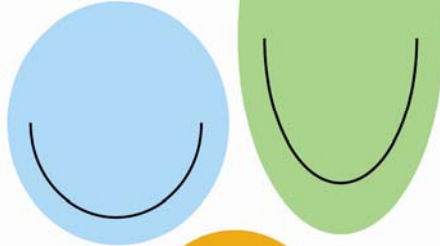


Neighborhood
HEALTH PROVIDERS
doing business as



Suffolk Health Plan
EL PLAN DE SALUD SUFFOLK

MANUAL DE MEMBRESIA

MEMBER HANDBOOK



1-877-SHP-6789

WWW.SUFFOLKHEALTHPLAN.COM

AQUÍ PODRÁ ENCONTRAR LA INFORMACIÓN QUE DESEA

BIENVENIDO

Cómo funciona la Atención Médica Administrada	2
Cómo usar este Manual	3
Ayuda de Servicios para los Miembros	3
Su Tarjeta de Identificación (ID) del Plan de Salud	4

PARTE 1 - LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir a su PCP	5
Cómo obtener Atención Médica Regular.....	6
Cómo obtener Atención Médica Especial - Remitidos.....	7
Obtenga estos servicios sin remitido	8
Emergencias	9
Atención médica urgente	10
Queremos conservar su buena salud.....	11

PARTE 2 - SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios que puede obtener del Suffolk Health Plan	12
Co-Pagos.....	12
Servicios que cubre nuestro plan.....	13
Servicios SIN cobertura	16
Autorizaciones de Servicios y Acciones.....	17
Autorización Previa.....	17
Revisiones Concurrentes y Plazos	18
Revisión Retrospectiva y Plazos	19
Cómo se les paga a nuestros proveedores	20
Usted puede ayudar con las políticas del plan	20
Información de Servicios para los Miembros	20
Manténganos informados	21
Opciones	
1. Si usted quiere abandonar el Suffolk Health Plan	21
2. Usted podría convertirse en inelegible para Family Health Plus	22
3. Nosotros podemos pedirle que se retire del Suffolk Health Plan	23
4. Usted puede querer cambiar de FHPlus a Medicaid con “spend down”	23
5. Si usted quedara embarazada mientras está inscrita en Family Health Plus.....	23
Apelaciones de Acciones.....	24
Apelaciones Externas.....	26
Audiencias Imparciales.....	27
Procedimiento para los reclamos	28
Cómo presentar un reclamo ante el plan.....	29
¿Qué sucede después?	29
Apelación de reclamos.....	30
Derechos y Obligaciones de los Miembros.....	31
Directivas anticipadas sobre atención médica	33
Números de teléfono importantes	34

BIENVENIDO AL PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS DEL SUFFOLK HEALTH PLAN

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

CÓMO FUNCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Seguramente usted ha visto o ha oído hablar sobre los cambios en la atención médica. En la actualidad, mucha gente recibe beneficios de salud mediante la atención médica administrada. Muchos condados del Estado de Nueva York, incluida la Ciudad de Nueva York, ofrecen la posibilidad de adquirir planes de atención médica administrada de FHPlus. Sin embargo, en algunos condados, puede haber solamente un plan que ofrezca FHPlus. Conforme FHPlus, la gente debe incorporarse a un plan de atención médica administrada para recibir beneficios de atención médica.
- El Suffolk Health Plan tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas en FHPlus. A su vez, nosotros seleccionamos a un grupo de proveedores de atención médica para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otras instituciones de atención médica componen nuestra “red de proveedores”. Usted encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores llame a Servicios para los Miembros para obtener una copia.
- Cuando se haga miembro de nuestro plan, uno de nuestros proveedores se ocupará de usted. La mayoría de las veces, esa persona será su PCP (Médico personal). Si necesita hacerse un estudio, consultar con un especialista o ir al hospital, su PCP hará los arreglos correspondientes. Su PCP estará a su servicio todos los días durante el día y la noche. Si necesita comunicarse con él o ella después del horario habitual de trabajo o los fines de semana, déjele un mensaje y sus datos de contacto. Su PCP se contactará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su fuente principal en relación con la atención médica, en algunos casos, usted se podrá “autoremitir” a ciertos médicos para la obtención de algunos servicios. Vea la página 7 para obtener más detalles.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Este manual le informará cómo funcionará este nuevo sistema de atención médica y cómo puede obtener el máximo beneficio del Suffolk Health Plan. Este manual es su guía para los servicios de atención médica. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.
- La primera parte de este manual le informará lo que usted debe saber inmediatamente. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Úselo como referencia o consúltelo por partes. Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o comuníquese con nuestra unidad de Servicios para Miembros. También puede comunicarse con el personal de atención médica administrada en su Departamento de Servicios Sociales local. Asegúrese de decirles que usted es miembro del Programa FHPlus. Los miembros pueden llamar a CHOICE de Medicaid Nueva York al 1-888-562-9799.

AYUDA DE SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS

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

Lunes a Viernes 9:00 AM – 5:00PM Llame al 1-877-SHP-6789
Para TTY Llame al 1-800-662-1220

Si necesita ayuda en otro momento, llame al 1-877-SHP-6789 y una operadora le asistirá.

- Puede llamar para solicitar ayuda **todas las veces que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para escoger o cambiar su PCP, consultar sobre los beneficios y servicios, recibir ayuda con los remitidos, reemplazar una tarjeta de identificación (ID) perdida, informarnos sobre un embarazo o el nacimiento de un(a) hijo(a) o **consultar sobre cualquier cambio que podría afectar sus beneficios** (por ejemplo, si consigue un trabajo que brinda cobertura de atención médica).
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** donde se explica nuestro plan de salud y la forma en que mejor podemos ayudarlo. Es una buena oportunidad para que usted haga preguntas y conozca a otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para fijar el horario y el sitio que más le convengan.
- **Si no habla inglés**, nosotros le podemos ayudar. Queremos que sepa cómo usar su plan de atención médica, sin importar qué idioma hable. Simplemente llámenos y encontraremos la forma de comunicarnos con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de gente que le puede ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP que pueda atenderlo en su idioma.
- **Para las personas discapacitadas:** Si usa silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda extra. Le diremos si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o si se encuentra equipado con dispositivos de comunicación. Asimismo, tenemos los siguientes servicios:

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

- Máquina para TTY/TDD 1-800-662-1220
- Información en letra grande
- Administración de casos
- Ayuda para hacer citas o llegar a ellas
- Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DEL PLAN DE SALUD

Después de su inscripción, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta del Suffolk Health Plan debe llegarle dentro de los 14 días posteriores a su fecha de inscripción. Su tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su PCP. También contendrá su número de identificación de cliente (CIN). Si es incorrecto, llámenos enseguida. Lleve consigo su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica. Si necesitara atención médica antes de que reciba su tarjeta, su carta de bienvenida servirá como prueba de que usted es miembro. Puede acceder a todos los beneficios que cubre FHPlus usando la Tarjeta de Identificación de su plan.

PARTE 1 - LO PRIMERO QUE DEBE SABER

CÓMO ELEGIR A SU PCP

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

Probablemente, usted desea encontrar un médico:

- a quien ha consultado anteriormente,
 - que comprenda sus problemas de salud,
 - que acepte nuevos pacientes,
 - que pueda atenderle en su propio idioma, o
 - a quien usted pueda llegar fácilmente.
- Las mujeres también podrán escoger uno de nuestros médicos **OB/GYN** para tratar los asuntos relacionados con la salud de las mujeres. Ellas no necesitan un remitado del PCP para consultar con un médico OB/GYN del plan. Podrán tener exámenes de rutina (dos veces por año), recibir atención médica de seguimiento si hubiera un problema o atención médica regular durante el embarazo.
 - Las FQHC (Clínicas Federalmente Calificadas) brindan atención médica primaria y especial. Algunas personas desean recibir atención médica de las FQHC porque dichas clínicas tienen un largo historial en el vecindario. Aunque nosotros no tenemos un contrato con las **FQHC**, ofrecemos servicios similares. Por ejemplo, además de la atención médica primaria y especial, estas clínicas tienen servicios de asistencia social, administración de casos y clases para ayudarle a dejar de fumar, controlar la diabetes o perder peso. Tenemos todos estos servicios también. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros al 1-877-SHP-6789.
 - En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores del Suffolk Health Plan. **Hay dos casos en los que usted podrá ver a otro médico que tenía antes de convertirse en miembro** del Suffolk Health Plan. Sin embargo, en ambos casos su médico deberá estar de acuerdo en trabajar con el Suffolk Health Plan.

1. Usted está embarazada de más de 3 meses al incorporarse y está recibiendo atención médica prenatal. En ese caso, usted podrá conservar a su médico hasta después del parto y de la atención médica de seguimiento.
 2. En el momento de su incorporación, usted tiene una enfermedad mortal o una afección que empeora con el correr del tiempo. En ese caso, usted podrá solicitar continuar con su médico durante 60 días como máximo.
- Si tiene una enfermedad de larga duración, como VIH/SIDA u otros problemas de salud a largo plazo, podrá **escoger un especialista que actuará como su PCP**. Para solicitarlo, su PCP deberá completar una Solicitud de Consentimiento Previo de Suffolk Health Plan. El Director Médico del Suffolk Health Plan revisará todas las solicitudes. El Suffolk Health Plan aprobará que un especialista actúe como PCP durante seis meses como máximo. En ese momento, el Suffolk Health Plan reevaluará la solicitud.
 - Si fuera necesario, usted podrá **cambiar su PCP** dentro los primeros 30 días posteriores a la primera cita con su PCP. Después de ello, usted podrá cambiarlo una vez cada seis meses, sin motivo alguno, o con mayor frecuencia si tuviera una razón válida. Usted también puede cambiar a su OB/GYN o el especialista al cual lo haya remitido su PCP.
 - Si su **proveedor se fuera** del Suffolk Health Plan, se lo informaremos dentro de los 15 días a partir del momento en que tomamos conocimiento de ello. Si así lo desea, usted podrá continuar consultando a dicho proveedor si estuviera embarazada de más de tres meses o si estuviera recibiendo un tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, podrá seguir atendiéndose con su médico durante un máximo de 60 días luego del parto. Si usted se atiende regularmente con un médico por una afección continua, podrá seguir con el curso actual del tratamiento durante un máximo de 90 días. Su médico deberá estar de acuerdo en trabajar con el Suffolk Health Plan durante dicho período. Si alguna de estas condiciones se aplicara a su persona, consulte con su PCP o llame a Servicios para los Miembros al **1-877-SHP-6789**.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA REGULAR

“Atención médica regular” se refiere a los exámenes, examinaciones de rutina, inyecciones u otros tratamientos destinados a mantener su buena salud, a asesorarle cuando lo necesite y a remitirle al hospital o a los especialistas cuando sea necesario. Esto significa que usted y su PCP trabajan juntos para mantenerle sano o para verificar que usted esté recibiendo la atención que necesita. Durante el día o la noche, su PCP está al alcance de un llamado telefónico. Asegúrese de llamarle cuando tenga una pregunta o una inquietud médica. Si usted llama fuera de horario o durante el fin de semana, deje un mensaje y especifique dónde o cómo podemos contactarle. Su PCP le contestará su llamado tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP le conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

- Su atención deberá ser “**médicamente necesaria**”. Los servicios que reciba deberán ser necesarios:

- para prevenir o diagnosticar y corregir algo que podría causar un sufrimiento mayor, o
 - para tratar un peligro de muerte, o
 - para tratar un problema que podría causar alguna enfermedad, o
 - para tratar algo que podría limitar sus actividades normales.
- Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica - pero usted deberá tener una cita para consultar a su PCP. Si alguna vez no pudiera asistir a una cita, llame a su PCP para avisarle. Tan pronto como escoja a un PCP, llámelo para concertar una primera cita. Su PCP necesitará conocer todo lo que usted pueda contarle sobre su historia médica. Si puede, prepárese para su primera cita. Haga una lista sobre sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga en la actualidad y las preguntas que quiera hacerle a su PCP. En la mayoría de los casos, la primera cita deberá hacerse dentro de los tres meses desde el momento de su incorporación al plan.
 - Si necesita atención médica antes de su primera cita, comuníquese al consultorio de su PCP para explicar el problema. Él o ella le concederá una cita más temprana. (Igualmente deberá asistir a su “primera” cita.)
 - Use la siguiente lista como guía de citas para conocer nuestros límites en cuanto al tiempo que puede tener que esperar después de haber solicitado una cita:
 - su primera cita y exámenes físicos de rutina: dentro de las 12 semanas
 - atención médica urgente: dentro de las 24 horas
 - visitas por enfermedades sin urgencia: dentro de los 3 días
 - atención médica de rutina y preventiva: dentro de las 4 semanas
 - primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1er. trimestre (2 semanas durante el 2do., 1 semana durante el 3ro.)
 - primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
 - visita de seguimiento después de estar en ER por trastornos de conducta o visita para paciente hospitalizado: 5 días
 - visita sin urgencia por trastornos de conducta: 2 semanas.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL - REMITIDOS

- Si usted necesita cierta atención médica que su PCP no puede brindarle, éste(a) le **REMITIRÁ** a un especialista que pueda hacerlo. Si su PCP le remite a otro médico, nosotros pagaremos dicha atención médica. La mayoría de estos especialistas son proveedores del plan. Si no tuviéramos un especialista en nuestro plan que pueda brindarle la atención médica que necesita, le brindaremos dicha atención médica mediante un especialista externo a nuestro plan. Hable con su PCP para asegurarse de conocer la forma en que funcionan los remitidos. Si considera que el especialista no satisface sus necesidades, háblelo con su PCP. Su PCP podrá ayudarlo si usted necesita hacer una consulta con un especialista diferente. Hay algunos tratamientos y servicios sobre los cuales su PCP deberá solicitar la aprobación de nuestro plan antes de que usted los reciba. Su PCP le informará cuáles son.

- Si no tuviéramos un especialista en nuestro plan que pueda brindarle la atención médica que necesita, le brindaremos dicha atención médica mediante un especialista externo a nuestro plan. El proceso para solicitar un proveedor externo a nuestra red se explica en la página 19 bajo "Solicitudes de los Miembros de Proveedor Externo a la Red". Si su PCP o el Suffolk Health Plan le remite a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable de los gastos excepto los co-pagos usuales descritos en este manual.
- Si necesita ver a un especialista por una atención médica continua, su PCP podrá remitirlo por una cantidad específica de visitas o durante un período de tiempo (un "remitido permanente"). Si tiene un remitido permanente, no necesitará un nuevo remitido cada vez que necesite atención médica.
- Si padece una enfermedad a largo plazo o una enfermedad que lo incapacite que empeora con el correr del tiempo, su PCP podrá arreglar lo siguiente:
 - que su especialista actúe como su PCP; o
 - un remitido a una clínica especial donde se haga el tratamiento que requiere su problema.
 - servicios de hospicio si usted es un enfermo terminal

También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar ayuda para el acceso a una clínica especial.

OBTENGA ESTOS SERVICIOS - SIN REMITIDO

Servicios para las mujeres:

No necesita un remitido de su PCP para hacer una consulta con nuestros proveedores SI

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

Planificación familiar

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

Usted no necesita un remitido de su PCP para obtener estos servicios. De hecho, puede elegir el lugar donde recibirá estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación de SHP para consultar con uno de los proveedores de planificación

familiar de SHP. Consulte el Directorio de Proveedores del plan o comuníquese con los Servicios para los Miembros para que lo ayuden a encontrar algún proveedor.

Pruebas de VIH y Asesoramiento

Usted podrá realizarse una prueba de VIH y obtener orientación al respecto toda vez que reciba los servicios de planificación familiar. Usted no necesita un remitido de su PCP (médico personal). Simplemente, haga una cita con uno de nuestros proveedores de planificación familiar.

- Si usted desea hacerse la prueba de VIH y obtener orientación al respecto, pero no como parte de un servicio de planificación familiar, su PCP podrá hacer los arreglos necesarios. De lo contrario, podrá visitar un sitio para la realización de pruebas anónimas de VIH y orientación al respecto. Para obtener información, llame a la Línea de Ayuda Directa de Orientación sobre VIH de NYS al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS.
- Si necesitara un tratamiento por VIH después del servicio de realización de pruebas y orientación, su PCP le ayudará a obtener atención médica de seguimiento.

Atención médica para los ojos

Usted no necesita un remitido de su PCP para un examen de ojos, o para obtener anteojos nuevos o para que le reparen los anteojos. Simplemente deberá escoger uno de nuestros proveedores participantes. Pero recuerde que su límite es un examen de ojos y un nuevo par de anteojos una vez cada dos años. Si necesita consultar con un especialista de ojos sobre alguna enfermedad o defecto de la visión, su PCP lo remitirá.

Evaluación sobre Trastornos de Conducta

Usted podrá hacerse una (1) evaluación de salud mental y (1) de dependencia de químicos (incluyendo abuso de alcohol y/o drogas) sin remitido alguno en cualquier período de 12 meses. Usted debe usar un proveedor del Suffolk Health Plan, pero no necesita la aprobación de su PCP. Si necesita hacer más consultas, su PCP lo ayudará a conseguir un remitido.

Atención médica dental

Los servicios cubiertos generalmente incluyen servicios dentales regulares y de rutina, materiales y dispositivos necesarios para aliviar condiciones de salud. Los inscriptos podrán autoremítirse a un proveedor del plan.

EMERGENCIAS

Usted siempre tendrá cobertura en casos de emergencia.

Una **emergencia** se refiere a una condición médica o trastorno de conducta:

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

Ello haría que cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud tema que alguna persona sufra un daño grave en las partes o funciones del cuerpo o una desfiguración grave si no recibiera atención médica inmediata. Los siguientes son ejemplos de emergencias:

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

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

Si usted cree que tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias. No necesita la aprobación previa de su plan o de su PCP para recibir atención médica de emergencia y no se le exigirá que use nuestros hospitales o médicos.

- **Si no está seguro, llame a su PCP o al Suffolk Health Plan.**

Explique lo que está sucediendo a la persona con la que hable. Su PCP o representante de servicios para los miembros del Suffolk Health Plan:

- le dirá qué debe hacer en su casa,
 - le dirá que se dirija al consultorio de su PCP, o
 - le dirá que se dirija a la sala de emergencias más cercana.
- **Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia:**
 - Diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.

- **Use la sala de emergencias solamente si tiene una EMERGENCIA.**
- La sala de emergencias NO debe usarse para problemas como la gripe, dolores de garganta o infecciones del oído.
- **Si tiene alguna pregunta, llame a su PCP o al Suffolk Health Plan al 1-877-SHP-6789.**

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

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

- Podría tratarse de un episodio de vómitos o diarrea persistente.
- Podría ser el caso de un tobillo dislocado o una esquirola que no puede quitar.
- Podrá solicitar una cita para atención médica de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Ya sea que se encuentre en su casa o fuera de ella, llame a su PCP en cualquier momento, durante el día o la noche. Si no puede acceder a su PCP, llámenos al **1-877-SHP-6789**. Informe lo que está sucediendo a la persona con la que hable. Ellos le dirán qué debe hacer.

QUEREMOS CONSERVAR SU BUENA SALUD

Además de las exámenes de rutina que necesita, aquí figuran otras formas de conservar su buena salud:

- Clases de educación sobre la salud
 - Apoyo psicológico por penas/pérdidas
 - Control de estrés
 - Atención médica prenatal y nutrición
 - Amamantamiento y atención médica del bebé
 - Clases para dejar de fumar
 - Asesoramiento sobre diabetes
 - Control del peso
 - Control del colesterol
- Llame a Servicios para los Miembros al **1-877-SHP-6789** para conocer más al respecto y obtener una lista de las próximas clases.

MANUAL – PARTE 2

SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

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

Beneficios

FHPlus cubre un conjunto integral de servicios o beneficios de atención médica. El Suffolk Health Plan le brindará o arreglará todos los servicios cubiertos. Sin embargo, también podrá obtener algunos servicios sin tener que remitirse a su PCP. Éstos incluyen atención médica de emergencia, la planificación familiar/la realización de pruebas de VIH y la orientación al respecto; y los servicios específicos de “autoremisión”, que se mencionan en la Parte 1.

Co-Pagos

Los miembros de FHPlus deben efectuar co-pagos al recibir ciertos servicios y atención médica. Aún si usted es remitido por su Médico Personal (PCP) a un especialista que no participa del Suffolk Health Plan, no se le exigirá que pague más que estos co-pagos. Algunas personas están exentas y no tienen que efectuar estos pagos. Vea la siguiente lista de servicios que requieren co-pagos y la información acerca de quiénes están exentos. Si usted tienes alguna pregunta, puedes llamar servicios del miembro en **1-877-SHP-6789** o el departamento del Estado de Nueva York de la salud de Family Health Plus línea de la información en 1-877-934-7587. Si usted tienes pregunt sobre la ventaja de la farmacia, por favor llame a la línea de ayuda de Medicaid en 1-800-541-2831.

- Si usted tiene alguna pregunta podrá llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 o a la Línea directa de Co-Pagos del Departamento de Salud al 1-800-541-2831.

Servicio

- Recetas de medicamentos de marca
- Recetas de medicamentos genéricos
- Visita clínica
- Visita médica
- Visita por servicios dentales
- Análisis de laboratorio
- Rayos X
- Hospitalización
- Visitas sin urgencia a la sala de emergencias
- Medicamentos que no requieren receta médica (sólo para dejar de fumar y diabetes)
- Materiales sanitarios

Co-Pago

- \$6 por cada receta y repuesto
- \$3 por cada receta y repuesto
- \$5 por visita
- \$5 por visita
- \$5 por visita hasta un total de \$25 al año
- \$0,50 por análisis
- \$1 por rayo x
- \$25 por estadía
- \$3 por visita
- \$0.50

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

(sólo para diabetes y fórmula enteral) \$1

Los co-pagos no se aplican a los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar y materiales
- Clínicas de salud mental
- Clínicas de dependencia de químicos
- Medicamentos para enfermedad mental
- Medicamentos para tuberculosis
- Medicamentos recetados para residentes de una Institución de Atención Médica para Adultos

Usted no tiene que pagar el co-pago:

- Si es menor de 21 años
- Si está embarazada
- Si es un(a) residente permanente de un asilo
- Si es un(a) residente de una institución residencial basada en la comunidad con licencia de la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retardo Mental y Discapacidad del Desarrollo
- **Si no puede pagar el co-pago en cualquier momento y le indica al proveedor que no lo puede pagar.**

No podrá negársele el servicio a los miembros de Family Health Plus que no puedan pagar el co-pago en base a su imposibilidad de pagar. Su proveedor no podrá negarse a brindarle atención médica o servicios porque usted es incapaz de pagar. (Sin embargo, usted le va a deber los montos impagos de co-pago al proveedor, y éste podrá solicitarle el pago después o enviarle una factura).

SERVICIOS QUE CUBRE NUESTRO PLAN

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

Atención médica regular

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

Atención médica de prevención

- exámenes de rutina
- pruebas y procedimientos ordenados por su PCP o especialista

Atención médica por maternidad

Las mujeres que sean miembros de FHPlus y queden embarazadas podrán calificar para Medicaid ya que los requisitos financieros son diferentes y cambia el tamaño de la

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

familia. Si usted queda embarazada mientras está inscrita en FHPlus debe hacer una elección. Usted puede querer cambiar la cobertura de FHPlus por Medicaid. Medicaid cubre más servicios que FHPlus, los cuales usted podrá necesitar o no, dependiendo de sus necesidades médicas. Sin embargo, puede necesitar ver a un médico diferente si cambia de FHPlus a Medicaid. Tendrá que discutir esta opción con su médico y la oficina del Departamento de Servicios Sociales local o la Administración de Recursos Humanos (HRA) para que tome la decisión que mejor satisfaga sus necesidades.

Su bebé será elegible para Medicaid. Los bebés no pueden estar cubiertos por FHPlus – 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, usted necesita informar a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales o de la HRA que está embarazada y su médico deberá notificar al Suffolk Health Plan. Ellos pueden comenzar a arreglar la cobertura de su bebé antes de que nazca sin importar la elección que usted hizo para sí misma. Deberá seleccionar el médico de su bebé tan pronto como sea posible.

Si permanece en FHPlus, nosotros cubriremos:

- atención médica por embarazo
- servicios de médicos/parteras y servicios hospitalarios
- atención médica postparto

Atención médica en el hogar

El Suffolk Health Plan puede acordar algunas visitas de atención médica en el hogar (hasta 40 por año), pero esto generalmente se hace para evitar que se tenga que quedar en el hospital. Su médico debe estar de acuerdo en que sus necesidades médicas pueden ser satisfechas en su hogar con esta ayuda. Estos son algunos casos en los que esto 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 un nacimiento por cesárea
- otras visitas que sean necesarias y que ordene su PCP/especialista

Atención médica para la vista

FHPlus cubre la atención médica de emergencia para ojos y la siguiente atención médica preventiva para ojos y de rutina una vez en cualquier período de veinticuatro meses:

- un examen de ojos;
- un par de anteojos recetados y marco o lentes de contacto recetados cuando sea médicamente necesario; y
- un par de anteojos ocupacionales médicamente necesarios. Los anteojos ocupacionales son lentes especiales que le permiten llevar a cabo sus tareas laborales.

Atención médica en hospitales

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

Atención médica de emergencia

- Los servicios de atención médica de emergencia consisten en procedimientos, tratamientos o servicios que sean necesarios a fin de evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención médica de emergencia, puede necesitar otro tipo de atención médica para asegurarse de que permanece en una condición estable. Según la necesidad existente, se le puede tratar en la sala de emergencias, en una sala del hospital para pacientes hospitalizados o en otro entorno. Estos se denominan Servicios de Postestabilización.
- Para conocer más sobre los servicios de emergencia, vea la página 9.

Servicios relacionados con trastornos de conducta

El Suffolk Health Plan cubre hasta 60 visitas para pacientes externos y 30 visitas para pacientes hospitalizados por servicios relacionados con trastornos de conducta. Los Servicios relacionados con Trastornos de Conducta incluyen Servicios de Dependencia de Químicos (incluyendo servicios por abuso de alcohol y drogas) y los Servicios de Tratamiento de Salud Mental.

Los Servicios de Desintoxicación (Desintoxicación para Pacientes Hospitalizados y Servicios por Descontinuación o Supresión de Fármacos u otros Tratamientos para Pacientes Hospitalizados o Externos) no cuentan con relación a los límites mencionados anteriormente.

Atención médica especial

Incluye los servicios de otros profesionales, como

- terapeutas ocupacionales, físicos o del habla que sean necesarios a corto plazo
- parteras
- audiólogos

Otros servicios cubiertos

- Ambulancia de emergencia
- Equipo Médico Durable (DME)

- Servicios de hospicio
- Accesorios/Materiales para la audición
- Prostética/Ortótica
- Dentales
- Servicios ordenados por un tribunal, si los cubre el plan.
- Diagnóstico y Tratamiento de TB - Usted puede optar por dirigirse a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para recibir un diagnóstico y/o tratamiento. No necesita un remitido para dirigirse a la agencia de salud pública del condado.

Beneficio usando su tarjeta de identificación de Medicaid. En el 1 de octubre de 2008 va a haber un cambio en cómo usted obtiene sus beneficios de la farmacia. Sus beneficios co-pagos de la farmacia no van a cambiar. En el día 1 de octubre de 2008, los miembros de Family Health Plus usarán su tarjeta de identificación de Medicaid para los siguientes beneficios de farmacia: sus prescripciones, los productos de la cesación que fuman, los productos de la prótesis de oído y las fuentes del diabético. Debes utilizar la farmacia que acepta Medicaid.

SERVICIOS SIN COBERTURA

Estos servicios no están disponibles a través del Suffolk Health Plan. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura correspondiente.

- Cirugía cosmética si no fuera médicamente necesaria
- Podología de rutina (para las personas mayores de 21 años)
- Artículos personales y de confort
- Tratamientos por infertilidad
- Servicios que brinda un proveedor que no es parte del Suffolk Health Plan (a menos que el Suffolk Health Plan o su PCP lo envíen a ese proveedor)
- Los servicios que no sean aprobados por adelantado por su PCP
- Servicios de atención médica personal
- Servicios privados de enfermería
- Materiales sanitarios (como vendas), medicamentos no recetados (que no requieren receta médica, como la aspirina)
- Estadías en asilos que sean permanentes
- Transporte sin emergencia (a menos que tenga 19 ó 20 y esté en el programa C/THP)

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

- los servicios sin cobertura (que se enumeran anteriormente),
 - los servicios no autorizados,
 - los servicios que brindan los proveedores que no son parte del Plan.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros al **1-877-SHP-6789**

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y ACCIONES

Autorización previa:

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

Los siguientes tratamientos o servicios deben estar aprobados antes de que usted los reciba:

- Todas las admisiones electivas o del horario
- MRIs (proyección de imagen de resonancia magnética), proyección de imagen nuclear de la medicina (PET/SPECT), ecos y Sonograms (excepto maternidad)
- Rehabilitación Cardíaca
- Orto y Odontología mayor de \$250
- Diálisis de los riñones
- Quimioterapia
- Cirugía gástrica de Puente
- Equipo medico durable (DME) mayor de \$250;
- Cuida medico casero
- Radioterapia
- Hormonas de crecimiento y otras medicaciones inyectables selectivas.
 - Todos fuera de servicios del ambulatorio de la red
 - Todos fuera de remisiones del especialista de la red

El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su proveedor debe llamar al Departamento de Revisión de Utilización de SHP al 1-800-205-5007. El programa de Revisión de Utilización opera de 9:00A.M. a 5:00P.M., de lunes a viernes. En los fines de semana, feriados y otras ocasiones, un contestador automático responde los llamados

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

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

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Médicos y enfermeras están en el equipo de revisión. Su tarea consiste en asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea una

necesidad médica y lo correcto para usted. Esto lo hacen verificando su plan de tratamiento frente a los estándares médicamente aceptables.

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

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

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

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

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

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente:

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

que hayamos recibido su solicitud. Alrededor del tercer día hábil le diremos si necesitamos más información.

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

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

Usted, su proveedor o alguien en quien usted confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para entregar al plan que ayude a tomar una decisión sobre su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-877-SHP-6789 o por escrito.

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

Le notificaremos cuando haya vencido nuestro tiempo de revisión. Pero si por alguna razón no tuviera noticias nuestras en esa fecha, ello implicará una negación de su solicitud de autorización de servicio. Si usted no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentarnos una apelación de acción. Remítase a la sección de Apelación de la Acción más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica:

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

Plazos de notificación para otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo, debemos avisarle con una anticipación mínima de 10 días antes de cambiar el servicio.
- Si estamos verificando la atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de dicha atención dentro de los 30 días de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si negamos el pago por un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que se niegue el pago. Usted no tendrá que pagar por ninguna atención médica que

haya recibido y que estaba cubierta por el plan o FHPlus, aún cuando después le neguemos el pago al proveedor.

Solicitudes de los Miembros de Proveedor Externo a la Red (OON):

Si usted necesita servicios médicamente necesarios, el Suffolk Health Plan no tiene un proveedor de la red que pueda dar estos servicios y esta solicitud no fue hecha por su PCP, usted podrá solicitar un Proveedor Externo a la Red (OON) para su atención médica. El Suffolk Health Plan evaluará la necesidad de un Proveedor Externo a la Red según cada caso individual. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, usted o su proveedor deben llamar al Departamento de Revisión de Utilización del SHP al 1-800-205-5007. El programa de Revisión de Utilización opera de 9:00A.M. a 5:00P.M., de lunes a viernes. En los fines de semana, feriados y otras ocasiones, un contestador automático responde los llamados. Los plazos, el proceso para apelaciones y la documentación requerida son los mismos que se describen anteriormente para todas las autorizaciones y solicitudes de autorización de servicios previas que comienzan en la página 16.

CÓMO SE LES PAGA A NUESTROS PROVEEDORES

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

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

USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN

Nosotros valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que beneficien a nuestros miembros. Si tiene alguna idea, cuéntenosla. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros consejos o comités de asesoramiento para miembros. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar cómo puede ayudarnos.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

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

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

MANTÉNGANOS INFORMADOS

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

- usted cambia de nombre, dirección o número de teléfono
- usted tiene un cambio en alguna circunstancia que pueda afectar su elegibilidad para FHPlus
- está embarazada
- da a luz
- obtiene la cobertura de otro seguro médico

OPCIONES

1. Si USTED quiere abandonar el Suffolk Health Plan

Podrá probar con nosotros durante 90 días. Usted puede solicitar su retiro del plan por cualquier razón y en cualquier momento durante esos 90 días, si hay otro plan FHPlus disponible donde usted vive. Si no se va durante los primeros 90 días de su cobertura,

deberá permanecer en el plan durante nueve meses más, salvo que tenga una razón válida (“**motivo suficiente**”) para no hacerlo. Al finalizar su primer año en nuestro plan usted podrá cambiar a otro plan si lo desea y si hay otro plan FHPlus disponible donde usted vive.

Estos son ejemplos de “**motivo suficiente**”:

- No podemos brindarle un PCP adecuado dentro de tiempos de distancia adecuados (30 minutos o 30 millas de su hogar, si eso es lo usual donde usted vive).
- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del Estado de Nueva York y los miembros se ven perjudicados por este motivo.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el LDSS concuerdan en que la cancelación de la membresía es lo mejor para usted.
- No contratamos con FQHCs (Centro de Salud Federal Calificados) y quieres conseguir su cuidado de FQHC..

LLame a CHOICE de Medicaid Nueva York al 1-800-505-5678 y dígales que usted quiere que le transfieran a otro plan de Family Health Plus. Usted puede transferir sobre el teléfono o pedir un paquete de la transferencia. Conseguirás un aviso que el cambio ocurra por cierta fecha. Proporcionaremos el cuidado que necesitas hasta entonces.

2. Usted podría convertirse en inelegible para el Programa FHPlus del Suffolk Health Plan

Puede suceder que usted deba abandonar el Suffolk Health Plan si:

- se mudara fuera del condado o del área de servicios,
- tiene un cambio en sus ingresos que lo hace inelegible para FHPlus,
- se inscribiera en un HMO o en otro plan de seguro a través del trabajo,
- recibe cobertura de Medicare,
- se inscribiera en un Programa de atención médica en el hogar a largo plazo,
- está en la cárcel, o
- cumple los 65 años de edad.

Se le "**garantiza**" **cobertura** por parte del Suffolk Health Plan durante los primeros seis (6) meses de su inscripción – aún si ya ha dejado de ser elegible para FHPlus. Las razones de la pérdida de elegibilidad no deben estar relacionadas con el fallecimiento, la mudanza fuera del estado o la encarcelación. Durante ese tiempo, usted podrá obtener los servicios que cubre nuestro plan. La cobertura garantizada **no** se aplicará si usted **optara** por abandonar el Suffolk Health Plan.

3. Nosotros podemos pedirle que se retire del Suffolk Health Plan

Usted también podrá perder su membresía en el Suffolk Health Plan, si a menudo:

- se niega a trabajar con su PCP en relación con su atención médica, o
- no asiste a las citas, o
- se dirige a la sala de emergencias por casos sin emergencia, o
- no cumple con las normas del Suffolk Health Plan, o
- no completa los formularios con honestidad o no da información verdadera (comete fraude), o
- abusa o produce algún daño a los miembros, proveedores o personal del plan,.

4. Usted puede querer cambiar de FHPlus a Medicaid con “spend down”

(“Spend down” es una obligación de gastos médicos que el paciente es responsable de pagar antes de que Medicaid comience a pagarlos.)

FHPlus no cubre todos los servicios que cubre Medicaid (como los materiales médicos), y algunos servicios FHPlus tienen límites que Medicaid no tiene (como la terapia física).

Si usted tiene necesidades médicas que Medicaid podría satisfacer mejor y califica para ello, podría ser elegible para tener Medicaid con "spend down".

Si sus ingresos son mayores a los permitidos para Medicaid, pero usted tiene facturas médicas cuyos montos son mayores al monto de ingresos por encima del nivel de Medicaid, dichas facturas podrían ayudarlo a calificar para Medicaid. Esto solamente se aplica a personas:

- menores de 21 años, o
- discapacitadas o ciegas, o
- que tienen hijos menores de 21 años, o
- mayores de 65 años, o
- embarazadas (ver a continuación también).

Usted debería contactarse con su Departamento de Servicios Sociales local o la HRA para ver si ésta es una opción para usted. De ser así, ellos harán que usted cancele su membresía del Suffolk Health Plan para que pueda recibir beneficios de Medicaid. Puede solicitar que esto se haga rápidamente si siente que esperar podría dañar su salud o si ha presentado una queja por no estar de acuerdo con la inscripción en FHPlus.

5. Si usted quedara embarazada mientras está inscrita en Family Health Plus

Si usted quedara embarazada, usted es elegible para Medicaid. Usted tiene la opción de quedarse en FHPlus o cambiarse a Medicaid. Puede decidir cambiar a Medicaid porque cubre más servicios. Usted puede quedarse en el Suffolk Health Plan, pero debería consultar a su médico si continuara viéndole como paciente de Medicaid, en caso que cambie.

Su recién nacido será automáticamente elegible para Medicaid y será inscrito en el Suffolk Health Plan. Debería contactarse con el Suffolk Health Plan y con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o de la HRA para discutir estas opciones y su decisión.

APELACIONES DE ACCIONES

Hay algunos tratamientos y servicios para los que usted necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. Toda decisión de negar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una suma inferior a la solicitada, se denomina **acción**.

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

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

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

Usted puede presentar una apelación de acción:

- Si usted no está satisfecho con una acción que hayamos tomado o con lo que decidamos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días hábiles después de tener noticias nuestras para presentar una apelación.
- Usted mismo podrá hacerlo o podrá pedir a alguien en quien usted confíe que presente la apelación por usted. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-SHP-6789 si necesita ayuda para presentar una apelación.
- No le trataremos distinto ni tendremos una mala actitud hacia usted porque haya presentado una apelación.
- La apelación puede hacerse por teléfono o por escrito. Si hace una apelación por teléfono, luego deberá hacerla por escrito.

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

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

Qué sucede una vez que recibimos su apelación:

Manual de Membresía FHPlus del Suffolk Health Plan

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las decisiones sobre Apelaciones de Acciones por temas clínicos estarán a cargo de profesionales de atención de la salud calificados, que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de los cuales deberá ser un miembro del Peer Review Committee.
- Las decisiones que no tengan carácter clínico estarán a cargo de personas que trabajen a un nivel más alto que las personas que trabajaron en la primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o la persona que usted designe pueden ver el expediente de su caso, incluida la historia clínica y todo otro documento y registro usado para tomar una decisión sobre su caso;
- Usted también puede brindar información para ser usada en la toma de decisión en persona o por escrito.
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestros fundamentos clínicos, si correspondiera. Si aún usted no estuviera satisfecho, se le explicarán todos los demás derechos de apelación que usted tuviera, o usted o alguien en quien usted confíe pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para apelaciones de acciones:

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

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

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

Usted, su proveedor o alguien en quien usted confíe también puede pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para entregar al plan que ayude a tomar una decisión sobre su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-877-SHP-6789 o por escrito.

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

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

Apoyo para continuar mientras apela una decisión sobre su atención:

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

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

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

Apelaciones externas

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

Antes de apelar al estado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Audiencias Imparciales

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

- Usted no está contento(a) con una decisión que tomó el Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del Estado sobre si usted puede o no continuar como miembro del Suffolk Health Plan.
- Usted no está satisfecho(a) con la decisión que tomamos en cuanto a la atención médica que estaba recibiendo. Siente que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus o que no tomamos la decisión dentro de un tiempo razonable.
- Usted no está satisfecho(a) con la decisión que tomamos que negó la atención médica que quería. Siente que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus.
- Usted no está satisfecho(a) con la decisión de que su médico no ordenará los servicios que usted quería. Siente que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Family Health Plus. Usted debe presentar un reclamo y apelar ante Suffolk Health Plan. Si el Suffolk Health Plan está de acuerdo con su médico, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado.
- La decisión que emita el funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

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

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

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

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

Procedimiento para los reclamos

Reclamos:

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

Puede pedirle a alguien en quien confíe (como por ejemplo su representante legal, un miembro de su familia o un amigo) que presente el reclamo por usted. Si necesita

nuestra ayuda por un problema auditivo o visual, o si necesita servicios de traducción o ayuda para presentar los formularios nosotros podemos ayudarlo. No le complicaremos las cosas ni tomaremos ninguna acción en su contra porque presente un reclamo.

También tiene derecho a contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York acerca de su queja llamando al 1-800-205-8125 o escribir al: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede contactarse en cualquier momento con el Departamento de Servicios Sociales local en relación con su reclamo en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al (1-800-342-3736) si su reclamo involucra un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo ante el plan:

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

Nos puede escribir con su reclamo o llamar al número de Servicios para los Miembros y solicitar un formulario para reclamos. Deberá enviarse por correo a:

Suffolk Health Plan
Member Services
P.O. Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769
Attention: Complaint Department

Qué sucede después:

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

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

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

Después de revisar su reclamo:

- Le informaremos nuestra decisión en 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en 60 días como máximo a partir del día en el que

recibamos su reclamo. Le escribiremos y de diremos las razones para nuestra decisión.

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

Apelación de reclamos:

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

Cómo hacer una apelación de reclamo:

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

Qué sucede una vez que recibimos su apelación de reclamo:

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

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

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

Si tenemos toda la información que necesitamos le diremos nuestra decisión dentro de los 30 días hábiles. Si una demora pusiera en riesgo su salud, usted conocerá nuestra

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

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS

Sus derechos

Como miembro del Suffolk Health Plan, usted tiene derecho a lo siguiente:

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

- A recibir una atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Sus obligaciones

Como miembro del Suffolk Health Plan, usted se compromete a:

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

DIRECTIVAS ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

Puede suceder que en algún momento **usted no pueda tomar una decisión sobre su propia atención médica**. Mediante la planificación anticipada, puede hacer ahora los arreglos necesarios para que se cumplan sus deseos.

- En primer lugar, informe a su familia, amigos y a su médico sobre los tipos de tratamiento que desea o no recibir.
- En segundo lugar, **puede designar a un adulto en quien usted confíe para que tome las decisiones en su representación**. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y otras personas cercanas para que conozcan sus deseos.
- En tercer lugar, sería mejor que **expresé sus pensamientos por escrito**. Los documentos que se mencionan a continuación podrían ayudarlo. No tiene que contratar a un abogado, pero quizá desee hacer una consulta con uno sobre este tema. Usted podrá cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Nosotros podemos ayudarlo a que entienda o consiga estos documentos. Ellos no modifican su derecho a recibir los beneficios de atención médica de calidad. El único objetivo consiste en que otras personas conozcan sus deseos en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo.

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

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

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

NÚMEROS DE TELÉFONOS IMPORTANTES

Su PCP:.....

Suffolk Health Plan.....

Servicios para los Miembros.....1-877-SHP-6789

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

Revisión de Utilización.....1-800-205-5007

Salud Mental/Dependencia de Químicos.....1-800-922-3626

Sala de emergencias.....

Departamento de Salud del Estado de NY (Reclamos)...1-800-206-8125

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

CHOICE de Medicaid Nueva York.....1-888-505-5678

Farmacia.....

Otros Proveedores de Atención Médica