



Enhanced Care Plus

Plan de salud y recuperación
(HARP) de EmblemHealth
Manual del miembro





EmblemHealth®

SERVICIO DE AYUDA PARA IDIOMAS

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 877-411-3625 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 877-411-3625 （文本电话： 711 ）。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 877-411-3625 (711) .	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-411-3625 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 877-411-3625 (TTY: 711) .	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 877-411-3625 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 877-411-3625 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 877-411-3625 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 877-411-3625 (TTY: 711) .	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 877-411-3625 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 877-411-3625 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নান্দুল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 877-411-3625 (TTY: 711) -এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 877-411-3625 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 877-411-3625 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 877-411-3625 (TTY: 711) ۔	Urdu

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derecho civil. EmblemHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (según lo definido en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

EmblemHealth proporciona lo siguiente:

- Materiales de ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (con letra grande, formato auditivo, formatos electrónicos compatibles, otros)
- Servicios de idiomas sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a EmblemHealth al **877-411-3625**. Para los servicios TTY/TDD, llame al **711**.

Si cree que EmblemHealth no le ha proporcionado estos servicios o le trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose con el Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de EmblemHealth:

- Correo: P.O. Box 2844, New York, NY 10116-2844
- Teléfono: **877-411-3625** (para servicios TTY/TDD, llame al **711**)
- Fax: **212-510-5320**

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por los siguientes medios:

- Internet: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de quejas están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**
- Teléfono: **800-368-1019** (TTY/TDD **800-537-7697**)

Este aviso está disponible en el sitio web de EmblemHealth:
espanol.emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.

Aquí encontrará la información que necesita

MANUAL DEL MIEMBRO DEL PLAN DE SALUD Y RECUPERACIÓN.....	1
LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PLAN DE SALUD Y RECUPERACIÓN EMBLEMHEALTH	
ENHANCED CARE PLUS	1
CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE SALUD Y RECUPERACIÓN	1
El plan, nuestros proveedores y usted	1
CÓMO USAR ESTE MANUAL	3
AYUDA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A MIEMBROS.....	3
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD	4
PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER.....	5
CÓMO ELEGIR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	5
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA HEALTH HOME	8
CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA REGULAR.....	9
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL COMUNITARIOS Y EN EL HOGAR.....	10
CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y REFERIDOS	10
PUEDE OBTENER ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN	11
Sin un referido	11
Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)	13
Abandono del tabaco	13
Examen de detección de depresión materna	13
Emergencias.....	13
Atención fuera de los Estados Unidos.....	15
Queremos mantenerle saludable	15
PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	17
BENEFICIOS	17
SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN	17
BENEFICIOS QUE PUEDE OBTENER DE NUESTRO PLAN O CON SU TARJETA MEDICAID.....	26
BENEFICIOS QUE OBTIENE SOLO CON SU TARJETA DE MEDICAID.....	27
Servicios NO cubiertos	28
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	29
Autorización previa	29

CÓMO SE LES PAGA A NUESTROS PROVEEDORES	32
APORTAR IDEAS SOBRE LAS POLÍTICAS DEL PLAN	33
INFORMACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN A MIEMBROS	33
MANTÉNGANOS INFORMADOS	33
CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN Y TRANSFERENCIAS	34
Si prefiere abandonar el plan	34
Podría dejar de ser elegible para los planes de salud y recuperación y para los planes de atención administrada de Medicaid	34
Podemos pedirle que abandone nuestro plan.....	34
PROCESO DE QUEJAS	42
Quejas	42
Cómo presentar una queja ante nuestro plan	42
¿Qué sucede después?	43
Apelaciones de quejas	43
PARTE III: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	45
SUS DERECHOS	45
SUS RESPONSABILIDADES	46
DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS	46
PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	47
Designación de su apoderado para la atención médica en el estado de Nueva York	47
Acerca del formulario de Poder para la atención médica.....	47
PREGUNTAS FRECUENTES	48
Poder para la atención médica	53
PRIVADO	54
NÚMEROS DE TELÉFONO Y SITIOS WEB IMPORTANTES	55
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	55
SITIOS WEB IMPORTANTES	56

Plan de salud y recuperación

Manual del miembro

Le damos la bienvenida al plan de salud y recuperación EmblemHealth Enhanced Care Plus

Nos complace que se haya inscrito en EmblemHealth Enhanced Care Plus, un plan de salud y recuperación (HARP, siglas en inglés) aprobado por el estado de Nueva York. Los planes HARP son un nuevo tipo de plan que les brinda a los miembros de Medicaid atención médica más servicios de salud conductual. En este manual, salud conductual significa salud mental, trastorno por consumo de sustancias y rehabilitación.

Somos un plan de cuidado de salud especial con proveedores de experiencia en el tratamiento de personas que pueden necesitar atención de salud mental y/o por consumo de sustancias para mantenerse saludables. También brindamos servicios de administración de la atención para ayudarle a usted y a su equipo de atención médica a trabajar juntos para mantenerse tan saludable como sea posible.

Este manual será su guía para la gama completa de servicios de atención médica disponibles para usted.

Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos semanas. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para programar citas. Si desea hablar con nosotros antes, simplemente llámenos al **855-283-2146**. También puede visitar nuestro sitio web **emblemhealth.com** para obtener más información sobre EmblemHealth Enhanced Care Plus.

Cómo funcionan los planes de salud y recuperación

El plan, nuestros proveedores y usted

Es posible que haya visto u oído hablar de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud a través de la atención administrada, que proporciona un solo lugar para toda su atención. Si recibía servicios de salud conductual con su tarjeta de Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles a través de EmblemHealth Enhanced Care Plus.

Como miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus, tendrá todos los beneficios disponibles en Medicaid regular, además de que puede obtener servicios especializados para ayudarle a alcanzar sus metas de salud. Ofrecemos servicios extendidos para ayudarle a estar y mantenerse saludable, y apoyar su recuperación.

EmblemHealth Enhanced Care Plus ofrece nuevos servicios, denominados servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar (BHHCBS, siglas en inglés) a los miembros que califican.

Los BHHCBS puede ayudarle a hacer lo siguiente:

- encontrar una vivienda;
- vivir de manera independiente;
- regresar a la escuela;
- buscar trabajo;
- obtener ayuda de personas que han pasado por la misma situación;
- controlar el estrés;
- prevenir las crisis.

Como miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus, también tendrá un administrador de atención del programa Health Home que trabajará con todos sus proveedores de salud física y conductual para prestar especial atención a sus necesidades médicas de manera integral. El administrador de atención del programa Health Home se asegurará de que reciba los servicios médicos, de salud conductual y sociales que pueda necesitar, como ayuda para conseguir una vivienda y asistencia alimentaria.

Podría estar usando su tarjeta de Medicaid para obtener un servicio que ahora está disponible a través de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Para averiguar si un servicio que ya recibe ahora es proporcionado por EmblemHealth Enhanced Care Plus, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarse de que disfrute de la mejor salud física y emocional posible. Puede obtener servicios especiales para llevar una vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.

EmblemHealth tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de atención médica, salud mental y consumo de sustancias para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otras instalaciones de atención médica conforman nuestra red de proveedores. Encontrará una lista en nuestro Directorio de proveedores. Si no tiene un Directorio de proveedores, llame al Servicio de Atención a Miembros para obtener una copia o visite nuestro sitio web **emblemhealth.com**.

Cuando se inscriba en EmblemHealth Enhanced Care Plus, uno de nuestros proveedores se encargará de su cuidado. La mayoría de las veces, esa persona será su proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés). Es posible que desee elegir un PCP de su clínica de salud mental o de tratamiento por consumo de sustancias. Si necesita someterse a una prueba, consultar a otro especialista o ir al hospital, su PCP lo coordinará.

Su PCP está disponible para usted todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje e indique cómo se puede comunicar con usted. Su médico se comunicará con usted tan pronto como sea posible. A pesar de que su PCP es la principal fuente de atención médica, en algunos casos usted puede referirse por cuenta propia a determinados médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 11 de este manual para obtener información más detallada.

Es posible que, en los siguientes casos, se le restrinja a ciertos proveedores del plan:

- Si recibe atención de varios médicos por el mismo problema.
- Si obtiene atención médica con más frecuencia que la necesaria.
- Si consume medicamentos con receta de una manera que podría ser peligrosa para su salud.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. EmblemHealth Enhanced Care Plus reconoce la necesidad de establecer relaciones de confianza entre usted, su familia, sus médicos y demás proveedores de atención. EmblemHealth Enhanced Care Plus nunca divulgará su historial de salud o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán acceso a su información clínica serán EmblemHealth Enhanced Care Plus, su PCP, su administrador de atención del programa Health Home y otros proveedores que le brinden atención, y su representante autorizado. Su PCP o su administrador de atención del programa Health Home siempre analizarán con usted sus referidos a dichos proveedores con anticipación. El personal de EmblemHealth Enhanced Care Plus está capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

Cómo usar este manual

Este manual le explica cómo funciona su nuevo plan de atención médica y cómo puede aprovechar al máximo EmblemHealth Enhanced Care Plus. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan le dé buenos resultados.

En las primeras páginas, encontrará lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Utilícelo como referencia o léalo por partes.

Si tiene alguna pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**. También puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid Choice al **800-505-5678**.

Ayuda del Servicio de Atención a Miembros

Un representante del Servicio de Atención a Miembros lo ayudará de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Llame al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Si tiene una crisis de salud conductual (salud mental o consumo de sustancias) en cualquier momento:

- Llame a Servicios de Salud Conductual de EmblemHealth al **888-447-2526**.
- Si su proveedor está en la red Montefiore, llame al **800-401-4822**.

Puede llamar al Servicios de Atención a Miembros para obtener ayuda en cualquier momento que tenga una pregunta. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), preguntar sobre los beneficios y servicios, obtener ayuda con los referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar que está embarazada, informar el nacimiento de un bebé o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Ofrecemos sesiones gratuitas para explicarle nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarle mejor. Es una excelente oportunidad para hacer preguntas y conozca a otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para encontrar un lugar y horario que le resulte conveniente.

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Queremos que sepa cómo usar su plan del cuidado de salud, independientemente del idioma. Simplemente llámenos 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 pueda hablar con usted en su idioma.

Personas con discapacidades: si usa una silla de ruedas, presenta ceguera o tiene problemas para escuchar o comprender, llámenos para obtener ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular es accesible para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como los siguientes:

- máquina TTY (nuestro número de teléfono TTY es **711**);
- información en letra grande;
- administración de casos;
- ayuda para programar o llegar a las citas;
- nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Si está recibiendo atención en su hogar ahora, es posible que su personal de enfermería o asistente no sepan que usted se ha inscrito en nuestro plan. Llámenos de inmediato para asegurarse de que su atención domiciliaria no se interrumpa de forma imprevista.

Su tarjeta de identificación del plan de salud

Después de inscribirse, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de EmblemHealth Enhanced Care Plus debería llegar en el plazo de 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Su tarjeta indica el nombre y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria. También figurará su número de identificación de cliente (CIN, siglas en inglés). Si encuentra algún error en su tarjeta de identificación de EmblemHealth Enhanced Care Plus, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no indica que usted tiene Medicaid o que EmblemHealth Enhanced Care Plus sea un tipo especial de plan de salud.

Lleve su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, su carta de bienvenida prueba de que ya es miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus. También debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará la tarjeta de Medicaid para obtener los servicios que EmblemHealth Enhanced Care Plus no cubre.

PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir su proveedor de atención primaria

Es posible que ya haya elegido a su proveedor de atención primaria. Si no ha elegido un PCP, debe hacerlo de inmediato. Si no elige un médico en un plazo de 30 días, elegiremos uno por usted. El Servicio de Atención a Miembros (**855-283-2146**) puede verificar si ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir uno. También puede elegir un PCP en su clínica de salud conductual.

Puede llamarnos para solicitar un Directorio de proveedores: la lista de todos los proveedores, clínicas, hospitales, laboratorios y personas que trabajan con EmblemHealth Enhanced Care Plus. Enumera la dirección, el teléfono y la capacitación especializada de los médicos. El Directorio de proveedores mostrará qué médicos y proveedores aceptan nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que estén recibiendo nuevos pacientes al momento de elegir un PCP. También puede obtener una lista de proveedores en nuestro sitio web **emblemhealth.com**.

Es posible que prefiera encontrar un médico que cumpla con lo siguiente:

- lo ha visto antes;
- habla en su idioma;
- comprende sus problemas de salud;
- es fácil llegar al consultorio;
- acepta nuevos pacientes;
- atiende en una clínica a la que usted acude.

Puede elegir un médico de atención primaria que trabaje en uno de los siguientes lugares:

- **Centro médico de la red:** muchos de nuestros centros médicos de la red ofrecen servicio completo y cuentan con gran cantidad de personal médico, obstetras/ginecólogos, especialistas y personal de apoyo. Esto facilita el acceso a un amplio rango de servicios en un solo lugar. Si necesita pruebas de laboratorio o radiografías, los centros médicos de nuestra red pueden hacer la mayoría de las pruebas y procedimientos básicos. Si su PCP le recomienda un procedimiento especial o una operación que no se puede hacer en su centro médico, entonces usted será referido a otro lugar que satisfaga sus necesidades. Su PCP se encargará de coordinar todos estos servicios.
- **Consultorio médico de la red EmblemHealth Enhanced Care Plus:** si prefiere, puede elegir un PCP con un consultorio privado. En este caso, es posible que su PCP tenga que

referirle a otro médico o centro de la red para que reciba la atención que no pueda proporcionar porque los consultorios privados no tienen todos los servicios con que cuentan los centros médicos.

- **Centro de salud comunitario:** la misión de los centros de salud comunitarios es facilitar el acceso a la atención primaria y a los servicios de múltiples especialidades para mejorar el estado de salud de los residentes en las comunidades a las que prestan servicios. Los centros de salud comunitarios pueden ser centros de diagnóstico y tratamiento (DT&C, siglas en inglés), centros de salud con calificación federal (FQHC, siglas en inglés) y clínicas. Están convenientemente ubicados en comunidades, ofrecen servicios de múltiples especialidades y brindan atención general en un solo lugar. Consulte a continuación una lista de los centros de salud con calificación federal. Simplemente llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** para obtener ayuda.

Bronx

- La Casa de Salud: 3 locales
- Morris Heights Health Center: 7 locales
- Union Community Health Center: 4 locales
- Community Healthcare Network: 4 locales
- Institute for Family Health: 9 locales

Brooklyn

- Community Healthcare Network: 3 locales
- Institute for Family Health: 2 locales
- Premium Health: 2 locales
- Damian Family Care Center
- Brownsville Multi-Services: 5 locales
- Joseph P. Addabbo Family Health Center
- Bedford Stuyvesant Family Health Center: 2 locales

Manhattan

- Betances Health Center: 2 locales
- Boriken Neighborhood Health Center (anteriormente East Harlem Council for Human Services)
- Community Healthcare Network: 2 locales
- Damian Family Care Center: 3 locales

- William F. Ryan Community Health Center: 5 locales

Queens

- Community Healthcare Network: 4 locales
- Damian Family Care Center: 5 locales
- The Floating Hospital Health Center: 9 locales
- Joseph P. Addabbo Family Health Center: 5 locales

Staten Island

- Community Health Center of Richmond: 3 locales
- Carelon Christian Community Health Center: 2 locales

Westchester

- Open Door Family Medical Center
- Mt. Vernon Neighborhood Health Center: 4 locales

Suffolk

- LISH: 8 ubicaciones

Nassau

- Long Island FQHC: 7 locales

Cuando llame al Servicio de Atención a Miembros, simplemente mencione el nombre del centro de salud con calificación federal o médico que desea seleccionar.

En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Hay cuatro casos en los que aún puede consultar al proveedor que tenía antes de unirse

a EmblemHealth Enhanced Care Plus. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con EmblemHealth Enhanced Care Plus. Puede continuar viendo a su proveedor si:

- Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care Plus y recibe atención prenatal. En ese caso, puede mantener a su médico después del parto hasta finalizar la atención posparto.
- En el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care Plus, tiene una enfermedad o afección que pone en riesgo la vida o que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar mantener a su proveedor durante hasta 60 días.
- En el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care Plus, está recibiendo tratamiento para una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, aún puede ir al mismo proveedor. Es posible que algunas personas deban elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Asegúrese de hablar con su proveedor sobre este cambio. EmblemHealth Enhanced Care Plus trabajará con usted y su proveedor para asegurarse de que siga recibiendo la atención que necesita.
- En el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care Plus, Medicaid regular pagaba por su atención en el hogar y usted necesita seguir recibiendo esa atención durante al menos 120 días. En ese caso, puede mantener la misma agencia de atención domiciliaria, el mismo profesional de enfermería o asistente, y la misma cantidad de atención domiciliaria, durante al menos 90 días. EmblemHealth debe informarle sobre cualquier cambio en su atención domiciliaria antes de que los cambios entren en vigencia.

Si no elige un PCP dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, elegiremos uno por usted. Si no está restringido a uno, tiene derecho a cambiarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Simplemente siga las instrucciones de la sección Ayuda del Servicio de Atención a Miembros de este manual para elegir un PCP.

Si usted está restringido a un PCP, puede cambiarlo 45 días después de su cita inicial y después de eso solo puede cambiar cada tres meses, a menos que tenga una buena razón. Si está restringido a cualquier otro proveedor, solo puede cambiar los proveedores a los que está restringido cada seis meses sin una buena razón. Las buenas razones incluyen:

- El proveedor ya no desea ser su proveedor
- El proveedor cierra el consultorio donde usted recibe atención o se muda a más de 30 minutos o 30 millas de su hogar
- El proveedor abandona nuestra red
- Se muda a más de 30 minutos o 30 millas del consultorio de su proveedor
- Hay otras circunstancias que hacen que sea necesario cambiar de proveedor

Si su proveedor abandona EmblemHealth Enhanced Care Plus, se lo informaremos en un plazo de 5 días a partir del momento en que tengamos conocimiento. Si lo desea, es posible que pueda consultar a ese proveedor si está embarazada de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo para una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico hasta finalizar la atención posparto. Si consulta regularmente a un médico por un problema médico especial, puede continuar con su tratamiento actual hasta 90 días. Su médico debe aceptar trabajar con el EmblemHealth durante este tiempo. Si alguna de

estas condiciones se aplica a su caso, hable con su PCP o llame al Servicio de Atención a Miembros.

Administración de la atención del programa Health Home

EmblemHealth Enhanced Care Plus es responsable de proporcionar y coordinar su atención de salud física y sus servicios de salud conductual. Utilizamos Health Homes para coordinar los servicios para nuestros miembros. Inscribirse en Health Home es su decisión y le recomendamos que lo haga para obtener el servicio de administración de la atención.

EmblemHealth Enhanced Care Plus puede ayudarle a inscribirse en el programa Health Home a través del cual se le asignará un administrador de atención. Su administrador de atención del programa Health Home puede ayudarle a programar citas, recibir servicios sociales y llevar un registro de su progreso.

Su administrador de atención del programa Health Home es responsable de evaluar y determinar qué servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar puede necesitar. Con la evaluación, usted y el administrador de atención de Health Home trabajarán juntos para elaborar un plan de cuidados diseñado especialmente para usted.

Su administrador de atención del programa Health Home puede hacer lo siguiente:

- trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención de salud física y conductual;
- trabajar con las personas en las que confía, como miembros de su familia o amigos, para ayudarle a planificar y recibir atención;
- apoyarlo para que obtenga servicios sociales, como SNAP (cupones de alimentos) y otros beneficios;
- desarrollar un plan de atención con usted para ayudar a identificar sus necesidades y objetivos;
- ayudar con las citas de su PCP y otros proveedores;
- ayudar a sobrellevar problemas médicos crónicos como la diabetes, el asma y la presión arterial alta;
- ayudarle a buscar servicios orientados hacia la pérdida de peso, la alimentación saludable, la actividad física y el abandono del hábito de fumar;
- brindarle apoyo durante el tratamiento;
- identificar los recursos que puede necesitar y que estén ubicados en su comunidad;
- ayudarle a encontrar o solicitar una vivienda estable;
- ayudar a que regrese de forma segura a casa después de una estadía en el hospital; y
- procurar que reciba atención de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su administrador de atención del programa Health Home se pondrá en contacto con usted de inmediato para saber qué servicios necesita y para ayudarle con sus citas. Su administrador de atención del programa Health Home u otra persona designada por su proveedor de Health Home está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **855-283-2146**.

Si experimenta una crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al **888-447-2526**. Su administrador de atención del programa Health Home trabajará con usted, su cuidador, su proveedor y con un administrador de atención de EmblemHealth para implementar un plan de cuidados. El administrador de cuidados de EmblemHealth puede ser un especialista en salud conductual o atención de la salud, según sus necesidades.

El administrador de atención de la salud de EmblemHealth puede brindarle apoyo cuando necesite pasar de un tipo de atención médica a otra, por ejemplo, de servicios hospitalarios

a servicios comunitarios, y estará en contacto con usted, con sus cuidadores, proveedores y con el administrador de atención del programa Health Home para asegurarse de recibir los servicios y la asistencia médicamente necesarios. El administrador de la atención puede pedirle información a sus proveedores para poder tomar decisiones respecto de las solicitudes de atención médica y de apoyo para usted. Nos reuniremos con su administrador de la atención del programa Home Health con frecuencia para estar al tanto del tipo de cuidados y apoyo que está recibiendo, y para analizar si su plan de cuidados necesita actualizarse.

Cómo obtener atención médica regular

Su atención incluirá chequeos regulares para todas sus necesidades médicas. Proporcionamos referidos a hospitales o especialistas. Queremos que los nuevos miembros consulten a su proveedor de atención primaria para una primera visita médica poco después de inscribirse en EmblemHealth Enhanced Care Plus. Esto le dará la oportunidad de hablar sobre sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier pregunta adicional.

De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje e indique cómo se pueden comunicar con usted. Su médico le devolverá la llamada tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP le conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

Los miembros pueden llamar al **888-447-2526** las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tienen preguntas o inquietudes.

Su atención debe ser médicamente necesaria; los servicios que recibe deben ser necesarios para:

- prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento;
- ocuparse de algo que representa un peligro para su vida;
- ocuparse un problema que podría causar una enfermedad;
- ocuparse de algo que podría limitar sus actividades normales.

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe programar una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una cita, llame para informarlo.

Tan pronto como elija un PCP, llame para programar una primera consulta. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP deberá saber todo lo que pueda acerca de su historial médico. Haga una lista de sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga ahora, cualquier medicamento que esté tomando y las preguntas que necesite hacer. En la mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de las cuatro semanas de su inscripción en el plan. Si necesita tratamiento en las próximas semanas, programe la primera cita en la primera semana de haberse inscrito en EmblemHealth Enhanced Care Plus. Su administrador de atención del programa Health Home puede ayudarle a programar y prepararse para la primera cita.

Si necesita atención antes de la primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicar su inquietud. Su médico le dará una cita anticipada para atender esa inquietud. (Aún debe asistir a la primera cita para analizar su historial médico y hacer preguntas).

Use la siguiente lista como referencia de la mayor cantidad de tiempo que podría esperar después de pedir una cita. Su administrador de la atención también puede ayudarle a programar u obtener citas.

- Atención de urgencia: dentro de las 24 horas.
- Visitas no urgentes por enfermedad: dentro de los 3 días.

- Atención preventiva de rutina: dentro de las 4 semanas.
- Primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero).
- Primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas.
- Visita de seguimiento después de la visita a la sala de emergencias o de hospitalización por salud mental/consumo de sustancias: 5 días.
- Visita no urgente a un especialista de salud mental o por consumo de sustancias: dentro de las 2 semanas.
- Exámenes físicos iniciales y de rutina para adultos: dentro de las 4 semanas.

Servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar

La atención de salud conductual incluye servicios de salud mental y tratamiento por consumo de sustancias. Tiene acceso a servicios que pueden ayudarle con la salud emocional. También puede obtener ayuda con problemas de consumo de alcohol u otras sustancias.

Si necesita ayuda para apoyar su vida en la comunidad, EmblemHealth Enhanced Care Plus proporciona servicios adicionales, llamados servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar. Estos servicios pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital y vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a alcanzar metas de vida en el empleo, la escuela o en otras áreas de su vida en las que le gustaría mejorar.

Para ser elegible para estos servicios, deberá completar una evaluación. Para obtener más información, llámenos al **855-283-2146** o pregunte a su administrador de la atención sobre estos servicios.

Consulte la página 23 de este manual para más información sobre estos servicios y cómo obtenerlos.

Cómo obtener atención especializada y referidos

- Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, le referirá a un especialista que pueda hacerlo. Si su PCP le refiere a otro médico, pagaremos su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de EmblemHealth. Hable con su médico para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.
- Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su médico porque puede ayudarle si necesita consultar a otro especialista.
- Hay algunos tratamientos y servicios para los que su médico debe solicitar aprobación a EmblemHealth *antes* de que usted pueda obtenerlos. Su médico podrá decirle cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener un referido que considera necesario, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, se la proporcionaremos mediante un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina **referido fuera de la red**. Usted, su médico o el proveedor del plan debe solicitar la aprobación a EmblemHealth antes de que pueda obtener un referido fuera de la red. Si su médico o proveedor del plan lo refieren a un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto de los copagos descritos en este manual.
- Para solicitar servicios de un especialista o proveedores fuera de nuestra red, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros. Necesitaremos un motivo por escrito por el cual consultar a un especialista o proveedor que no forma

parte de nuestra red. Puede pedirle a su PCP u otro proveedor que nos envíe esta información en su nombre. Seguiremos las mismas reglas para las solicitudes de autorización previa.

- En ocasiones, es posible que no aprobemos un referido fuera de la red porque contamos con un proveedor en EmblemHealth que puede brindarle tratamiento. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarle, puede solicitarnos que verifiquemos si su referido fuera de la red es médicamente necesario. Deberá solicitar una apelación ante el plan. Consulte la página 35 de este manual para averiguar cómo hacerlo.
- En ocasiones, es posible que no aprobemos un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede obtener de un proveedor de EmblemHealth. Puede solicitarnos que verifiquemos si su referido fuera de la red para el tratamiento indicado es médicamente necesario. Deberá solicitar una apelación ante el plan. Consulte la página 35 de este manual.
- Si necesita ver a un especialista para recibir atención continua, su PCP puede referirle para una cantidad específica de visitas o durante un período determinado (referido permanente). Si tiene un referido permanente, no necesitará un nuevo referido cada vez que necesite atención.
- Si tiene una enfermedad a largo plazo o incapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede coordinar lo siguiente:
 - que el especialista actúe como su PCP, o
 - el referido a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.

También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para obtener ayuda y acceder a un centro de atención especializada.

Puede obtener estos servicios de nuestro plan

Sin referido

Puede referirse por cuenta propia para los siguientes servicios:

Cuidado de salud femenina

No necesita referido de su PCP para ver a uno de nuestros proveedores en los siguientes casos:

- si está embarazada;
- si necesita servicios de obstetricia y ginecología;
- si necesita servicios de planificación familiar;
- si desea consultar a una partera;
- si debe realizarse un examen pélvico o mamario.

Planificación familiar

Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, recetas de métodos anticonceptivos, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante sus visitas para tratar estos temas, también puede hacerse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico.

No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde obtenerlos. Puede usar su tarjeta de identificación de EmblemHealth Enhanced Care Plus para

consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el Directorio de proveedores del plan o llame al Servicio de Atención a Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

O bien, puede usar su tarjeta de Medicaid si prefiere consultar a un médico o acudir a una clínica fuera de nuestro plan. Solicite a su PCP o al Servicio de Atención a Miembros una lista de los consultorios médicos a los que puede acudir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa *Growing Up Healthy* del estado de Nueva York (**800-522-5006**) para obtener los nombres de los proveedores de planificación familiar de su área.

Examen de detección de VIH e ITS

Todas las personas deben conocer su estado con respecto al VIH. Las pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) forman parte de su atención médica regular.

- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS en cualquier ocasión en la que visite el consultorio o la clínica.
- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS cada vez que reciba servicios de planificación familiar. Usted no necesitará un referido de su proveedor de atención primaria (PCP). Simplemente programe una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba de VIH o ITS, pero no como parte de un servicio de planificación familiar, su PCP puede proporcionársela o coordinarla para usted.
- O bien, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores, puede usar su tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Para obtener ayuda y encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.
- Todas las personas deben hablar con sus médicos acerca de hacerse la prueba de VIH. Para realizarse pruebas de VIH gratuitas o pruebas anónimas, llame al **800-541-AIDS** (inglés) o al **800-233-SIDA** (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados están listos en el momento. El proveedor que haga la prueba le explicará los resultados y coordinará la atención de seguimiento de ser necesario. También aprenderá cómo proteger a su pareja. Si su prueba tiene resultado negativo, podemos ayudarle a que aprenda a mantenerse de esa forma.

Servicios de prevención del VIH

Muchos servicios de prevención del VIH están disponibles para usted. Hablaremos con usted sobre cualquier actividad que pueda ponerle a usted u otras personas en riesgo de transmitir el VIH o contraer enfermedades de transmisión sexual. Podemos ayudarle a aprender cómo protegerse. También podemos ayudarle a obtener condones masculinos y femeninos gratuitos y jeringas limpias.

Si es VIH positivo, podemos ayudarle a hablar con sus parejas. Podemos ayudarle a hablar con su familia y amigos, y ayudarles a comprender el VIH y el SIDA, y cómo obtener tratamiento. Si necesita ayuda para hablar sobre su estado de VIH con futuras parejas, el personal de EmblemHealth Enhanced Care Plus le ayudará. Incluso podemos ayudarle a hablar con sus hijos sobre el VIH.

- Puede realizarse pruebas de VIH y recibir orientación sin planificación familiar. Puede visitar un sitio de pruebas y orientación anónima. Para obtener más información sobre sitios anónimos, llame a la Línea directa de consejería sobre VIH del estado de Nueva York al **800-872-2777** o al **800-541-AIDS**. O bien, puede usar su tarjeta de identificación de EmblemHealth Enhanced Care Plus y pedirle a su PCP que lo coordine.
- Si necesita tratamiento para el VIH después del servicio de pruebas y consejería, su PCP lo coordinará.

Atención de la vista

Los servicios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un dispensador oftálmico, e incluyen un examen de la vista y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, puede recibirlos una vez cada dos años, o con más frecuencia si fuera médicamente necesario. Los afiliados diagnosticados con diabetes pueden referirse por cuenta propia a un examen de dilatación del ojo (retina) una vez cada 12 meses. Simplemente elija uno de nuestros proveedores participantes.

Generalmente, se proporcionan anteojos nuevos una vez cada dos años, con marcos aprobados por Medicaid. Es posible que se soliciten lentes nuevos con más frecuencia si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si se le rompen los anteojos, se pueden reparar. Los anteojos perdidos o los anteojos rotos que no se puedan reparar se reemplazarán con la misma receta y estilo de marcos.

Si necesita consultar a un especialista de la vista para la atención de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo referirá.

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarlo a recibir los servicios de salud mental y consumo de sustancias que pueda necesitar.

Si en algún momento cree que necesita ayuda con la salud mental o el consumo de sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual de nuestra red para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios clínicos y de desintoxicación. No necesita un referido de su PCP.

Abandono del tabaco

Puede obtener medicamentos, suministros y orientación si necesita ayuda para dejar de fumar. No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios. El programa para dejar de fumar Tobacco-Free de EmblemHealth ofrece sesiones de orientación ilimitadas con un asesor para dejar de fumar hasta que deje con éxito.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y cree que necesita ayuda con la depresión, puede realizarse un examen para ver qué servicios puede necesitar. No necesita un referido de su PCP. Se puede realizar un examen de detección durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para casos de emergencia. En el estado de Nueva York, una emergencia significa una afección médica o conductual:

- que se presenta de repente y
- produce dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tema que alguien sufra un daño grave a las partes o funciones del cuerpo, o una desfiguración grave si no recibe atención inmediata.

Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

- ataque cardíaco o dolor de pecho intenso;
- sangrado que no se detiene o quemadura grave;
- huesos fracturados;
- dificultad para respirar/convulsiones/pérdida del conocimiento;

- cuando siente que podría lastimarse a sí mismo o lastimar a los demás;
- si está embarazada y presenta signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos;
- sobredosis de fármacos.

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes y moretones menores o esguinces musculares.

Las situaciones que no son emergencias también pueden ser problemas familiares, una ruptura o el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Pueden parecer una emergencia, pero no son una razón para acudir a la sala de emergencias.

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

- Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de EmblemHealth ni su PCP para recibir atención de emergencia, y no tiene la obligación de usar nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP o a EmblemHealth Enhanced Care Plus.

Informe lo que sucede. Su PCP o representante de EmblemHealth Enhanced Care Plus hará lo siguiente:

- le dirá qué hacer en casa;
- le dirá que vaya al consultorio del PCP;
- le informará sobre los servicios comunitarios que puede recibir, como reuniones de 12 pasos o un refugio;
- le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

También puede comunicarse con los Servicios de Salud Conductual de EmblemHealth las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **888-447-2526** si se encuentra en una crisis de salud mental o consumo de drogas. Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al **911**.
- Llame a EmblemHealth Enhanced Care Plus lo antes posible (dentro de las 48 horas si puede).

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Use la sala de emergencias **solo** si tiene una **VERDADERA EMERGENCIA**.

La sala de emergencias **NO** debe utilizarse para problemas como gripe, dolor de garganta o infecciones de oído. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a nuestro plan al **855-283-2146**.

También puede comunicarse con los Servicios de Salud Conductual de EmblemHealth las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **888-447-2526** si experimenta una crisis de salud mental o consumo de drogas.

Atención médica urgente

Usted podría tener una lesión o enfermedad que no es una emergencia, pero que aun así requiere atención inmediata.

- Podría ser una gripe o la necesidad de puntos de sutura.

- Podría ser un esguince de tobillo o una astilla que no puede quitarse.

Puede obtener una cita de atención de urgencia para el mismo día o para el día siguiente. Tanto si está en su hogar como en otro lugar, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al **855-283-2146**. Informe lo que sucede a la persona que le atiende. Esta le indicará qué hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede recibir atención de urgencia y emergencia solo en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita atención médica mientras se encuentra en cualquier otro país (incluidos Canadá y México), tendrá que pagar por ella.

Queremos mantenerle saludable

Además de los chequeos regulares y las vacunas que necesita, estos son algunos otros servicios que proporcionamos y otras formas de mantenerse en buen estado de salud:

- Programa Heart Care para la insuficiencia cardíaca (IC)
- Programa Better Breathing para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Programa Diabetes Care para el cuidado para la diabetes
- Programa Heart Care para la enfermedad arterial coronaria (EAC)
- Programa Better Breathing para el asma
- Programa Healthy Futures
- Programa Tobacco-Free para dejar de fumar
- Programa Kidney Care para el cuidado de los riñones
- Programa Healthy Living para el control del peso
- Programa Healthy Living para la Línea de información sobre la salud las 24 horas
- Programa Dignified Decisions para decisiones dignas
- Programa Cancer Care para atención del cáncer
- Administración de casos complejos
- Administración de casos de planes de necesidades especiales (SNP, siglas en inglés)
- Administración de casos de transición
- Administración de casos de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, siglas en inglés)
- Programa de alto riesgo y alta utilización
- Administración de casos en el punto de atención
- Administración de casos neonatales/pediátricos
- Administración de casos de VIH/SIDA
- Coordinación de trasplantes
- Pruebas de detección de infección de transmisión sexual (ITS) y protección contra las ITS
- Servicios contra la violencia doméstica

Llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** o visite nuestro sitio web **emblemhealth.com** para obtener más información y una lista de las próximas clases.

PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

La Parte II de este manual es para que obtenga información cuando la necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene una queja, el manual le indica qué hacer. El manual contiene otra información que puede resultarle útil. Téngalo a mano para cuando lo necesite.

Beneficios

Los planes de salud y recuperación proporcionan una serie de servicios que usted recibe además de los que recibe con Medicaid regular. Le proporcionaremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que usted necesite. Sin embargo, puede acceder a algunos servicios sin consultar a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar; pruebas de VIH; servicios móviles ante crisis; y servicios específicos de referido por cuenta propia, incluidos los servicios de salud conductual, aquellos que puede obtener dentro de EmblemHealth Enhanced Care Plus y algunos para los que puede elegir ir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio.

Servicios cubiertos por nuestro plan

Debe obtener estos servicios de los proveedores que forman parte de nuestro plan. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y su proveedor de atención primaria (PCP) debe proporcionarlos, o bien, referirle a otro profesional. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **855-283-2146** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Atención médica regular

- visitas al consultorio de su PCP;
- referidos a especialistas;
- exámenes auditivos y de la vista;
- ayuda para cumplir con el cronograma de administración de medicamentos;
- coordinación de la atención médica y los beneficios.

Atención preventiva

- Chequeos regulares;
- acceso a agujas y jeringas gratuitas;
- orientación para dejar de fumar;
- educación sobre el VIH y reducción del riesgo;
- referido a organizaciones comunitarias (CBO) para recibir cuidados de apoyo;
- atención para dejar de fumar;

Atención de maternidad

- atención del embarazo;
- médicos/parteras y servicios en el hospital;
- examen de detección de la depresión durante el embarazo y hasta un año después del nacimiento;

Cuidado de salud en el hogar

- Debe ser médicamente necesario y debe estar coordinado por EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Una visita médica domiciliaria posparto médicamente necesaria; visitas adicionales para mujeres de alto riesgo, según sea médicamente necesario.
- Otras visitas de cuidado de salud en el hogar, según sea necesario y solicitado por su PCP/especialista.

Servicios de asistente de atención médica personal/en el hogar/asistencia personal dirigida al consumidor

- Debe ser médicamente necesario y debe estar coordinado por EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Asistente de cuidados personales/en el hogar: brinda ayuda con la higiene personal y también para vestirse y alimentarse. Además, colabora en la preparación de comidas y en las tareas del hogar.
- Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor: ayuda con la higiene personal y para vestirse y alimentarse, la preparación de comidas y las tareas del hogar, además de brindar asistencia de cuidados de salud en el hogar y tareas de enfermería. Estos servicios son provistos por un auxiliar que usted mismo elige y dirige. Si desea obtener más información, comuníquese con EmblemHealth Enhanced Care Plus al **855-283-2146**.

Sistema de respuesta de emergencia personal

Se trata de un dispositivo que lleva puesto en caso de una urgencia o necesite ayuda. Para calificar a recibir este servicio, debe ser beneficiario de los servicios de asistente de cuidados personales/en el hogar o de asistencia personal dirigida al consumidor.

Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos

- Debe ser recomendado por su médico de atención primaria (PCP).
- Incluye educación de salud, nutrición, atención social y en centro de enfermería, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, más referidos para atención dental y otras especialidades.

Terapia para la tuberculosis

- Se trata de ayuda para tomar los medicamentos de la terapia para la tuberculosis y atención médica de seguimiento.

Atención de hospicio

- El hospicio ayuda a los pacientes y sus familias con las necesidades especiales que surgen en las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte.
- Debe ser médicamente necesario y debe estar coordinado por EmblemHealth Enhanced Care Plus.

- Presta servicios de apoyo y algunos servicios médicos a los pacientes enfermos con expectativa de vida de un año o menos.
- Puede recibir estos servicios en su hogar, en un hospital o en un hogar de ancianos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, puede llamar al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Atención dental

EmblemHealth Enhanced Care Plus considera que brindarle una buena atención dental es importante para su atención de la salud general. Ofrecemos atención dental a través de un contrato con Healthplex, expertos en la prestación de servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpieza, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento y/o atención de seguimiento para usted. No necesita el referido de su PCP para consultar a un dentista.

Cómo obtener servicios dentales

A partir del 1.º de enero de 2021, debe elegir un dentista de la red de Healthplex para recibir atención dental preventiva y restauradora, como controles de rutina, radiografías, empastes, tratamientos de conducto, coronas y más.

- Si necesita ayuda para encontrar un dentista o desea cambiar de dentista, llame a Healthplex al **855-910-2406** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente de Healthplex están disponibles para ayudarle. Hablan muchos idiomas, pero si no hablan el suyo, le conectarán con un servicio de interpretación de idiomas. O bien, puede visitar **emblemhealth.com** para buscar un dentista en su área.
- Una vez que encuentre un dentista participante, llame al dentista de inmediato para programar una cita. Luego, programe visitas dentales preventivas regulares cada seis meses para mantener sus dientes y encías saludables.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental por separado. Cuando visite a su dentista, debe mostrar su tarjeta de identificación del plan.

También puede ir a una clínica dental operada por un centro dental académico sin un referido.

Llame al Servicio de Atención a Miembros de EmblemHealth Enhanced Care Plus al **855-283-2146** para obtener una lista de los centros dentales académicos cercanos a usted.

Atención de la vista

EmblemHealth se ha asociado con EyeMed Vision Care para sus beneficios de atención de la vista. Debe elegir un proveedor de atención de la vista de la red de EyeMed. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista, llame al Servicio de Atención a Miembros de EyeMed al **877-324-2791** de lunes a sábado de 7:30 a.m. a 11 p.m.; y los domingos de 11 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros de EmblemHealth al **855-283-2146**.

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista.
- Cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de anteojos perdidos o destruidos, incluidas las reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos, según lo indicado por un proveedor del plan.
- Exámenes de la vista, por lo general cada dos años, a menos que sea médicamente necesario realizarlos con mayor frecuencia.

- Anteojos, con un par nuevo de marcos probados por Medicaid cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario.
- Examen de hipovisión y accesorios para la vista solicitados por su médico.
- Referidos a especialistas por enfermedades y defectos de la vista.

Farmacia

- medicamentos con receta;
- medicamentos de venta libre;
- insulina y suministros para diabéticos;
- agentes para dejar de fumar, incluidos productos de venta libre;
- baterías para audífonos;
- anticoncepción de urgencia (6 por año calendario);
- suministros médicos y quirúrgicos;
- medicamentos para tratar el trastorno por consumo de sustancias (SUD, siglas en inglés), incluido el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, siglas en inglés).

Es posible que se requiera un copago de farmacia para algunas personas y para algunos medicamentos y artículos de farmacia.

Los siguientes miembros o servicios no tienen copago:

- Las consumidoras que estén embarazadas: durante el embarazo y por los dos meses posteriores al mes en que finaliza el embarazo.
- Medicamentos y suministros de planificación familiar como píldoras anticonceptivas y preservativos masculinos o femeninos, jeringas y agujas.
- Los consumidores que participan en un programa de administración integral de casos Medicaid (CMCM, siglas en inglés) o de coordinación de servicios.
- Consumidores que forman parte de un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, siglas en inglés) de la Oficina de Salud Mental (OMH, siglas en inglés) o de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OWDD, siglas en inglés).
- Consumidores que forman parte de un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad del Departamento de Salud (DOH, siglas en inglés) para personas con una lesión cerebral traumática (TBI, siglas en inglés).
- Medicamentos y suministros de planificación familiar como píldoras anticonceptivas y preservativos masculinos o femeninos.
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y tuberculosis.
-

Artículo recetado	Cantidad del copago	Detalles del copago
Medicamentos con receta de marca	\$3.00/\$1.00	Un copago por cada medicamento con receta nuevo y cada relleno
Medicamentos con receta genéricos	\$1.00	
Medicamentos de venta libre, como medicamentos para dejar de fumar y para la diabetes	\$0.50	

- Si tiene un copago, hay un copago por cada nuevo medicamento con receta y cada relleno.

- Si se transfiere a un nuevo plan durante el año calendario, guarde los recibos como prueba de sus copagos o puede solicitar pruebas de los copagos realizados a su farmacia. Tendrá que entregar una copia a su nuevo plan.
 - Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga autorización previa antes de emitir su receta. Su médico puede trabajar con EmblemHealth Enhanced Care Plus para asegurarse de recibir los medicamentos que necesita. Obtenga más información sobre la autorización previa más adelante en este manual.
- Tiene la opción de elegir dónde surtir sus recetas. Puede ir a cualquier farmacia que participe en nuestro plan o puede surtir sus recetas a través de una farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Su copago de farmacia máximo será de \$50 por trimestre en un año calendario. El copago se restablecerá cada trimestre (o cada tres meses), independientemente de cuánto haya pagado el trimestre pasado. Los trimestres son los siguientes:

- Primer trimestre: del 1.º de enero al 31 de marzo
- Segundo trimestre: del 1.º de abril al 30 de junio
- Tercer trimestre: del 1.º de julio al 30 de septiembre
- Cuarto trimestre: del 1.º de octubre al 31 de diciembre

Si no puede pagar su copago de farmacia, debe hablar con su profesional de atención médica. No se le pueden negar servicios o productos porque no pueda pagar. Sin embargo, usted siempre será responsable de los copagos impagos.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención a Miembros de Farmacia al **888-447-7364** (TTY: **711**).

Atención hospitalaria

- cuidado de pacientes hospitalizados;
- cuidado de pacientes ambulatorios;
- análisis de laboratorio, radiografías, otras pruebas.

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una situación de emergencia.
- Después de haber recibido atención de emergencia, es posible que necesite otros servicios de atención para asegurarse de que su condición se mantiene estable. Según su necesidad, quizás necesite recibir tratamiento en la sala de emergencias, en la habitación de un hospital o en otro entorno. A esto se lo llama **servicios de posestabilización**.

Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 13 de este manual.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros proveedores médicos, como los siguientes:

- Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. EmblemHealth cubrirá las visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla médicamente necesarias que sean solicitadas por un médico u otro profesional autorizado.
- Audiólogos.

- Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés), incluidos audífonos, prótesis y ortopedia.
- Tratamientos renales y hemodiálisis.
- Tratamiento y servicios para el VIH/SIDA.
- Servicios de partera.
- Rehabilitación cardíaca.
- Podólogos, si tiene diabetes.
- Otros servicios cubiertos según sean médicamente necesarios.

Cuidado de la salud en centro residencial de salud para ancianos (hogar de ancianos)

- Incluye estadías o rehabilitación a corto plazo y atención a largo plazo.
- Debe ser solicitado por un médico y autorizado por EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Los servicios cubiertos en hogares de ancianos incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, asistencia con las tareas de la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla.

Si necesita alojarse en un hogar de ancianos a largo plazo, el Departamento de Servicios Sociales local debe determinar si cumple con ciertos requisitos de ingreso de Medicaid. EmblemHealth Enhanced Care Plus y el hogar de ancianos pueden ayudarle a presentar la solicitud.

Las estadías en un hogar de ancianos a largo plazo (permanentes) no son un beneficio cubierto por el producto plan de salud y recuperación de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Si califica para la colocación permanente a largo plazo, deberá cancelar su inscripción en el plan de salud y recuperación de EmblemHealth Enhanced Care Plus. Este beneficio estará cubierto mediante el pago de cargo por servicio de Medicaid hasta que esté inscrito en un plan de atención administrada de Medicaid.

Llame al **855-283-2146** para obtener ayuda y encontrar un hogar de ancianos que forme parte de nuestra red.

Atención de la salud conductual

La atención de salud conductual incluye salud mental, tratamiento por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación. Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios que les ayudan con su salud emocional o con problemas relacionados al consumo de alcohol u otras sustancias.

No necesita un referido de su PCP para acceder a estos servicios. Estos servicios incluyen lo siguiente:

Cuidado de la salud mental

- Programa Integral de Emergencia Psiquiátrica (CPEP, siglas en inglés) (incluye cama de observación extendida);
- servicios de rehabilitación si está en un hogar comunitario o bajo tratamiento familiar;
- servicios clínicos para pacientes ambulatorios;
- tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados;
- programa de hospitalización parcial;
- tratamiento diurno continuado;
- servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, siglas en inglés);
- servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT, siglas en inglés);
- orientación individual y grupal;
- servicios de intervención en crisis;

Servicios de atención por abuso de sustancias

- Servicios ante crisis
 - control de abstinencias médicamente administrado;
 - control de abstinencias médicamente supervisado (pacientes hospitalizados/ambulatorios*).

- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes hospitalizados (hospital o centro de atención comunitario)
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - estabilización en un entorno residencial;
 - rehabilitación en un entorno residencial.
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios
 - tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios;
 - servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios;
 - *control de abstinencias de pacientes ambulatorios;
 - tratamiento asistido con medicamentos.
- *Programas de tratamiento por opioides (OTP, siglas en inglés)

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda relacionada con el trastorno por consumo de sustancias, los miembros del paquete de beneficios de atención administrada por Medicaid podrán recibir servicios de reducción de daños. Estos servicios ofrecen un enfoque de la salud y el bienestar de los usuarios de sustancias orientado al paciente. Los servicios de reducción de daños proporcionan a las personas recursos y programas para ayudarles a reducir el consumo de sustancias. EmblemHealth cubrirá los servicios de reducción de daños recomendados por un médico u otro profesional autorizado. Estos incluyen los siguientes:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumidores de sustancias.
- Orientación de apoyo individual que ayuda a alcanzar sus metas.
- Orientación de apoyo grupal en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre los problemas que afectan su salud y bienestar.
- Orientación para ayudarle a tomar sus medicamentos con receta y continuar el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarle a comprender mejor el consumo de sustancias e identificar técnicas y habilidades de afrontamiento que funcionarán para usted.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar

Los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar pueden ayudarle con sus metas de vida como empleo, educación y otras áreas que quiera desarrollar. Para saber si califica para servicios comunitarios y en el hogar, un administrador de atención del programa Health Home debe completar un examen de detección junto con usted, el cual indicará si puede recibir los beneficios de estos servicios. Si el examen de detección determina que usted puede beneficiarse de los servicios comunitarios y en el hogar, el administrador de atención médica realizará una evaluación completa para saber cuáles son todas sus necesidades de salud, incluidos los servicios físicos, conductuales y rehabilitación. Si no está interesado en un administrador de casos de atención en el hogar, los administradores de la atención del plan de salud y recuperación y una agencia de coordinación de recuperación (RCA, siglas en inglés) le ayudarán a establecer vínculos con los servicios en el hogar y la comunidad.

Los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar incluyen lo siguiente:

- Servicios de habilitación: le ayudan a aprender habilidades nuevas para vivir de manera independiente en la comunidad.
- Relevo de corto plazo: le proporciona un lugar seguro al que puede ir cuando necesita tomar distancia de una situación estresante.

- **Relevo intensivo:** le ayuda a estar fuera del hospital cuando tiene una crisis al ofrecerle un lugar seguro donde quedarse y recibir tratamiento.
- **Servicios de apoyo educativo:** le ayudan a buscar maneras de regresar a la escuela para recibir educación y capacitación que le permitan conseguir un empleo.
- **Servicios prevocacionales:** le ayudan con las habilidades que debe adquirir a modo de preparación para solicitar un empleo.
- **Servicios de empleo transitorio:** le brindan apoyo por un corto período de tiempo mientras prueba diferentes empleos. Esto incluye práctica para fortalecer las habilidades laborales a fin de ayudarlo a permanecer en un trabajo con un salario mínimo o superior.
- **Servicios de apoyo intensivo para empleo:** le ayudan a encontrar un trabajo con un salario mínimo o superior y mantenerlo.
- **Servicios de apoyo continuo para empleo:** le ayudan a conservar el empleo y tener éxito.
- **Transporte no médico:** transporte al lugar donde se realizan actividades no médicas relacionadas con una de las metas de su plan de cuidado.

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE, siglas en inglés) de salud conductual

EmblemHealth cubre los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad. Los miembros elegibles pueden obtener servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad mediante una recomendación de un proveedor calificado. Puede usar su tarjeta de identificación de miembro de EmblemHealth para obtener los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad.

- **Rehabilitación psicosocial**

Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como establecer conexiones sociales, encontrar o mantener un trabajo, comenzar o regresar a la escuela y usar recursos comunitarios.

- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario**

Este servicio le ayuda a controlar los síntomas a través de orientación y tratamiento clínico.

- **Servicios de empoderamiento: apoyo de pares**

Este servicio lo conecta con pares especialistas que han pasado por la recuperación.

Recibirá apoyo y asistencia para aprender a hacer lo siguiente:

- vivir con retos de salud y ser independiente;
- tomar decisiones sobre su propia recuperación;
- encontrar apoyos y recursos.

- **Apoyo y capacitación familiar**

Este servicio les brinda a su familia y amigos la información y las habilidades para ayudarlo y apoyarlo.

¿Cuáles son los cambios de los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar a los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad?

Estos servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad son casi los mismos que en los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar. Hay dos cambios:

1. Ahora tiene más opciones de servicios para apoyar las metas relacionadas con el trabajo y la escuela. Puede trabajar con un proveedor de rehabilitación psicosocial (PSR) de CORE para ayudarlo a:
 - obtener un trabajo o ir a la escuela mientras controla problemas de salud mental o adicciones;
 - vivir de manera independiente y administrar su hogar;
 - construir o fortalecer relaciones saludables.
2. El relevo de crisis a corto plazo y el relevo de crisis intensiva ahora se denominan servicios residenciales de crisis y aún están disponibles.

¿Qué permanece sin cambios?

Estos siete servicios aún están disponibles en los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar:

- habilitación;
- servicios de apoyo educativo;
- servicios prevocacionales;
- empleo de transición;
- empleo intensivo respaldado;
- empleo con apoyo continuo;
- transporte no médico.

¿Tendré que cambiar mi proveedor de los servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar para obtener los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad?

Si recibía apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario, rehabilitación psicosocial, apoyo y capacitación familiar o apoyo de pares como servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar antes del 1.º de febrero de 2022, puede seguir recibiendo los mismos servicios de su proveedor en los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad. Su proveedor hablará con usted sobre cualquier cambio que le afecte. También puede pedirle ayuda a su administrador de la atención.

¿Necesito una evaluación para los servicios de salud conductual comunitarios?

Sí, debe completar la evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York con su administrador de la atención o coordinador de recuperación para obtener servicios de salud conductual comunitarios.

¿Necesito una evaluación para los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad?

No, no necesita la evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York para obtener los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad. Puede obtener un servicio de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad si lo recomienda un proveedor calificado, como un médico o trabajador social. Es posible que el proveedor calificado analice su diagnóstico y sus necesidades antes de hacer una recomendación para un servicio de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad.

¿Cómo encuentro un proveedor calificado que me recomiende para los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad?

Su médico de atención primaria o terapeuta puede hacer una recomendación para los servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor calificado, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros al número que aparece a continuación. También puede pedirle ayuda a su administrador de la atención. Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146 (TTY: 711)**.

Servicios de residencia ante crisis para niños y adultos

EmblemHealth paga los servicios de residencia ante crisis para los miembros del plan de salud y recuperación. Estos servicios nocturnos ayudan a las personas que están atravesando una crisis emocional.

Apoyo de residencia ante crisis

Este es un programa para personas con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden controlarse en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.

Residencia ante crisis intensiva

Este es un programa de tratamiento para personas con angustia emocional grave.

Otros servicios cubiertos

- equipo médico duradero (DME)/audífonos/prótesis/ortopedia;
- servicios ordenados por la corte;
- servicios de apoyo social (ayuda para recibir servicios comunitarios);

- centros de salud con calificación federal o servicios similares.

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes

Si está en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, EmblemHealth cubre servicios que pueden ayudarle.

EmblemHealth cubre servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Este beneficio cubrirá 22 sesiones de capacitación grupal del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes durante el transcurso de 12 meses.

El NDPP es un programa educativo y de apoyo diseñado para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa consiste en sesiones de capacitación grupal centradas en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación saludable y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una pérdida de peso modesta y un aumento de la actividad física. Las sesiones del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes están a cargo de un asesor de estilo de vida capacitado.

Elegibilidad

Usted puede ser elegible para recibir servicios preventivos para la diabetes si tiene una recomendación de un médico u otro proveedor médico autorizado y si cumple con los siguientes requisitos:

- tiene, al menos, 21 años;
- no está embarazada actualmente;
- tiene sobrepeso;
- no se le ha diagnosticado previamente diabetes tipo 1 o tipo 2.

Y si cumple con uno de los siguientes criterios:

- ha tenido un resultado de una prueba de sangre dentro del rango de prediabetes en el último año;
- le han diagnosticado previamente diabetes gestacional; **u**
- obtiene un puntaje de 5 o más en el examen de riesgo de prediabetes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, siglas en inglés)/la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, siglas en inglés).

Hable con su médico para ver si reúne los requisitos para participar en el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Beneficios que puede obtener de nuestro plan O con su tarjeta Medicaid

Usted puede elegir el lugar donde recibir atención para algunos servicios. Con su tarjeta de miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus puede obtener estos servicios. También puede visitar a proveedores que le pedirán su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Planificación familiar

Puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar.

O bien, puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier manera, no necesita un referido de su PCP.

Puede recibir fármacos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) disponibles con receta médica, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede visitar a un proveedor de planificación familiar si necesita hacerse pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), y

tratamiento además de recibir orientación relacionada con los resultados de su prueba. Los exámenes de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas también están incluidos en las visitas de planificación familiar.

Servicios de infertilidad

Si no puede quedar embarazada, EmblemHealth cubre servicios que pueden ayudarle.

EmblemHealth cubre algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio se limita a la cobertura durante 3 ciclos de tratamiento de por vida.

EmblemHealth cubrirá los servicios relacionados con la indicación y el monitoreo del uso de dichos medicamentos. El beneficio de infertilidad incluye lo siguiente:

- visitas al consultorio;
- radiografía del útero y las trompas de Falopio;
- ultrasonido pélvico;
- prueba de sangre;

Elegibilidad

Usted puede ser elegible para recibir servicios para tratar la infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años de edad y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años de edad y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Examen de detección de VIH e ITS

Su PCP o los médicos de EmblemHealth Enhanced Care Plus pueden brindarle este servicio en cualquier momento. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede consultar con cualquier médico o concurrir a cualquier clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita un referido cuando este servicio es parte de una visita de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con sus médicos acerca de hacerse la prueba de VIH. Para acceder a pruebas de VIH gratuitas o pruebas anónimas, llame al **800-541-AIDS** (inglés) o al **800-233-SIDA** (español).

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Usted puede elegir visitar a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para el diagnóstico o tratamiento. Usted no necesita un referido para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios que obtiene solo con su tarjeta de Medicaid

Hay algunos servicios que EmblemHealth Enhanced Care Plus no presta. Con su tarjeta de beneficios de Medicaid puede recibir estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid.

Transporte

El transporte de emergencia y no emergencia está cubierto por el plan regular de Medicaid.

Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar al siguiente número que corresponda a su caso:

- Miembros de los condados de Nassau y Suffolk: LogistiCare al **844-678-1103**.
- Miembros del condado de Westchester: Medical Answering Services (MAS) al **866-883-7865**.
- Miembros de la ciudad de Nueva York: Medical Answering Services (MAS) al **844-666-6270**.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar a LogistiCare al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), fecha y hora de la cita, dirección a la que se dirige y médico que va a consultar. El transporte médico que no es de emergencia incluye vehículos personales, autobuses, taxis, ambulancias y transporte público.

Si usted tiene una emergencia y necesita una ambulancia, debe llamar al **911**.

Discapacidades del desarrollo

- terapias a largo plazo;
- tratamiento diurno;
- servicios de hospedaje;
- Programa de coordinación de servicios de Medicaid (MSC, siglas en inglés);
- servicios prestados mediante una exención para servicios comunitarios y en el hogar;
- servicios de exoneración del modelo médico (atención médica en el hogar);

Servicios NO cubiertos

Estos servicios no están disponibles por parte de EmblemHealth Enhanced Care Plus ni Medicaid. Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que tenga pagar la factura.

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y de comodidad.
- Tratamientos de infertilidad para hombres.
- Servicios de un proveedor que no forma parte de EmblemHealth Enhanced Care Plus, salvo que usted haya sido autorizado a consultarlo, según se describe en este manual, o que EmblemHealth Enhanced Care Plus o su PCP lo envíen a ese proveedor.

Es posible que deba por cualquier servicio que su PCP no apruebe. O bien, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente de “pago privado” o “de pago propio”, deberá pagar por el servicio.

Esto incluye:

- servicios no cubiertos (enumerados anteriormente);
- servicios no autorizados;
- servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de EmblemHealth Enhanced Care Plus.

Si recibe una factura

Si recibe una factura en concepto de un tratamiento o servicio que usted considera que no debería pagar, no la ignore. Llame a EmblemHealth Enhanced Care Plus al **855-283-2146** de inmediato. EmblemHealth Enhanced Care Plus puede ayudarle a entender por qué usted

recibió esa factura. Si no le corresponde el pago, nos comunicaremos con el proveedor e intentaremos solucionar el problema por usted.

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que se le está solicitando que pague algo que Medicaid o EmblemHealth Enhanced Care Plus debería cubrir. Consulte la sección Audiencias imparciales más adelante en este manual.

Si tiene dudas, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

Autorización de servicios

Autorización previa:

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se conoce como autorización previa. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar aprobados antes de que los reciba:

- procedimientos para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia y que brinden atención de enfermería aguda, de rehabilitación y especializada;
- toda cirugía ambulatoria para procedimientos y tratamiento en un centro o consultorio médico;
- todos los procedimientos que requieren un cirujano asistente o cocirujano;
- cuidado de salud en el hogar;
- atención de hospicio;
- evaluación previa al trasplante y servicios de trasplante;
- rehabilitación pulmonar y cardíaca ambulatoria;
- servicios de radiología de diagnóstico ambulatoria;
- radioterapia;
- fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios;
- estudios del sueño;
- servicios de pruebas psicológicas;
- servicios de pruebas neuropsicológicas;
- servicios cubiertos que no sean de emergencia prestados por proveedores no participantes;
- algunos tipos de equipos médicos duraderos;
- implantes dentales y aparatos bucales (como aparatos de ortodoncia);
- todas las pruebas genéticas;
- ciertos medicamentos inyectables;
- cirugía reconstructiva u otros procedimientos que pueden considerarse estéticos;
- todos los procedimientos que se consideren experimentales y en fase de investigación;
- terapia de infusión a domicilio.

* Algunos servicios que no se mencionan aquí pueden requerir aprobación previa, según las circunstancias. No se necesita autorización previa para los servicios de trastorno por consumo de sustancias (SUD).

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios:

Usted, la persona que designe o su médico deben comunicarse con la Administración de la Atención de EmblemHealth al menos 10 días hábiles antes llamando al **888-447-2884**.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

En otros horarios:

- Si la llamada se refiere a una admisión de emergencia, se le pedirá a la persona que llama que deje un mensaje y la Administración de la Atención lo llamará a usted o a su médico al siguiente día hábil.
- Si la llamada se refiere a una admisión electiva, se le recomendará a la persona que llama que vuelva a llamar al siguiente día hábil cuando haya representantes disponibles.

También deberá obtener autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero necesita continuar recibéndolos u obtener más atención. Esto se denomina evaluación simultánea.

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

El plan de salud cuenta con un equipo de evaluación para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Verificamos que el servicio que solicita esté cubierto por su plan de salud. Los médicos y el personal de enfermería forman parte del equipo de evaluación. Ellos se encargan de asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para ello, controlan su plan de tratamiento en comparación con estándares médicamente aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un importe inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un evaluador clínico, que puede ser un médico o un profesional de atención médica que normalmente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de evaluación clínica, que utilizamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la evaluaremos siguiendo un proceso estándar o rápido. Usted o su médico pueden solicitar una evaluación acelerada si se considera que una demora causará un daño grave a su salud. Si se deniega su solicitud de evaluación acelerada, se lo informaremos y su caso se manejará conforme al proceso de evaluación estándar.

Haremos una evaluación acelerada en los siguientes casos:

- Si una demora pone en grave riesgo su salud, su vida o su capacidad para funcionar.
- Si su proveedor dice que la evaluación debe ser más rápida.
- Si está solicitando más servicios de los que recibe en este momento.

En todos los casos, evaluaremos su solicitud tan pronto como su afección médica nos lo exija, pero a más tardar en el plazo que se menciona a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le informaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones Apelaciones del plan y Audiencias imparciales más adelante en este manual).

Plazos para presentar solicitudes de autorización previa:

- Evaluación estándar: tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted recibirá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.

- Evaluación acelerada: tomaremos una decisión y usted recibirá noticias nuestras en un plazo de 72 horas. Le informaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de evaluación simultánea:

- Evaluación estándar: tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted recibirá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Evaluación acelerada: Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos. Recibirá noticias nuestras a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. Le informaremos en un plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si está en el hospital o acaba de abandonar el hospital y solicita cuidado de salud en el hogar, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud. Esto puede extenderse 14 días, según la necesidad de más información.
- Si solicita servicios de salud mental que pueden estar relacionados con una comparecencia ante un tribunal, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud.
- Si solicita un medicamento con receta para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud.
- Un protocolo de tratamiento escalonado significa que primero le solicitamos que pruebe otro medicamento, antes de aprobar el medicamento que está solicitando. Si solicita la aprobación para anular un protocolo de tratamiento escalonado, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una evaluación acelerada, le llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Le informaremos por qué la demora es para su beneficio.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día en que le solicitemos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para darle al plan que ayudará a tomar una decisión para su caso. Para esto, llame al **855-283-2146** o escriba a:

Care Management Department
EmblemHealth
55 Water Street
New York, NY 10041

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para evaluar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de evaluación ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **800-206-8125**.

Le notificaremos antes de la fecha en que haya expirado nuestro tiempo de evaluación. Sin embargo, si por algún motivo no recibe noticias nuestras para esa fecha, considere que denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de tratamiento escalonado a tiempo, su solicitud será aprobada.

Si cree que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentar una apelación ante el plan. Consulte la sección Apelaciones ante el plan más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención:

A veces, realizaremos una evaluación simultánea de la atención que recibe para ver si aún necesita la atención. También podemos evaluar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina evaluación retrospectiva. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio que ya hemos aprobado y usted está recibiendo, debemos informarle al menos 10 días antes de cambiar el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre servicios y apoyos a largo plazo, como cuidado de salud en el hogar, atención personal, servicios de asistencia personal dirigida al consumidor, atención médica diurna para adultos y atención en un hogar de ancianos.
- Si estamos verificando la atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días de recibir toda la información que necesitamos para la evaluación retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención que haya recibido y que haya estado cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si más adelante rechazamos el pago al proveedor.**

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, siglas en inglés) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: **844-614-8800** (Servicio de retransmisión TTY: **711**)

Sitio web: **icannys.org** | Correo electrónico: **ican@cssny.org**

Cómo se les paga a nuestros proveedores

Tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que pueda afectar su uso de los servicios de atención médica. Puede llamar al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de las siguientes maneras:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente reciban un salario. La cantidad de pacientes que atienden no afecta esto.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden obtener una tarifa fija cada mes por cada paciente para el que se desempeñan. El cargo sigue siendo el mismo independientemente de que el paciente necesite una visita, muchas o ninguna. Esto se denomina capitación/contribución por persona.

- A veces, los proveedores obtienen un cargo fijo por cada persona en su lista de pacientes, pero se puede retener algo de dinero (tal vez el 10 %) para un fondo de incentivo. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han cumplido con los estándares de pago adicional establecidos por el plan.
- Los proveedores también pueden recibir el pago de un cargo por servicio. Esto significa que obtienen una tarifa acordada por el plan por cada servicio que prestan.

Puede aportar ideas sobre las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que nos permitan brindar mejores servicios a nuestros miembros. Si tiene ideas, compártalas con nosotros. Tal vez le gustaría trabajar con una de nuestras juntas o comités asesores de miembros, o asistir a uno de nuestros foros para miembros que se realizan cada año. Llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** para averiguar cómo puede ayudar.

Información del Servicio de Atención a Miembros

Aquí encontrará información que puede obtener llamando al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**.

- Lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, funcionarios, partes controladoras, propietarios y socios de EmblemHealth.
- Copia de los estados financieros o balances generales más recientes y resúmenes de ingresos y gastos.
- Copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre las quejas de los consumidores sobre EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Cómo mantenemos la privacidad de sus historiales clínicos y la información de los miembros.
- Por escrito, le informaremos cómo nuestro plan verifica la calidad de la atención a nuestros miembros.
- Le informaremos con qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos las pautas que utilizamos para evaluar afecciones o enfermedades que están cubiertas por EmblemHealth Enhanced Care.
- Si lo solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de atención médica pueden solicitar ser parte de nuestra red.
- Si lo solicita, le informaremos: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de referido y, de ser así, 2) los tipos de acuerdos que usamos; y 3) si se proporciona protección contra pérdidas para médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada nuestra compañía y cómo funciona.

Manténganos informados

Llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** cuando se produzcan estos cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
- Tiene un cambio en la elegibilidad para Medicaid.
- Está embarazada.
- Da a luz.
- Hay un cambio en el seguro para usted.

- Cuando se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria.

Si deja de tener Medicaid, consulte con el Departamento Local de Servicios Sociales. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

Cancelación de la inscripción y transferencias

Si desea abandonar el plan

Puede probar nuestros servicios durante 90 días. Puede abandonar EmblemHealth Enhanced Care Plus e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Sin embargo, si no se retira en los primeros 90 días, deberá permanecer en EmblemHealth Enhanced Care Plus durante nueve meses más, a menos que tenga un motivo que lo justifique.

Los siguientes son algunos ejemplos de buenas razones:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York y los miembros se ven perjudicados por ello.
- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento Local de Servicios Sociales están de acuerdo en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted.
- Usted está o queda exento o excluido de la atención administrada.
- No ofrecemos un servicio de atención administrada de Medicaid que puede obtener de otro plan de salud en su área.
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que hemos elegido no cubrir y recibir el servicio por separado pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido proporcionarle servicios como se nos exige en virtud de nuestro contrato con el estado.

Para cambiar de plan:

- Llame al personal de Atención Administrada de su Departamento Local de Servicios Sociales.
- Llame a New York Medicaid Choice al **800-505-5678**. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan de salud.

Es posible que pueda cancelar su inscripción o transferirse a otro plan por teléfono. Si tiene que recibir atención administrada, tendrá que elegir otro plan de salud.

El procesamiento puede demorar entre dos y seis semanas, según cuándo se reciba su solicitud. Recibirá un aviso de que el cambio tendrá lugar en una fecha determinada. EmblemHealth Enhanced Care Plus le proporcionará la atención que necesita hasta entonces.

Puede solicitar una acción más rápida si considera que el plazo del proceso regular causará daños adicionales a su salud. También puede solicitar una acción más rápida si se ha quejado porque no aceptó la inscripción. Simplemente llame al Departamento Local de Servicios Sociales o a New York Medicaid Choice.

Podría dejar de ser elegible para los planes de salud y recuperación y para los planes de atención administrada de Medicaid

Es posible que deba abandonar EmblemHealth Enhanced Care Plus en los siguientes casos:

- Si se muda fuera del condado o área de servicio.
- Si se cambia a otro plan de atención administrada.
- Si se inscribe en una HMO u otro plan de seguro a través del trabajo.
- Si va a prisión.
- Si pierde la elegibilidad por otro motivo.
- Si tiene que abandonar EmblemHealth Enhanced Care Plus o deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluida cualquier atención que reciba en su hogar. Llame a New York Medicaid Choice al **800-505-5678** de inmediato si esto sucede.

Podemos pedirle que abandone nuestro plan

También puede perder su membresía en EmblemHealth Enhanced Care Plus si lo siguiente ocurre con frecuencia:

- Se niega a trabajar con su PCP en relación con su atención.
- No asiste a las citas.
- Acude a la sala de emergencias para recibir atención que no es de emergencia.
- No sigue las reglas de EmblemHealth.
- No completa los formularios con honestidad o no proporciona información verdadera (comete fraude).
- Actúa de maneras que nos dificultan hacer lo mejor posible por usted y otros miembros, incluso después de que hayamos intentado solucionar los problemas.

También puede perder su cobertura de EmblemHealth Enhanced Care Plus si causa abuso o daño a los miembros, los proveedores o el personal del plan.

Independientemente de la razón por la que cancele su inscripción, prepararemos un plan de alta para ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Apelaciones ante el plan

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se conoce como autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Este proceso se describe anteriormente en este manual. El aviso de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un importe inferior al solicitado se denomina Determinación adversa inicial.

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

Su proveedor puede solicitar una reconsideración

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o que estaba en fase de investigación, y no hablamos con

su médico al respecto, su médico puede solicitar hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en el plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación ante el plan

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede solicitarnos que revisemos su caso nuevamente. Esto se denomina Apelación ante el plan.

- Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de Determinación adversa inicial para solicitar una apelación ante el plan.
- Puede llamar al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** si necesita ayuda para solicitar una apelación ante el plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarle si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación ante el plan o puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, que lo solicite. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal hacia usted porque solicite una apelación ante el plan.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención:

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que está recibiendo actualmente, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se tome una decisión respecto de su apelación ante el plan. **Debe solicitar su apelación ante el plan:**

- **dentro de los 10 días de haber sido informado que su atención cambiará; o**
- **a más tardar para la fecha en que se programe el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Si su apelación ante el plan resulta en otra denegación, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio continuo que haya recibido.

Puede llamarnos, escribirnos o visitarnos para solicitar una apelación ante el plan. Cuando solicite una apelación ante el plan, o poco después, deberá proporcionarnos lo siguiente:

- Su nombre y dirección.
- Número de afiliado.
- Servicio que solicitó y motivos de la apelación.
- Cualquier evidencia que desee que evaluemos, como historiales clínicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio.
- Cualquier información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de determinación adversa inicial.
- Para ayudarle a prepararse para su apelación ante el plan, puede solicitar ver las pautas, los historiales clínicos y otros documentos que utilizamos para tomar la determinación adversa inicial. Si su apelación ante el plan es acelerada, puede haber poco tiempo para proporcionarnos la información que desea que evaluemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **855-283-2146**.

Proporcione su información y materiales por teléfono, fax, correo o en persona:

Teléfono **855-283-2146**

Fax **212-510-5320**

Correo Grievance and Appeals Department
EmblemHealth
55 Water Street,
New York, NY 10041

En persona Visite cualquiera de nuestros centros de Neighborhood Care.

Si solicita una apelación ante el plan por teléfono, a menos que sea una apelación acelerada, también debe enviarnos su apelación ante el plan por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica ante el plan. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y enviarnos el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario.

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si determinamos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, puede solicitarnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación ante el plan:
 - 1) Una declaración por escrito de su médico en la que se indique que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado por la junta o elegible para la junta que trate a personas que necesiten el servicio que usted solicita.
 - 2) Dos documentos médicos o científicos que demuestren que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar de un proveedor participante.
- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para proporcionar un servicio, puede solicitarnos que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea referido a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 - 1) Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
 - 2) que se recomienda recurrir a un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda proporcionar el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado por la junta o elegible para la junta que trate a personas que necesiten el servicio que usted solicita. Si su médico no envía esta información, igualmente evaluaremos su apelación ante el plan. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas más adelante en este manual.

Qué sucede después de que recibimos su apelación ante el plan:

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación ante el plan.
- Le enviaremos una copia gratuita de los historiales clínicos y cualquier otra información que usemos para tomar la decisión de apelación. Si su apelación ante el plan es acelerada, puede haber poco tiempo para evaluar esta información.

- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llame a EmblemHealth al **855-283-2146** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.
- Las decisiones de apelaciones ante el plan acerca de asuntos clínicos estarán a cargo de profesionales de atención médica calificados distintos de los que tomaron la primera decisión, al menos uno de los cuales será un evaluador clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas serán abordadas por personas que trabajan en una jerarquía más alta que las personas que trabajaron en la primera decisión.
- Se le informarán los motivos de nuestra decisión y nuestros fundamentos clínicos, si corresponde. El aviso de la decisión de apelación ante el plan de denegar su solicitud o aprobarla por un importe inferior al solicitado se denomina **Determinación adversa definitiva**.
- **Si considera que nuestra determinación adversa definitiva es incorrecta:**
 - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.
 - Para algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas de este manual.
 - Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **800-206-8125**.

Plazos para las apelaciones ante el plan:

- **Apelaciones ante el plan estándar:** si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir del momento en que solicitó su apelación ante el plan.
- **Apelaciones aceleradas ante el plan:** si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelaciones aceleradas ante el plan se tomarán en 2 días hábiles a partir de la presentación de su apelación ante el plan y en no más de 72 horas a partir del momento en que solicitó su apelación ante el plan.
 - Le informaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.
 - Si se denegó su solicitud de más tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que abandonara el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de las siguientes 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.

Su apelación ante el plan será evaluada conforme al proceso acelerado en los siguientes casos:

- Si usted o su médico solicitan que se evalúe su apelación ante el plan en virtud del proceso acelerado. Su médico debería explicar de qué modo una demora causará daños a su salud. Si se deniega su solicitud de evaluación acelerada, se lo informaremos y su apelación ante el plan se evaluará conforme al proceso de evaluación estándar.
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que recibe actualmente o necesita ampliar un servicio que se ha proporcionado.
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó cuidado de salud en el hogar después de estar en el hospital.
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que abandonara el hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación ante el plan, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una evaluación acelerada, le llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Le informaremos por qué la demora es para su beneficio.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día en que le solicitemos más información.

Usted o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para darle al plan que ayudará a tomar una decisión para su caso. Para esto, llame al **855-283-2146** o escriba a:

Grievance and Appeals Department
EmblemHealth
55 Water Street, New York, NY 10041

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para evaluar su apelación ante el plan. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de evaluación ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **800-206-8125**.

Si no recibe una respuesta a su apelación ante el plan o no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las extensiones, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación ante el plan a tiempo y le informamos que el servicio que solicita cumple con lo siguiente:

- 1) no es médicamente necesario;
- 2) está en fase experimental o de investigación;
- 3) no es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan;
- 4) está disponible a través de un proveedor participante con la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades. Esto significa que se aprobará la solicitud de autorización de servicios.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelación si determinamos que el servicio que solicita tiene las siguientes características:

- 1) no es médicamente necesario;
- 2) está en fase experimental o de investigación;
- 3) no es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan;
- 4) está disponible a través de un proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Se la denomina apelación externa porque la decisión la toman evaluadores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos evaluadores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe encontrarse en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco frecuente. No tiene que pagar para presentar una apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación ante el plan y obtener una determinación adversa definitiva del plan.
- Si no ha recibido el servicio y solicita una apelación acelerada ante el plan, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que indicar que se necesita una apelación externa acelerada.
- Usted y el plan pueden acordar no seguir el proceso de apelaciones del plan y presentar directamente una apelación externa.
- Puede demostrar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación ante el plan.

Tiene **4 meses** después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron no seguir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses, contados a partir del momento en que llegaron a ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que suministrar información sobre su problema médico. En la solicitud de apelación externa, se indica qué información se necesitará.

Estas son algunas maneras en las que puede obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al **800-400-8882**.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros **dfs.ny.gov**.
- Comuníquese con el plan de salud al **855-283-2146**.

Se tomará una decisión respecto de la apelación externa en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el evaluador de la apelación externa solicita más información. Se les informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días de tomada la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida en los siguientes casos:

- Si su médico indica que una demora perjudicará gravemente su salud.
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan deniega la atención en el hospital.

A esto se lo denomina **apelación externa acelerada**. El evaluador de la apelación externa tomará una decisión respecto de una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si solicitó tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que deba abandonar el hospital, continuaremos pagando su estadía si cumple con lo siguiente:

- solicita una apelación acelerada ante el plan dentro de las 24 horas; **y**
- solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación acelerada ante el plan en 24 horas. Se tomará una decisión respecto de la apelación externa acelerada en 72 horas.

El evaluador de la apelación externa les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta donde se le informará la decisión.

Si solicita una apelación ante el plan y recibe una determinación adversa definitiva que deniega, reduce, suspende o interrumpe su servicio, puede solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, prevalecerá la decisión del funcionario de la audiencia imparcial.

Audiencias imparciales

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado de Nueva York si ocurre algo de lo siguiente:

- No está satisfecho con una decisión que tomó el Departamento Local de Servicios Sociales o el Departamento de Salud del Estado sobre su permanencia o salida de EmblemHealth.
- No está conforme con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene un total de 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de intención de restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días del Aviso de intención de restricción, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta que se resuelva la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde en la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está conforme con la decisión de que su médico no solicitó los servicios que usted deseaba recibir. Considera que la decisión del médico interrumpe o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante EmblemHealth. Si EmblemHealth está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación ante el plan. Si recibe una determinación adversa definitiva, contará con 120 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial del estado.
- No está conforme con una decisión que tomamos sobre su atención. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está conforme con nuestra decisión de hacer lo siguiente:
 - reducir, suspender o interrumpir la atención que estaba recibiendo;
 - negar la atención que deseaba recibir;
 - negar el pago de la atención que recibió, o
 - si no se le permitió disputar un importe de copago, otro importe que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero debe solicitar una apelación ante el plan y recibir una determinación adversa definitiva. Contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación ante el plan y recibe una determinación adversa definitiva que reduce, suspende o interrumpe la atención que recibe actualmente, puede continuar recibiendo los servicios que su médico le indicó mientras espera que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva o antes del momento en que la acción entre en vigencia, lo que ocurra más tarde.

Sin embargo, si opta por solicitar la continuidad de los servicios y pierde en la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Usted solicitó una apelación ante el plan y ya se agotó el tiempo que tenemos para tomar una decisión respecto de su apelación ante el plan, incluida cualquier extensión. Si no recibe una respuesta a su apelación ante el plan o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Puede solicitar una audiencia imparcial por los medios siguientes:

1. Por teléfono: llame al número gratuito **800-342-3334**
2. Por fax: **518-473-6735**
3. Por Internet: **otda.state.ny.us/oah/forms.asp**
4. Por correo postal: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

Cuando solicite una audiencia imparcial sobre una decisión tomada por EmblemHealth, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencia**. Esta es la información que usamos para tomar nuestra decisión sobre su atención. El plan le proporcionará esta información al funcionario de audiencias para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, llevaremos una copia del paquete de pruebas a la audiencia para usted. Si no recibe el paquete de evidencia a más tardar en la semana anterior a la audiencia, puede llamar al **855-283-2146** para solicitarlo.

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

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, siglas en inglés) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: **844-614-8800** (Servicio de retransmisión de TTY: **711**)

Sitio web: **icannys.org** | Correo electrónico: **ican@cssny.org**

Proceso de quejas

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le brinde un buen servicio. Si tiene un problema, hable con su PCP, o llame o escriba al Servicio de Atención a Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o una disputa con su atención o servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y cualquier queja que llegue por correo se manejarán de acuerdo con nuestro procedimiento de quejas descrito a continuación.

Puede llamar al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de queja. Podemos ayudarle si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si necesita servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja al **800-206-8125** o escribir a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, NY 12237.

También puede comunicarse con el Departamento Local de Servicios Sociales para presentar su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al **800-342-3736** si su queja implica un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante nuestro plan:

Puede presentar una queja usted mismo o puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, presente la queja por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.

Para presentar una solicitud por teléfono, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Si nos llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

Puede hacernos llegar su queja por escrito o llamar al número de Servicio de Atención a Miembros y solicitar un formulario de queja. Las quejas deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department
EmblemHealth
55 Water Street, New York, NY 10041

¿Qué sucede después?

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le indicará lo siguiente:

- quién está trabajando en su queja;
- cómo comunicarse con esta persona;
- si necesitamos más información.

También puede proporcionar información para que se use al momento de evaluar su queja en persona o por escrito. Llame a EmblemHealth al **855-283-2146** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.

Una o más personas calificadas evaluarán su queja. Si su queja involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados evaluarán su caso.

Después de evaluar su queja:

- Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder a su queja, pero recibirá noticias nuestras en un plazo de no más de 60 días a partir del día en que recibamos su queja. Le informaremos los motivos de nuestra decisión por escrito.
- En los casos en que una demora pueda poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para responder a su queja, pero recibirá noticias nuestras en un plazo de no más de 7 días a partir del día en que recibamos su queja. Le llamaremos para informarle nuestra decisión o intentaremos comunicarnos con usted para informarle. Recibirá una carta para hacer un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.

- Se le informará cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta y le informaremos al respecto.

Apelaciones de quejas:

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre una queja que usted presentó, tiene derecho de presentar una apelación de la queja ante el plan.

Cómo presentar la apelación de una queja:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene al menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación de una queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de la queja por usted.
- La apelación de la queja se debe presentar por escrito. Si presenta una apelación de una queja por teléfono, se debe realizar un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y enviarnos el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos su apelación de una queja:

Después de recibir su apelación de una queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le indicará lo siguiente:

- quién está trabajando en su apelación de la queja;
- cómo comunicarse con esta persona;
- si necesitamos más información.

Su apelación de una queja será evaluada por una o más personas calificadas en una jerarquía más alta que aquellas que tomaron la primera decisión sobre su queja. Si su apelación de queja involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados evaluarán su caso, junto con al menos un evaluador clínico, que no estuvieron involucrados en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Si tenemos toda la información que necesitamos, conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en 2 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión sobre la apelación. Se le informarán los motivos de nuestra decisión y nuestros fundamentos clínicos, si corresponde. Si aún 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 **800-206-8125**.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, siglas en inglés) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: **844-614-8800** (Servicio de retransmisión TTY: **711**)

Sitio web: **icannys.org** | Correo electrónico: **ican@cssny.org**

PARTE III: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Sus derechos

Como miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser atendido con respeto, independientemente del estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de parte de EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Recibir información por parte de su PCP sobre cualquier problema, lo que se puede hacer por usted y cuál será el resultado probable en un idioma que usted comprenda.
- Obtener una segunda opinión sobre su atención.
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento o plan para su atención después de que se le haya explicado completamente ese plan.
- Rechazar la atención y que le digan cuáles son sus riesgos si lo hace.
- Rechazar la inscripción en los servicios de Health Home y recibir información sobre cómo recibir sus necesidades de atención de salud física y conductual sin tener un Administrador de la atención del Hogar de salud asignado.
- Obtener una copia de su historial clínico y hablar al respecto con su médico de atención primaria, y solicitar, si es necesario, que su historial clínico se modifique o corrija.
- Asegurarse de que su historial clínico sea privado y que no se compartirá con nadie, excepto según lo exija la ley, el contrato o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas de EmblemHealth para resolver cualquier queja, o bien, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento de Servicios Sociales local en cualquier momento que considere que no recibió un trato justo.
- Usar el sistema de audiencia imparcial estatal.
- Designar a una persona (familiar, amigo, abogado, etc.) para que actúe en su nombre si no puede hablar por sí mismo sobre su atención y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, sin restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro de EmblemHealth Enhanced Care Plus, usted acepta lo siguiente:

- Trabajar con su equipo de cuidado de la salud para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona su sistema de atención médica.
- Escuchar el consejo de su médico de atención primaria y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar al consultorio de su médico de atención primaria si no mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que espera para usted mismo.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Debe llamar al Servicio de atención a miembros.
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar una cita, llame lo antes posible.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar a su médico de atención primaria cuando necesite atención médica, incluso después del horario de atención.

DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS

Es posible que llegue un momento en el que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Si planifica con anticipación, puede hacer los arreglos necesarios ahora para que se respete su voluntad. Primero, informe a su familia, amigos y a su médico qué tipos de tratamiento desea o no desea recibir. En segundo lugar, puede designar a un adulto de su confianza para que tome decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas a usted para que sepan lo que usted desea. En tercer lugar, lo mejor es poner sus pensamientos por escrito. Los documentos que se enumeran a continuación pueden ayudar. No es necesario recurrir a un abogado, pero es posible que desee hablar con uno al respecto. Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a comprender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es informarles a los demás sus deseos si no puede hablar por sí mismo.

Poder para la atención médica

Con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si usted no puede hacerlo. Si hace esto, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

RCP y orden de no reanimación

Tiene derecho a decidir si desea que algún tratamiento especial o de emergencia reinicie el corazón o los pulmones si su respiración o circulación se detiene. Si no desea recibir un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), debe informarlo por escrito. Su PCP le proporcionará una orden de no reanimación para sus historiales clínicos. También puede obtener un formulario de orden de no reanimación para llevar con usted o un brazalete para usar que le informará a cualquier proveedor médico de emergencia sobre sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta para llevar en la billetera indica que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando usted muera. Además, revise el reverso de su licencia de conducir para informar a los demás si desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Designación de su apoderado para la atención médica en el estado de Nueva York

La Ley de Poder de Representación para el Cuidado de Salud en Nueva York le permite designar a alguien de su confianza (por ejemplo, un familiar o amigo cercano) para que tome decisiones de atención médica por usted en caso de que quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. Al designar a un apoderado para la atención médica, usted puede asegurarse de que los proveedores de atención médica respetarán sus deseos. Su apoderado también puede decidir cómo se implementarán las medidas relacionadas con sus deseos a medida que su afección médica cambia. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben seguir las decisiones de su apoderado como si fueran suyas. Usted puede otorgarle a la persona que seleccione como su apoderado para la atención médica el grado de autoridad que usted desee. Puede permitir que su apoderado tome todas las decisiones de atención médica o solo algunas de ellas. También puede darle instrucciones que deberá seguir. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido.

Acerca del formulario de Poder para la atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmarlo, usted debe comprender lo siguiente:

1. Este formulario le otorga a la persona que usted elija como su apoderado la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted, lo que incluye la decisión de retirar o proporcionar tratamiento de soporte vital, a menos que usted indique lo contrario en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su apoderado conozca razonablemente sus deseos con respecto a la administración de nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa), no se le permitirá a esta persona rechazar o aprobar esas medidas por usted.
3. Su apoderado comenzará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica.
4. Usted puede incluir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desea recibir o aquellos tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones pueden utilizarse para limitar el poder de decisión del apoderado. Su apoderado debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones por usted.

5. No se necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a cualquier adulto (de 18 años de edad o más), incluido un familiar o amigo cercano, para que actúe como su apoderado. Si usted selecciona a un médico como su apoderado, esta persona tendrá que elegir entre actuar como su apoderado o como su médico tratante porque un médico no puede tener ambas funciones al mismo tiempo. Además, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen restricciones especiales si desea nombrar a alguien que trabaja en dichas instituciones como su apoderado. Pídale al personal de la institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su apoderado para la atención médica, hable con esa persona acerca del tema para asegurarse de que esta persona esté dispuesta a actuar como su apoderado. Dígale a la persona que usted elija que será su apoderado para la atención médica. Hable con su apoderado acerca de sus deseos respecto de la atención médica y este formulario. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su apoderado no puede ser demandado por decisiones de atención médica tomadas de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su apoderado para la atención médica y luego se divorcia o se separa legalmente, su excónyuge ya no podrá ser su apoderado por ley, a menos que usted indique lo contrario. Si desea que su excónyuge siga siendo su apoderado, puede incluir esta decisión en su formulario actual y fecharlo, o bien completar uno nuevo en el que designe a su excónyuge.
9. Aunque usted haya firmado este formulario, tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica por sí mismo siempre y cuando tenga la capacidad para hacerlo, y no se le puede brindar tratamiento o detenerlo si usted se opone, ni su apoderado tendrá autoridad suficiente para oponerse.
10. Si desea cancelar la autoridad otorgada a su apoderado, comuníquese su decisión a su apoderado o a su proveedor de atención médica verbalmente o por escrito.
11. La designación de un apoderado para la atención médica es voluntaria. Nadie puede exigirle que designe uno.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido en el formulario.

Preguntas frecuentes

¿Por qué debería elegir un apoderado para la atención médica?

Si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar decisiones de atención médica, otra persona deberá decidir por usted. Los proveedores de atención médica a menudo recurren a los familiares para que los orienten. Los familiares pueden comunicar lo que ellos creen que son sus deseos en relación con un tratamiento en particular. Sin embargo, en el estado de Nueva York, solo un apoderado para la atención médica que usted designe tiene la autoridad legal para tomar decisiones sobre el tratamiento si usted no puede decidir por sí mismo. Designar a un apoderado le permite controlar su tratamiento médico de las siguientes maneras:

- Al permitir que su apoderado tome decisiones de cuidado de la salud en su nombre, conforme a lo que usted desearía que se decida.
- Al elegir a una persona para que tome las decisiones de atención médica porque usted cree que esa persona tomaría las mejores decisiones.
- Al elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los familiares u otros seres queridos.
- Al poder designar a un apoderado suplente para que quede a cargo si la persona que designó en primer lugar no puede tomar decisiones por usted.

¿Quién puede actuar como apoderado para la atención médica?

Cualquier persona de 18 años de edad o más puede actuar como apoderado para la atención médica. La persona que usted designe como su apoderado o apoderado suplente no puede firmar como testigo en su formulario de Poder para la atención médica.

¿Cómo designo a un apoderado para la atención médica?

Todos los adultos competentes, de 18 años de edad o más, pueden designar a un apoderado para la atención médica mediante la firma de un formulario llamado Poder para la atención médica. No necesita un abogado ni un notario público, solo dos testigos adultos. Su apoderado no puede firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no está obligado a usar este formulario.

¿Cuándo comenzaría mi apoderado para la atención médica a tomar decisiones de atención médica por mí?

Su apoderado para la atención médica comenzaría a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre y cuando usted pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá derecho a hacerlo.

¿Qué decisiones puede tomar mi apoderado para la atención médica?

A menos que usted limite la autoridad de su apoderado para la atención médica, este podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted habría tomado si hubiera podido decidir por sí mismo. Su apoderado puede acordar que usted necesita recibir tratamiento, elegir entre diferentes tratamientos y decidir que no se le proporcionen tratamientos, en conformidad con sus deseos e intereses. Sin embargo, su apoderado solo puede tomar decisiones con respecto a la administración de nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos según lo que usted ha expresado de manera oral o escrita. El formulario de Poder para la atención médica no le otorga a su apoderado el poder de tomar decisiones por usted que no estén relacionadas con la atención médica, como por ejemplo, decisiones financieras.

¿Por qué necesito designar a un apoderado para la atención médica si soy joven y gozo de buena salud?

Designar a un apoderado para la atención médica es una buena idea aunque usted no sea una persona mayor o no tenga una enfermedad terminal. Un apoderado para la atención médica puede actuar en su nombre si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud (como podría ocurrir si estuviera bajo los efectos de anestesia general o en estado de coma a causa de un accidente). Cuando usted recupere la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica, su apoderado para la atención médica ya no estará autorizado para actuar como tal.

¿Cómo tomará las decisiones mi apoderado para la atención médica?

Su apoderado debe cumplir sus deseos, así como también seguir sus creencias morales y religiosas. Usted puede incluir instrucciones en su formulario de Poder para la atención médica o simplemente hablar acerca de ellas con su apoderado.

¿Cómo sabrá mi apoderado para la atención médica cuáles son mis preferencias?

Tener una conversación abierta y franca acerca de sus preferencias con su apoderado para la atención médica pondrá a este último en una mejor posición para cumplirlas. Si su apoderado no conoce sus preferencias o creencias, estará legalmente obligado a actuar de la manera que sea más conveniente para usted. Dado que esto representa una gran responsabilidad para la persona que usted designe como su apoderado para la atención médica, usted debe conversar con esa persona acerca de qué tipos de tratamientos preferiría o no preferiría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como por ejemplo:

- si prefiere el inicio, la continuidad o la suspensión de procedimientos de soporte vital en caso de encontrarse en estado de coma permanente;
- si prefiere el inicio, la continuidad o la suspensión de tratamientos en caso de padecer una enfermedad terminal;
- si prefiere el inicio o la suspensión de nutrición e hidratación artificial, o si desea su continuidad o interrupción, y en qué tipo de circunstancias.

¿Puede mi apoderado para la atención médica invalidar mis preferencias o instrucciones previas de tratamiento?

No. Su apoderado está obligado a tomar decisiones en función de sus deseos. Si usted expresó claramente preferencias particulares, o dio instrucciones de tratamiento específicas, su apoderado tiene el deber de seguir sus instrucciones a menos que la persona tenga motivos para creer, de buena fe, que sus deseos cambiaron o no se ajustan a las circunstancias.

¿Quién se ocupará de mi apoderado?

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y demás proveedores de atención médica tienen la obligación legal de proporcionar a su apoderado para la atención médica la misma información que le proporcionarían a usted, y de cumplir con las decisiones de su apoderado como si las hubiera tomado usted. Si un hospital u hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como suspender cierto tratamiento), debe informárselo a usted o a su apoderado ANTES O AL MOMENTO del ingreso, siempre que sea razonablemente posible.

¿Qué sucede si mi apoderado para la atención médica no está disponible cuando se deban tomar decisiones?

Usted puede designar a un apoderado suplente para que decida por usted si su apoderado para la atención médica no está disponible, no puede o se niega a actuar cuando se deban tomar decisiones. De no tener un apoderado suplente, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, respetando las instrucciones que usted estipuló mientras aún podía hacerlo. Cualquier instrucción que usted incluya en su formulario de Poder para la atención médica guiará a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Es fácil cancelar su poder para la atención médica, cambiar a la persona que ha elegido como su apoderado para la atención médica o cambiar las instrucciones o limitaciones que ha incluido en el formulario. Solo tiene que llenar un formulario nuevo. Además, puede indicar que su Poder para la atención médica caduque en una fecha específica o en la eventualidad de que ocurran ciertos acontecimientos. Si no lo especifica, el Poder para la atención médica tendrá validez indefinida. Si elige a su cónyuge como su apoderado para la atención médica o como su apoderado suplente, y se divorcia o se separa legalmente, la designación se cancela de manera automática. Sin embargo, si desea que su excónyuge siga siendo su apoderado, puede incluir esta decisión en su formulario actual y fecharlo, o bien completar uno nuevo en el que designe a su excónyuge.

¿Puede mi apoderado para la atención médica ser legalmente responsable de las decisiones que toma en mi nombre?

No. Su apoderado para la atención médica no será legalmente responsable por las decisiones que tome de buena fe en su nombre con respecto a su atención médica. Además, esta persona no puede ser considerada legalmente responsable de los costos de su atención simplemente por ser su apoderado.

¿El poder para la atención médica es lo mismo que la declaración de voluntad anticipada?

No. La declaración de voluntad anticipada es un documento que proporciona instrucciones específicas con respecto a las decisiones de atención médica. Usted puede indicar dichas instrucciones en su formulario de Poder para la atención médica. El Poder para la atención médica

le permite elegir a una persona de su confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de la declaración de voluntad anticipada, el Poder para la atención médica no requiere que usted conozca por adelantado las decisiones que pueden surgir más adelante. En su lugar, su apoderado para la atención médica puede interpretar sus preferencias según cambien las circunstancias médicas y puede tomar decisiones que usted jamás podría haber previsto.

¿Dónde debo guardar mi formulario de poder para la atención médica después de que esté firmado?

Entréguele una copia a su apoderado, a su médico, a su abogado y a cualquier otro familiar o amigo cercano que desee. Conserve una copia en su billetera o cartera o junto a otros documentos importantes, pero no en un lugar al que nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Presente una copia en caso de hospitalización, incluso para una cirugía menor, o si se somete a una cirugía ambulatoria. No envíe su poder para la atención médica a EmblemHealth.

¿Puedo usar el formulario de poder para la atención médica para expresar mis preferencias con respecto a la donación de órganos o tejido?

Sí. Use la sección opcional acerca de donación de órganos y tejido del formulario de Poder para la atención médica y asegúrese de que, al completar esta sección, haya dos personas presentes como testigos. Puede especificar que sus órganos o tejido sean utilizados para trasplantes, investigación o fines educativos. Cualquier limitación relacionada con sus preferencias deberá incluirse en esta sección del poder.

Si usted omite incluir sus preferencias e instrucciones en su formulario de Poder para la atención médica, esto no se interpretará como que usted no desea ser donante de órganos o tejido.

¿Puede mi apoderado para la atención médica tomar decisiones por mí con respecto a la donación de órganos o tejido?

No. El poder que tiene un apoderado para la atención médica para tomar decisiones de atención médica en su nombre termina cuando usted fallece. Anotar sus preferencias en su formulario de Poder para la atención médica le permite expresar claramente sus deseos sobre la donación de órganos o tejidos.

¿Quién puede aprobar una donación si yo decido no expresar mis preferencias en este momento?

Es importante anotar sus deseos sobre la donación de órganos o tejidos para que los familiares a los que se les acercará la donación conozcan sus preferencias. Sin embargo, la ley del estado de Nueva York establece una lista de personas autorizadas a aprobar una donación de órganos o tejido en su nombre. Se enumeran por orden de prioridad: su cónyuge; un hijo o una hija de 18 años de edad o más; cualquiera de sus padres; un hermano o una hermana de 18 años de edad o más; un tutor designado por un tribunal antes del fallecimiento del donante; o cualquier otra persona legalmente autorizada.

Instrucciones sobre el formulario de Poder para la atención médica

Punto (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que selecciona como su apoderado.

Punto (2)

Si desea designar a un apoderado suplente, escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que selecciona como su apoderado suplente.

Punto (3)

Su Poder para la atención médica seguirá siendo válido indefinidamente a menos que usted establezca una fecha de finalización o imponga una condición para su finalización. Esta sección es opcional y debe completarse solo si desea que su Poder para la atención médica tenga vencimiento.

Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su apoderado, inclúyalas aquí. Además, si desea limitar la autoridad de su apoderado de algún modo, puede indicarlo aquí o hablar de ello con su apoderado para la atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, se le permitirá a su apoderado tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría tomar, incluida la decisión de aprobar o rechazar un tratamiento de soporte vital.

Si desea otorgarle a su agente facultades más amplias, puede indicarlo en el formulario. Solo debe escribir lo siguiente: He hablado acerca de mis preferencias con mi apoderado para la atención médica y con mi apoderado suplente, y ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con la administración de nutrición e hidratación artificial.

Si desea elaborar instrucciones más específicas, podría escribir lo siguiente: Si padezco una enfermedad terminal, prefiero/no prefiero recibir los siguientes tipos de tratamiento. Si estoy en estado de coma o tengo poco conocimiento, sin esperanza de recuperación, prefiero/no prefiero recibir los siguientes tipos de tratamiento. Si tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que no me permite reconocer a las personas o hablar, y no hay esperanzas de que mi condición mejore, prefiero/no prefiero recibir los siguientes tipos de tratamiento. He hablado con mi apoderado acerca de mis preferencias con respecto a _____ y deseo que mi apoderado tome todas las decisiones acerca de estas medidas.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de tratamientos médicos para los cuales usted puede dar instrucciones especiales a su apoderado. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial;
- nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda);
- reanimación cardiopulmonar (RCP);
- medicamentos antipsicóticos;
- terapia de electrochoque;
- antibióticos;
- intervenciones quirúrgicas;
- diálisis;
- trasplante;
- transfusiones de sangre;
- aborto;
- esterilización.

Punto (5)

Debe firmar y fechar el formulario de Poder para la atención médica. Si no lo puede firmar usted mismo, puede solicitar a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Punto (6)

Puede expresar sus preferencias o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido en este formulario. Un apoderado para la atención médica no puede tomar una decisión sobre la donación de órganos o tejidos porque la autoridad del apoderado finaliza cuando usted fallece. La ley establece una lista de determinadas personas, enumeradas por orden de prioridad, que pueden aprobar una donación de órganos o tejido en su nombre: su cónyuge; un hijo o una hija de 18 años de edad en adelante; cualquiera de sus padres; un hermano o una hermana de 18 años de edad en adelante; un tutor designado por un tribunal antes del fallecimiento del donante o cualquier otra persona legalmente autorizada.

Punto (7)

Dos testigos de 18 años de edad o más deben firmar este formulario de Poder para la atención médica. La persona designada como su apoderado o apoderado suplente no puede firmar como testigo.

Poder para la atención médica

(1) Yo,

por el presente designo a

(nombre, dirección y número de teléfono)

como mi apoderado para la atención médica a fin de que tome todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario. Este poder entrará en vigencia únicamente cuando yo quede incapacitado para tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) **Opcional: Apoderado suplente.** Si la persona que designo no puede, se niega o no está disponible para actuar como mi apoderado para la atención médica, designo a

(nombre, dirección y número de teléfono)

como mi apoderado para la atención médica a fin de que tome todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario.

(3) A menos que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento, o imponga circunstancias que lo invaliden, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. *(Opcional: Si desea que este poder tenga vencimiento, indique la fecha o las condiciones aquí).* Este poder vencerá *(especifique la fecha o las condiciones):*

(4) **Opcional:** Ordeno que mi apoderado para la atención médica tome decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como es de su conocimiento o como se indica a continuación. *(Si desea limitar la autoridad de su apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted o para dar instrucciones específicas, puede indicar sus deseos o limitaciones aquí).* Indico a mi apoderado de atención médica que tome decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones *(adjunte páginas adicionales, según sea necesario):*

Para que su apoderado pueda tomar decisiones de atención médica por usted con respecto a la administración de nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa), su apoderado debe conocer razonablemente sus preferencias. Usted puede informar a su apoderado cuáles son sus preferencias o bien incluirlos en esta sección. Consulte las instrucciones para ver ejemplos de texto que podría usar si elige incluir sus preferencias en este formulario, incluidas sus preferencias acerca de la administración de nutrición e hidratación artificial.

5) Su identificación (en letra de imprenta):

Su nombre:

Su firma:

Fecha:

Su dirección:

6) Opcional: Donación de órganos o tejido

Por el presente, realizo una donación anatómica, que se efectivizará en la eventualidad de mi fallecimiento, de: *(marque todas las opciones que correspondan)*

☐ Cualquier órgano o tejido necesario

☐ Los siguientes órganos o tejidos

☐ Limitaciones

Si usted no expresa en este formulario sus preferencias o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido, no se interpretará como que usted no prefiere hacer una donación ni evitará que una persona, de otra manera autorizada por ley, apruebe una donación en su nombre.

Su firma:

Fecha:

7) Declaración de los testigos: *(Los testigos deben tener 18 años de edad en adelante y ninguno podrá ser el apoderado para la atención médica o el apoderado suplente).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y actuar de manera voluntaria. Dicha persona firmó este documento en mi presencia (o le solicitó a otra persona que firmara en su nombre).

PRIVADO	
Fecha	Fecha
Nombre del testigo 1 (en letra de imprenta)	Nombre del testigo 2 (en letra de imprenta)
Firma	Firma
Dirección	Dirección

NÚMEROS DE TELÉFONO Y SITIOS WEB IMPORTANTES

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Su PCP.....

EmblemHealth

Servicio de Atención a Miembros **855-283-2146 (TTY: 711)**

Línea directa con enfermería..... **877-444-7988**

Evaluación de la utilización **855-283-2146**

Para hablar con un administrador de la atención del plan de salud y recuperación,
llame al Servicio de Atención a Miembros al número de teléfono que figura arriba.

Su sala de emergencias más cercana

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (quejas) **800-206-8125**

Quejas ante la Oficina de Salud Mental **800-597-8481**

Quejas ante OASAS **800-553-5790**

Línea de ayuda de Medicaid..... **800-541-2831**

Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York **718-557-1399**

Nueva York Medicaid Choice **800-505-5678**

Departamentos Locales de Servicios Sociales (DSS)

DSS del condado de Nassau..... **516-227-7474**

DSS del condado de Suffolk:

Este del condado de Suffolk **631-852-3710**

Oeste del condado de Suffolk **631-853-8408**

DSS del condado de Westchester **914-995-3333**

Línea directa de VIH/SIDA del estado de Nueva York **800-541-AIDS (2437)**

Español..... **800-233-SIDA (7432)**

TTY..... **800-369-AIDS (2437)**

Línea directa de VIH/SIDA de la ciudad de Nueva York (inglés y español)	800-TALK-HIV (825-5448)
Programas de atención para personas con VIH sin seguro	800-542-AIDS (2437)
Retransmisión TTY, luego	518-459-0121
Child Health Plus (Seguro de salud asequible o gratuito para niños)	855-693-6765
Programa de asistencia para socios	800-541-AIDS (2437)
En la ciudad de Nueva York (CNAP)	212-693-1419
Administración del Seguro Social.....	800-772-1213
Línea directa contra la violencia doméstica del estado de Nueva York	800-942-6906
Español.....	800-942-6908
Problemas de audición	800-810-7444
Línea de información de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, siglas en inglés)	800-514-0301
TTY	800-514-0383
Farmacia local	
Otros proveedores de salud	
Información de contacto del Programa de defensa de atención de largo plazo: Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP).....	888-614-5400
Casilla de correo	Ombuds@oasas.ny.gov
Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN):	844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)
Sitio web	www.icannys.org
Correo electrónico	ican@cssny.org

SITIOS WEB IMPORTANTES

EmblemHealth.....	emblemhealth.com
Departamento de Salud del Estado de Nueva York	health.ny.gov
OMH del Estado de Nueva York	omh.ny.gov
OASAS del Estado de Nueva York:	oasas.ny.gov
Información sobre VIH/SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York	health.ny.gov/diseases/aids
Programas de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York	health.ny.gov/diseases/aids/resources/adap/index.htm
Directorio de recursos para la prueba del VIH	cdc.gov/actagainstaids/campaigns/ hivtreatmentworks/resources/index.html
DOHMH de la Ciudad de Nueva York	nyc.gov/site/mopd/resources/mental-health.page
Información sobre VIH/SIDA del DOHMH de la Ciudad de Nueva York	nyc.gov/site/doh/ health/health-topics/aids-hiv.page

Notas:

[illegible]



SU MANUAL DEL MIEMBRO HA CAMBIADO PARA ACTUALIZAR ALGUNOS SERVICIOS

Tratamiento para trastorno de adicción al juego, proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS, por sus siglas en inglés)

A partir del **1 de enero de 2023**, EmblemHealth cubrirá el tratamiento para trastornos de adicción al juego proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS).

Puede recibir tratamiento para el trastorno de adicción al juego:

- de manera presencial o
- por telesalud.

Si necesita tratamiento para el trastorno de adicción al juego, puede obtenerlo mediante un programa de la OASAS para pacientes ambulatorios o, si fuera necesario, a través de un programa residencial o para pacientes ingresados de dicha oficina.

No necesita un referido de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para poder recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros de EmblemHealth al número que aparece a continuación.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 855-283-2146 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes (excepto los feriados principales).



No se requieren referidos para los servicios de atención de especialidad dentro de la red

A partir del **1 de enero de 2023**, no necesita el referido de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para acudir a un proveedor de cuidados especializados dentro de la red.* Si necesita atención que su PCP no puede proporcionarle, puede referirse por cuenta propia a un proveedor de cuidados especializados que participe en su red.

La atención de especialidad incluye los servicios de otros proveedores médicos, incluidos los siguientes:

- Fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés), terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés) y terapia del habla (ST, por sus siglas en inglés).
- Audiólogos.
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), como audífonos, extremidades artificiales y ortesis.
- Servicios renales y hemodiálisis.
- Servicios de partería.
- Rehabilitación cardíaca.
- Podólogos.
- Otros servicios cubiertos cuando sea médicamente necesario.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar la aprobación de EmblemHealth antes de que usted pueda obtenerlos. Su PCP le dirá cuáles son.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros de EmblemHealth al **855-283-2146 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes (excepto los feriados principales).

* Si necesita atención de especialidad fuera de la red, deberá obtener la aprobación previa de EmblemHealth.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.



No se requiere autorización previa para fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios

A partir del 1 de enero de 2024, la fisioterapia y terapia ocupacional brindadas por un proveedor dentro de la red no requieren autorización previa antes de recibirlas.*

*Si necesita estos servicios de parte de un proveedor fuera de la red, debe obtener aprobación previa de EmblemHealth.



EmblemHealth®

Actualización del manual del miembro de
Enhanced Care y Enhanced Care Plus

**SU MANUAL DEL MIEMBRO HA SIDO ACTUALIZADO
CON SERVICIOS ADICIONALES.**

Servicios dentales

A partir del 31 de enero de 2024, EmblemHealth cubrirá coronas y conductos radiculares en ciertas circunstancias para que pueda conservar sus dientes naturales.

Además, para las dentaduras de reemplazo y los implantes solo necesitará recomendación de su dentista para determinar si son necesarios. Esto hará que le sea más fácil recibir servicios dentales.

Llame al Servicio de Atención al Cliente al 855-283-2146 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

La sección de beneficios de farmacia de su manual del miembro ya no tendrá validez a partir del 1 de abril del 2023. En su lugar, consulte la información a continuación.

CAMBIO EN EL BENEFICIO DE FARMACIA:

Desde el 1 de abril de 2023, EmblemHealth dejó de cubrir sus recetas. Las cubrirá Medicaid NYRx, el programa de farmacia de Medicaid.

La mayoría de las farmacias del estado de Nueva York aceptan el programa de farmacias NYRx de Medicaid. Si su farmacia no acepta Medicaid, debe hacer lo siguiente:

- Pedirle a su médico/a que envíe una nueva receta a una farmacia que acepte el programa de farmacias NYRx de Medicaid.
- Pedirle a su farmacéutico/a que envíe una recarga de la receta a una farmacia que acepte el programa de farmacias NYRx de Medicaid; o
- Buscar una farmacia que acepte Medicaid NYRx en: **member.emedny.org** (solo en inglés).

Deberá mostrar al farmacéutico su tarjeta Medicaid o su tarjeta del plan de salud. Esto les brindará su número de identificación de cliente (CIN, por sus siglas en inglés).

Medicaid NYRx tiene una lista con los medicamentos cubiertos. En ella encontrará la mayoría de los medicamentos, incluidos los de venta sin receta. Aquí encontrará la lista de los medicamentos cubiertos: **emedny.org/info/formfile.aspx** (solo en inglés).

- Algunos medicamentos necesitan autorización previa para recargarse. Esta lista le indicará si un medicamento necesita autorización previa. Su médico/a llamará para obtener la autorización previa.
- Si su medicamento no está en esta lista:
 - Su médico/a puede solicitar a Medicaid la autorización para permitirle obtener el medicamento; o
 - Su farmacéutico/a puede hablar con su médico/a para que lo cambie por un medicamento de la lista.

El plan de farmacias NYRx de Medicaid también tiene una lista de medicamentos preferidos:

newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDP_PDL.pdf (solo en inglés).

- Si necesita un medicamento que figura en la lista de medicamentos no preferidos, póngase en contacto con su farmacéutico/a o médico/a para que le aprueben ese medicamento.

La estructura del copago de Medicaid no varía. Su copago puede variar en función de si el medicamento es preferido o no preferido.

Su beneficio en farmacias también cubre determinados suministros:

- Encontrará la lista de los suministros cubiertos en **member.emedny.org/** (solo en inglés).
- Encontrará una lista de tiras reactivas y medidores preferidos para diabéticos en: **newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDSP_preferred_supply_list.pdf**.
 - Deberá cambiar a un medidor y una tira reactiva para diabéticos que estén en la lista de medicamentos preferidos.

¿Tiene alguna consulta o necesita ayuda? En la línea de ayuda de Medicaid pueden brindarle asistencia en su idioma de preferencia. Puede ponerse en contacto con ellos al 800-541-2831 TTY **800-662-1220**.

Atenderán su llamada:

- De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.



SU MANUAL DEL MIEMBRO HA CAMBIADO PARA INCLUIR MÁS SERVICIOS.

Servicio telefónico de triaje y respuesta móvil para crisis

A partir del 1 de marzo de 2024, EmblemHealth cubrirá el servicio telefónico de triaje y respuesta móvil para crisis para miembros menores de 21 años. Este servicio ya está disponible para los miembros de 21 años o más.

Actualmente, los miembros menores de 21 años de edad pueden obtener acceso al servicio telefónico de triaje y respuesta móvil para crisis usando su tarjeta de Medicaid. A partir del 1 de marzo de 2024, puede utilizar su tarjeta del plan EmblemHealth para recibir este servicio.

Los equipos móviles de crisis pueden ayudarles a usted, a su hijo o a otro miembro de la familia que tenga síntomas y necesidades por crisis de salud mental y adicción. Estos pueden incluir los siguientes:

- Aumento de la ansiedad.
- Depresión.
- Estrés debido a un acontecimiento o cambios importantes en la vida.
- Necesidad de hablar con alguien para prevenir una recaída.

Usted y su familia pueden llamar y hablar con un profesional acerca de una crisis, recibir apoyo y ser remitidos a otros servicios cuando los necesiten.

Si sufre una crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988 o inicie un chat en 988lifeline.org, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención al Cliente de EmblemHealth al 855-283-2146 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.



Actualización del Manual del miembro de Enhanced Care y Enhanced Care Plus

EmblemHealth y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones del plan, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de por teléfono o correo. También podemos enviarle comunicaciones sobre su manual del miembro, nuestro directorio de proveedores y cambios en los beneficios de atención administrada de Medicaid de manera electrónica, en lugar de por correo.

Podemos enviarle estos avisos a través de nuestro portal para miembros, **myEmblemHealth**. Algunos de nuestros socios de atención médica le enviarán estos avisos a través de sus portales. Deberá registrarse por separado en estos portales. Para obtener una lista de nuestros socios de atención médica que utilizan sus propios portales, visite: **emblemhealth.com/plans/state-sponsored-programs**.

Si desea recibir estos avisos de manera electrónica, debe solicitárnoslo. Para solicitar avisos electrónicos, comuníquese con nosotros por teléfono, en línea o por correo postal:

Teléfono: **855-283-2146** (TTY: **711**)

En línea: **my.emblemhealth.com**

Correo: P.O. Box 1701, NY, NY 10023-1701

Cuando se comunique con nosotros, debe:

- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo.
- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se comunican por llamada telefónica.
- Proporcionarnos su dirección de correo electrónico.

EmblemHealth le informará por correo que usted ha solicitado recibir avisos electrónicamente.



Actualización del manual del miembro de Enhanced Care y Enhanced Care Plus

El manual del miembro ha cambiado.

Beneficios que puede obtener de EmblemHealth o con su tarjeta de Medicaid

En el caso de algunos servicios, puede elegir el lugar donde desea recibir la atención. Puede obtener estos servicios con su tarjeta de miembro de EmblemHealth o yendo a un médico que acepte su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita un referido de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para poder recibir estos servicios. Si tiene preguntas, llámenos al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Planificación familiar

Puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. O bien, puede visitar a uno de nuestros profesionales de atención médica de planificación familiar. De cualquier manera, no necesita un referido de su PCP. Puede recibir medicamentos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) disponibles con receta, anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede visitar a un proveedor de planificación familiar para hacerse pruebas de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) y tratarse, y recibir orientación relacionada con los resultados de su prueba. Los exámenes de cáncer y otras afecciones relacionadas también están incluidos en las visitas de planificación familiar.

Puede solicitar que EmblemHealth envíe cualquier comunicado relacionado con la planificación familiar a otra dirección o por otros medios (correo electrónico, teléfono, etc.). Para actualizar sus preferencias sobre los comunicados de planificación familiar, llamar a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Obtenga estos servicios de EmblemHealth sin un referido

Atención médica de la mujer

No necesita un referido de su PCP para consultar a uno de nuestros médicos en los siguientes casos:

- Si está embarazada.
- Si necesita servicios de obstetricia y ginecología.
- Si necesita servicios de planificación familiar.
- Si desea consultar a una partera.
- Si debe realizarse un examen pélvico o de mama.

Planificación familiar

- Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, recetas de métodos anticonceptivos, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización y aborto. Durante sus visitas, también puede realizarse pruebas de infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico.
- No necesita un referido de su PCP para poder recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación de EmblemHealth para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte nuestro directorio de proveedores o llame a Servicios para miembros para obtener ayuda para encontrar un médico.
- Puede usar su tarjeta de Medicaid si prefiere visitar a un médico o atenderse en una clínica fuera de nuestro plan. Pídale a su PCP o llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY:**711**) para obtener una lista de lugares donde puede recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy del estado de Nueva York (**800-522-5006**) para averiguar los nombres de los proveedores de planificación familiar cerca de usted.

Puede solicitar que EmblemHealth envíe cualquier comunicado relacionado con la planificación familiar a otra dirección o por otros medios (correo electrónico, teléfono, etc.). Para actualizar sus preferencias sobre los comunicados de planificación familiar, llamar a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.



Actualización del Manual del miembro de Enhanced Care y Enhanced Care Plus

Su manual del miembro se cambió para incluir servicios adicionales.

A partir del **1 de enero de 2025**, puede conectarse con organizaciones de su comunidad que brindan servicios para ayudar con la vivienda, los alimentos, el transporte y la administración de la atención sin costo alguno para usted, a través de una red de atención social regional (social care network, SCN).

- A través de esta SCN, usted y su hijo/a pueden reunirse con un orientador de atención social que verifique su elegibilidad para servicios que pueden contribuir con su salud y bienestar. Le harán algunas preguntas para ver dónde podría necesitar apoyo adicional.
- Si usted o su hijo/a califican para recibir los servicios, el orientador de atención social puede trabajar con usted para que obtenga el apoyo que necesita. Puede calificar para más de un servicio, según su situación. Estos servicios incluyen lo siguiente:
 - Apoyo para viviendas y servicios públicos:
 - Instalar estructuras modificadas en el hogar como rampas, pasamanos y barras de agarre para que su hogar sea accesible y seguro.
 - Reparar fugas de agua para prevenir que el moho crezca en su hogar.
 - Sellar agujeros y grietas para prevenir que las plagas ingresen a su hogar.
 - Proporcionar un aire acondicionado, calentador, humidificador o deshumidificador para ayudar a mejorar la ventilación en su hogar.
 - Ayudarle a encontrar y solicitar viviendas seguras y estables en la comunidad.
 - Apoyo nutricional:
 - Obtener ayuda de un experto en nutrición que le brindará orientación y apoyo para elegir alimentos saludables que satisfagan sus necesidades y objetivos de salud.
 - Recibir comidas preparadas, productos frescos o artículos comestibles entregados en su hogar durante un periodo máximo de hasta seis meses. Estos artículos se adaptarán a sus necesidades de salud específicas.
 - Proporcionar suministros de cocina como ollas, sartenes, microondas, refrigerador y utensilios para preparar las comidas.
 - Servicios de transporte:
 - Ayudarle a obtener transporte público o privado a lugares aprobados por la SCN, como: asistir a una entrevista de trabajo, clases para padres/madres, tribunal de vivienda para evitar el desalojo, mercados de agricultores locales y oficinas de departamentos municipales o estatales para obtener documentos importantes.
 - Servicios de administración de la atención:
 - Obtener ayuda para encontrar un trabajo o un programa de capacitación laboral, solicitar beneficios públicos, administrar sus finanzas y más.
 - Conectarse con servicios como cuidado infantil, orientación, intervención en situación de crisis, programa de hogares de salud y más.

Si le interesa, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, y le conectaremos con un SCN en su área. El orientador de atención social verificará su elegibilidad, le dará más información sobre estos servicios y le ayudará a conectarse con ellos.

Anexo del Manual del miembro del Plan de salud y recuperación del estado de Nueva York para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)

Introducción

Este anexo del Manual del miembro brinda información para los miembros del Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual, siglas en inglés). El Programa IB-Dual permite que los miembros elegibles para Medicare se inscriban en el plan de salud Enhanced Care Plus. Los miembros obtendrán sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP.

Cómo usar este anexo del manual

En este anexo se le mostrará cómo funciona el nuevo programa de atención médica integrado y cómo puede aprovechar al máximo EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP. Brinda información dirigida a un miembro de IB-Dual (es decir, un miembro con cobertura de Medicare y Medicaid y el mismo plan de salud).

Esto incluye información sobre inscripción, finalización de inscripción, acceso a los servicios y cómo presentar una queja o apelación que puede ser diferente de lo que se incluye en el Manual del miembro de Enhanced Care Plus.

Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual o llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente de EmblemHealth.

Inscripción

Para ser miembro del Programa IB-Dual de EmblemHealth, debe cumplir estos requisitos:

- Tener cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B y estar inscrito en la Parte C del Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, siglas en inglés) de Medicare Advantage, EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO.
- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye los condados de Nueva York, Queens, Kings, el Bronx, Richmond, Nassau, Suffolk y Westchester.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en este país.
- Estar inscrito en el plan Medicaid Managed Care o en el Plan de salud y recuperación (HARP, siglas en inglés) de EmblemHealth.

Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

- No haber recibido servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS, siglas en inglés) durante más de 120 días.

Tarjeta de identificación (ID) del plan de salud

Después de inscribirse, se le enviará una carta de bienvenida. Su nueva tarjeta de identificación de IB-Dual de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP debería llegar en el plazo de 14 días posteriores a la fecha de inscripción. En esta se indica el nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés). También figura su número de identificación de cliente. Si encuentra algún error en su tarjeta de identificación de IB-Dual de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP, llámenos de inmediato. En esta tarjeta no se indica si tiene Medicaid ni que EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP es un tipo especial de plan de salud.

Lleve su tarjeta de identificación de IB-Dual en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, su carta de bienvenida será prueba de que es miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esta tarjeta para obtener servicios que EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP no cubre.

Finalización de inscripción

Puede finalizar su inscripción en el Programa IB-Dual en cualquier momento. Si finaliza voluntariamente la inscripción de la cobertura de Medicare o Medicaid que tiene con nosotros, finalizará la cobertura de este programa.

Su inscripción en el Programa IB-Dual podrá finalizarse involuntariamente si aplica alguna de las siguientes opciones. Usted:

- Se muda permanentemente de nuestra área de servicio para el Programa IB-Dual.
- Pierde su cobertura de Medicaid y no vuelve a obtenerla en un plazo de 90 días (consulte “Pérdida de elegibilidad para Medicare” abajo para obtener más información).
- Viene recibiendo los servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días (si EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO DSNP considera que usted necesita los servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días, se le ofrecerá la opción de inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo [MLTC, siglas en inglés]).

Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

- Se vuelve elegible para una estadía a largo plazo en una residencia con atención de enfermería.

Cobertura de Medicare

Si finaliza su inscripción en el Programa IB-Dual de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage, el gobierno federal le inscribirá en Original Medicare para recibir atención médica y en un plan de medicamentos con receta (PDP, siglas en inglés) para obtener cobertura de medicamentos con receta.

Cobertura de Medicaid

Si finaliza su inscripción en el Programa IB-Dual de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP, New York Medicaid Choice le inscribirá en un plan regular de Medicaid.

Nota: Si finaliza su inscripción en el Programa IB-Dual por error, comuníquese con el plan lo más pronto posible.

Pérdida de la elegibilidad para Medicaid

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, finalizará su cobertura con el Programa IB-Dual. Sin embargo, tendrá un período de gracia de 90 días si continúa con su cobertura de Medicare de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP. Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, se restablecerá su cobertura del Programa IB-Dual. Si no recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, será responsable de cualquier copago, coseguro, prima o deducible que Medicaid habría cubierto si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid.

Coordinación de beneficios

EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP coordinará sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del Programa IB-Dual. Su participación en los costos de los servicios cubiertos por Medicare será de \$0 porque Medicaid cubrirá el importe de los costos compartidos de Medicare.

Algunos de los servicios que no cubre EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP están disponibles a través de los planes regulares de Medicaid u Original Medicare (por ejemplo, transporte que no sea de emergencia y servicios de hospicio). Además, el Programa de farmacias de Medicaid (NYRx) cubrirá medicamentos de venta libre seleccionados, vitaminas con receta y supresores de la tos que no tengan cobertura de

Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

Medicare Parte D. Usted continuará accediendo a los servicios regulares de Medicaid durante su inscripción en el plan IB-Dual.

Autorización de servicios, apelaciones y quejas

Autorización de servicios

Para los servicios cubiertos por Medicare o por Medicare y Medicaid a la vez, EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP decidirá sobre su atención como se describe en el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura (EOC, siglas en inglés) del D-SNP de Medicare Advantage. Estas decisiones también llevan el nombre de Decisiones de cobertura.

Para los servicios con cobertura únicamente de Medicaid, EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP decidirá sobre su atención según las normas de Autorización de servicios descritas en la Parte II del Manual del miembro.

Apelaciones

Si no se siente conforme con alguna decisión de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP, puede presentar una apelación. Esto se denomina apelación de nivel 1.

En el Capítulo 9 de la EOC del D-SNP de Medicare Advantage se le indica cómo presentar una apelación de nivel 1 respecto de cualquier decisión por parte de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención

Si EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP reduce, suspende o detiene un servicio que está recibiendo en este momento, es posible que pueda continuar recibéndolo mientras espera por una determinación de apelación de nivel 1.

Debe solicitar una apelación de nivel 1 **en un plazo de 10 días posteriores a haber sido informado de que su atención cambiará o antes de la fecha en que esté programado el cambio en el servicio, lo que ocurra más tarde.**

Si su apelación de nivel 1 deriva en otra denegación, no deberá pagar los gastos de ningún beneficio continuo que reciba.

Si no se siente conforme con la decisión sobre su apelación de nivel 1, podrá volver a presentar una apelación. Esto se denomina apelación de nivel 2. En el Capítulo 9 de la EOC del D-SNP de Medicare Advantage se le indica cómo presentar una apelación de

Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

nivel 2 respecto de cualquier decisión por parte de EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP.

Ayuda para continuar mientras espera la decisión de una audiencia imparcial

Es posible que pueda continuar recibiendo servicios mientras espera la decisión de una audiencia imparcial. La continuación de beneficios solo está disponible si EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP reduce, suspende o detiene un servicio y este está cubierto por Medicaid.

Debe solicitar una audiencia imparcial **en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva o antes de la fecha en que esté programado el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Si la audiencia imparcial deriva en otra denegación, es posible que tenga que pagar los gastos de cualquier beneficio continuo que reciba.

Si no se siente conforme con la decisión sobre la apelación de nivel 2 sobre un servicio cubierto por Medicare, es posible que cuente con otras opciones de derechos de apelación. Para obtener más información sobre opciones de derechos de apelación adicionales, consulte el Capítulo 9 de la EOC del D-SNP de Medicare Advantage o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Queja

Si tiene algún problema con su atención o servicios, puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente al **877-344-7364**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado.

Si envía una queja por escrito, EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP le responderá por escrito. Su queja se responderá tan pronto como lo requiera su caso según su estado de salud, tanto por escrito, por teléfono o ambos en un plazo de 30 días calendario a partir de recibida su queja.

Consulte el Capítulo 9 de la EOC del D-SNP de Medicare Advantage para obtener más información sobre quejas.

Beneficios y servicios

Como afiliado de IB-Dual, recibe los beneficios de Medicare y Medicaid del mismo plan de salud. La mayoría de sus servicios y beneficios de salud tienen cobertura de su D-Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

SNP de Medicare Advantage. La parte del HARP de su plan proporciona una cantidad de servicios de Medicaid, además de aquellos que usted recibe con un plan regular de Medicaid.

Consulte la EOC del D-SNP de Medicare Advantage para obtener más detalles sobre sus servicios y beneficios de Medicare. Para obtener más información sobre los servicios y beneficios cubiertos por Medicaid Managed Care, consulte la Parte II de su Manual del miembro de Enhanced Care Plus.

EmblemHealth VIP Dual Enhanced HMO D-SNP organizará la mayoría de los servicios que usted necesitará. Puede acceder a algunos servicios sin consultar con su PCP. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al **877-344-7364** si tiene alguna consulta o necesita ayuda con cualquiera de estos servicios.

Anexo del Manual del miembro del modelo del Plan de salud y recuperación para el
Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11947-25PD

Actualización del manual del miembro de Enhanced Care y Enhanced Care Plus

Su manual del miembro ha cambiado para incluir más servicios.

Programa de autocontrol de enfermedades crónicas (CDSMP) para la artritis

Si le diagnosticaron artritis y le interesa saber más sobre el autocontrol en relación con esta enfermedad, EmblemHealth cubre servicios que podrían ayudarle.

A partir del **1 de junio de 2025**, EmblemHealth cubrirá el **Programa de autocontrol de enfermedades crónicas (CDSMP, por sus siglas en inglés)** para personas adultas mayores de 18 años. El objetivo del CDSMP es aumentar la confianza, el bienestar físico y mental, y la información para autocontrolar afecciones a largo plazo.

Este programa podría ayudarle a prevenir lo siguiente:

- Que deba ir a la sala de emergencia.
- Que deban ingresarle en el hospital.
- Que necesite otra atención médica por su artritis.

Cada serie del CDSMP se reúne 2.5 horas una vez por semana durante un total de seis semanas.

Elegibilidad

Puede ser elegible para el CDSMP y recibir servicios sobre artritis si cuenta con la recomendación de un médico/a u otro profesional con licencia y cumple los siguientes requisitos:

- Tiene, al menos, 18 años.
- Le diagnosticaron artritis.

Hable con su proveedor para saber si califica y puede participar en el CDSMP para la artritis.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención al Cliente al **855-283-2146** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Actualización del manual del miembro de Enhanced Care y Enhanced Care Plus

Su manual del miembro ha cambiado para incluir más servicios.

Servicios de doula

Este es un aviso importante sobre sus beneficios del plan Medicaid Managed Care. Léalo atentamente. Si tiene preguntas, llámenos al **855-283-2146** (TTY: **711**).

A partir del **1 de abril de 2025**, EmblemHealth cubrirá los servicios de doula durante el embarazo y hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de cómo termine el embarazo. Actualmente, las miembros pueden acceder a los servicios de doula utilizando su tarjeta de Medicaid. A partir del **1 de abril de 2025**, debe utilizar su tarjeta del plan EmblemHealth para recibir este servicio.

¿Qué es una doula?

Las doulas proporcionan apoyo físico, emocional, educativo y no médico a las personas embarazadas y a las que recién han dado a luz, o sea antes, durante y después del parto.

¿Qué servicios de doula hay disponibles?

Los servicios de doula pueden incluir hasta ocho (8) visitas con una doula durante y después del embarazo y apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento. Si se queda embarazada en los 12 meses siguientes a un embarazo anterior, su elegibilidad para los servicios de doula volverá a empezar con el nuevo embarazo. Los servicios de doula no utilizados de un embarazo anterior no se transferirán.

Los servicios de doula pueden incluir lo siguiente:

- Elaboración de un plan de parto.
- Apoyo continuo durante todo el embarazo.
- Apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Educación e información sobre el embarazo, el parto y los primeros años de crianza.
- Asistencia en la comunicación entre usted y sus médicos.
- Conexiones con recursos comunitarios para el parto y la crianza.

Elegibilidad

Si está embarazada o lo ha estado en los últimos 12 meses, es elegible para los servicios de doula. Es elegible para estos servicios con cada embarazo.

Si comenzó a recibir servicios de doula con una doula inscrita en Medicaid antes del 1 de abril de 2025, sus servicios de doula seguirán estando cubiertos hasta 12 meses después del final de su embarazo. Si comienza a recibir servicios de doula a partir del 1 de abril de 2025, su doula debe participar en EmblemHealth.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Atención al Cliente al **855-283-2146** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.