el servicio fuera de la red no fue distinto al servicio que está disponible en nuestra red;

y

no le informamos a tiempo nuestra decisión sobre su apelación, se revertirá la negación inicial. Esto quiere decir que su solicitud de autorización de servicios será aprobada.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:

En ciertos casos usted puede seguir con los servicios mientras espera la decisión sobre su caso de apelación. Puede continuar con los servicios que están programados para terminar o ser reducidos, si solicita una audiencia justa:

- En un plazo de diez días a partir de la fecha en que le informemos que se niega su solicitud o que cambia la atención; o
- Antes de la fecha en que está previsto el cambio en los servicios.

Si su audiencia justa resulta en otra negación, podría tener que pagar el costo de los beneficios continuados recibidos. La decisión que usted recibe del funcionario de la audiencia justa será definitiva.

Apelaciones externas

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

1. Debe presentar una apelación de acción ante el plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan; **o**
2. Si tuvo una apelación de acción expedita y no está satisfecho con la decisión del plan, puede optar por presentar una apelación de acción estándar ante el plan o recurrir directamente a una apelación externa; **o**
3. Usted y el plan pueden ponerse de acuerdo para omitir el proceso de apelaciones del plan y recurrir directamente a la apelación externa.

Tiene 45 días después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 45 días a partir del momento en que hizo dicho acuerdo.

Las apelaciones adicionales a su plan de salud están a su disposición, si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea una apelación externa, debe presentar la solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado en un plazo de 45 días a partir del momento en que el plan lo notifica de la determinación adversa definitiva o del momento en que usted y el plan acuerdan renunciar al proceso de apelaciones.

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

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del Estado. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789, 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 Seguros del Estado, 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Seguros del Estado: www.ins.state.ny.us
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-877-SHP-6789.

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. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en tres días o menos. El revisor les informará a usted y al plan la decisión 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.

Audiencias justas

En ciertos casos, puede solicitar una audiencia justa ante el Estado de Nueva York.

- No está satisfecho con la decisión de la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o del Departamento de Salud del Estado, tomada acerca de permanecer o abandonar Suffolk Health Plan.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos acerca de la atención médica que estaba recibiendo. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus o que no tomamos la decisión en un tiempo razonable.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos y que negó la atención médica que usted necesitaba. Cree que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus.
- No está satisfecho con la decisión de que su médico no requirió los servicios que usted necesitaba. Considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Family Health Plus. Debe presentar una queja ante Suffolk Health Plan. Si Suffolk Health Plan está de acuerdo con su médico, puede solicitar una audiencia estatal justa.
- La decisión que reciba del funcionario de la audiencia justa será definitiva.

Si los servicios que recibe actualmente están programados para terminar, puede optar por solicitar la continuación de los servicios que su médico requirió mientras espera una decisión sobre su caso. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y la audiencia justa decide en su contra, podría tener que pagar el costo de los servicios que haya recibido mientras esperaba la decisión.

Para solicitar una audiencia justa, hágalo a través de una de las siguientes formas:

1. Por teléfono, llamando a la línea gratuita 1-800-342-3334
2. Por fax, 518-473-6735

3. Por Internet, www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

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

Proceso de Quejas

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le sirva de la mejor manera. Si tiene problemas, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios para Afiliados. La mayoría de los problemas se puede solucionar de inmediato. Si tiene un problema o una discrepancia con su atención o sus servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se solucionen inmediatamente por teléfono y cualquier queja que llegue por correo se manejarán de conformidad con nuestro procedimiento de quejas que se describe a continuación.

Puede pedir a alguien de su confianza (por ejemplo, un representante legal, miembro de su familia o amigo) que presente la queja por usted. Nosotros podemos ayudarle si tiene dificultades debido a impedimentos visuales o auditivos, si necesita servicios de traducción o ayuda para llenar los formularios. No le vamos a hacer las cosas difíciles ni vamos a tomar medidas en su contra por presentar una queja.

También tiene el derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York acerca de su queja al 1-800-206-8125 o escriba a: NYS Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede comunicarse con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales para presentar su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736, si su queja se relaciona con un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante el plan:

Para presentarla telefónicamente, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-SHP-6789 veinticuatro horas (24) al día, siete (7) días a la semana. Si llama después de las 5 PM, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, nosotros se lo haremos saber.

Puede escribirnos para informarnos sobre su queja o llamar al número de Servicios para Afiliados y solicitar un formulario de quejas. Debe enviarlo por correo a: SHP Member Services, Attn: Complaint Department, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina 28219-9769.

Qué sigue a la presentación de una queja:

Si no le solucionamos el problema inmediatamente por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le informará:

- quién está trabajando en su queja
- cómo ponerse en contacto con esta persona
- si necesitamos más información

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja es de carácter clínico, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados.

Después de revisar su queja:

- Le haremos saber sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder su queja, pero le informaremos a más tardar en 60 días a partir del día que recibamos su queja. Le escribiremos para informarle los motivos de nuestra decisión.
- Si una demora pone en riesgo su salud, le haremos saber sobre nuestra decisión en 48 horas a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder su queja, pero le informaremos a más tardar 7 días después de la fecha en que recibamos su queja. Llamaremos para informarle nuestra decisión o trataremos de ponernos en contacto con usted. En 3 días hábiles recibirá una carta de seguimiento de nuestra comunicación.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos todos los formularios que puede necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para hacérselo saber.

Apelaciones de quejas:

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su queja, usted o alguien de su confianza pueden presentar una **apelación de queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de queja:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene por lo menos 60 días hábiles después de que le informemos de la presentación de una apelación;
- Esto lo puede hacer usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la apelación por usted;
- La apelación debe hacerse por escrito. Si hace la apelación por teléfono, debe hacer también un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Si usted está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarnos nuevamente el formulario.

Qué sigue después de que recibimos su apelación de queja:

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

- quién está trabajando en su apelación de queja
- cómo ponerse en contacto con esta persona
- si necesitamos más información

Su apelación de queja será revisada por una o más personas calificadas de un nivel superior al de las personas que tomaron la primera decisión sobre su queja. Si su apelación de queja es de carácter clínico, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados, con por lo menos un revisor clínico en paridad, que no participaron en la primera decisión sobre su queja.

Si tenemos toda la información que necesitamos, le avisaremos nuestra decisión en 30 días hábiles. Si la demora pone en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se le informarán las razones de nuestra decisión y nuestros argumentos clínicos, si aplican. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Sus derechos

Como afiliado de Suffolk Health Plan, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin tener en cuenta el estado de salud, el sexo, la raza, el color, la religión, el origen nacional, la edad, el estado civil o la orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de Suffolk Health Plan.
- Que su PCP le informe sobre lo que está mal con usted, lo que se puede hacer y los resultados y las consecuencias probables en el idioma que usted entiende.
- Recibir una segunda opinión sobre su atención médica.
- Dar su aprobación a cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de que el plan le haya sido explicado completamente.
- Rechazar la atención y ser informado de los riesgos de esta decisión.
- Recibir una copia de su registro médico y hablar sobre él con su PCP y si es necesario

solicitar que su registro médico sea enmendado o corregido.

- Que se le garantice que su registro médico es privado y que no será compartido con nadie, con excepción de las disposiciones de la ley, el contrato o su propia aprobación.
- Usar el sistema de quejas de Suffolk Health Plan para conciliar cualquier queja o puede quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o la oficina local del Departamento de Servicios Sociales en cualquier momento que considere que no fue tratado justamente.
- Usar el sistema de Audiencias Estatales Justas.
- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para hablar en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro sin limitaciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como afiliado de Suffolk Health Plan, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Enterarse de cómo funciona su sistema de atención en salud.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o acudir a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera de ellos.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica. Llame a Servicios para Afiliados.
- Cumplir sus citas. Si ve la necesidad de cancelarlas, llame con tanta antelación como sea posible.
- Usar la sala de urgencias sólo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si no es dentro del horario laboral.

VOLUNTADES ANTICIPADAS

Es posible que llegue un momento **en el que no pueda decidir sobre el cuidado de su propia salud**. Mediante una planificación anticipada, usted puede disponer ahora que sus deseos se lleven a cabo.

- En primer lugar, deje saber a sus familiares, amigos y a su médico qué tipo de tratamiento quiere o no quiere.
- En segundo lugar, **puede designar a una persona adulta de confianza para que tome las decisiones por usted**. Hable con su PCP, familiares u otras personas cercanas a usted para que sepan lo que usted desea.
- En tercer lugar, es mejor si **pone por escrito lo que piensa**. Los siguientes documentos pueden ayudarle. No es necesario un abogado, pero puede que desee hablar con uno sobre esto. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho para calificar para beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

Poder para atención en salud (Health Care Proxy): Con este documento, usted designa a otro adulto de confianza (por lo general, un amigo o familiar) para que decida sobre la atención médica que recibirá si usted no puede hacerlo. Si hace un poder para atención en salud, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

CPR y DNR (Reanimación cardiopulmonar y Decisión de no reanimar): Usted tiene el derecho a decidir si desea tratamiento especial o de emergencia para resucitar el corazón o los pulmones, si su respiración o circulación se detienen. Si no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar, debe comunicar sus deseos por escrito. Su PCP dejará una orden de no reanimar (DNR, decisión de no reanimar) en sus registros médicos. También puede obtener un formulario DNR que debe portar y/o un brazalete que debe usar, el cual permite a cualquier proveedor de servicios médicos de emergencia conocer sus deseos.

Tarjeta de donación de órganos: Esta tarjeta informa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando usted muera. Además, marque el dorso de su licencia de conducir para hacer saber a otras personas si desea donar sus órganos y cómo lo hará.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Su PCPRevise su tarjeta de identificación de SHP

Suffolk Health Plan

Servicios para Afiliados 1-877-SHP-6789

TTY/TDD de Servicios para Afiliados1-800-662-1220

Departamento Administrativo de Atención en Salud.....1-800-250-5007

Servicios de salud visual.....1-800-847-4661

Salud mental y abuso de sustancias1-866-969-2661

Servicios dentales.....1-888-307-6549

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas).....1-800-206-8125

Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk.....1-631-854-5812

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

Farmacia..... _____

Otros proveedores de salud..... _____