

Enhanced Care

Manual del miembro para Medicaid
Managed Care de EmblemHealth





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

Le damos la bienvenida a Enhanced Care, el programa Medicaid Managed Care de EmblemHealth	1
Cómo funcionan los planes de atención administrada	1
Cómo usar este manual	2
Ayuda de Servicios para miembros	2
Su tarjeta de identificación del plan de salud	3
Parte I: Lo primero que debe saber	5
Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)	5
Cómo obtener atención regular	7
Cómo obtener atención de especialidad: referidos	9
Obtener estos servicios de EmblemHealth Enhanced Care	
SIN un referido	10
Emergencias	12
Atención de urgencia	13
Queremos mantenerle saludable	14
PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	15
Beneficios	15
Servicios cubiertos por EmblemHealth Enhanced Care	15
Beneficios que puede obtener de EmblemHealth Enhanced Care	
O con su tarjeta de Medicaid	28
Beneficios de usar solo la tarjeta de Medicaid	30
Servicios NO cubiertos:	30
Si recibe una factura	31

Autorización de servicios	31
Autorización previa	31
Cómo se les paga a nuestros proveedores	35
Puede ayudarnos con las políticas del plan.....	36
Manténganos informados.....	36
Finalización de inscripción y transferencias	37
Apelaciones al plan	38
Apelaciones externas	42
Audiencias imparciales.....	44
Proceso de queja	46
Cómo presentar una queja	46
¿Qué sucede después?	46
Apelaciones de quejas.....	47
Derechos y responsabilidades de los miembros	48
Directivas médicas anticipadas	49
Números de teléfono importantes.....	50
Sitios web importantes	51

Le damos la bienvenida a Enhanced Care, el programa Medicaid Managed Care de EmblemHealth

Nos complace que se haya inscrito en EmblemHealth Enhanced Care. Este manual será su guía para el rango completo de servicios de atención médica disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro. Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para programar consultas. Sin embargo, si necesita hablar con nosotros antes de que le llamemos, simplemente llámenos al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Cómo funcionan los planes de atención administrada

El plan, nuestros profesionales del cuidado de la salud y usted

La atención administrada ofrece un lugar central para su atención.

- Contamos con un grupo de profesionales del cuidado de la salud para satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Nuestra **red de proveedores** figura en nuestro **directorio de proveedores**. Para obtener un directorio de proveedores, llame al **855-283-2146** (TTY: **711**) o visite **my.emblemhealth.com**.
- Cuando se inscriba en EmblemHealth Enhanced Care, deberá seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red de proveedores. Si necesita hacerse una prueba, consultar a un especialista o ir al hospital, su PCP lo coordinará.
- Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos puede acudir a otros médicos para determinados servicios. Consulte la Página 9 para obtener más información.

Su PCP está disponible para usted todos los días, de día y de noche. Si necesita hablar con él/ella fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje y la forma de localizarle. Su PCP se pondrá en contacto con usted lo antes posible.

Es posible que, si se le identificó como beneficiario/a con restricciones, se le restrinja a determinados proveedores del plan. A continuación, encontrará ejemplos de por qué usted podría estar sujeto/a restricciones:

- Recibe atención de varios médicos por el mismo problema.
- Recibe atención médica con más frecuencia de la necesaria.
- Utiliza medicamentos con receta de un modo que podría ser peligroso para su salud.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. EmblemHealth Enhanced Care reconoce la necesidad de establecer relaciones de confianza entre usted, su familia, sus médicos y demás profesionales del cuidado de la salud. EmblemHealth Enhanced Care nunca divulgará su historial médico o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información médica serán EmblemHealth Enhanced Care, su PCP, su representante autorizado y otros profesionales del cuidado de la salud o médicos que le brinden atención. Su PCP o su administrador de cuidado de salud en el hogar, si lo hubiera, siempre analizarán con usted sus referidos a otros médicos con anticipación. El personal de EmblemHealth Enhanced Care recibió capacitación para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

Cómo usar este manual

Este manual le ayudará cuando se inscriba en un plan de atención administrada. Le explicará el funcionamiento de su nuevo sistema de atención médica y cómo puede aprovechar al máximo el plan EmblemHealth Enhanced Care. 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**. Use este manual como referencia o léalo por partes.

Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual o llame a nuestro departamento de Servicios para miembros. También puede llamar al personal de atención administrada de su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés).

Si vive en uno de los cinco distritos de la ciudad de Nueva York o en los condados de Westchester, Nassau o Suffolk, también puede llamar a la Línea de Ayuda de Medicaid Choice de Nueva York al **800-505-5678**.

Ayuda de Servicios para miembros

Hay alguien que puede ayudarle en los Servicios para miembros:

Llame al **855-283-2416** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

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** (TTY: **711**).

- Puede llamar a Servicios para miembros para obtener ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su PCP, preguntar sobre los beneficios y servicios, obtener ayuda con los referidos, reemplazar una tarjeta de

identificación perdida, informarnos si está embarazada o el nacimiento de un bebé, o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

- Si está embarazada o queda embarazada, su hijo comenzará a formar parte de EmblemHealth Enhanced Care el día en que nazca. Esto sucederá a menos que su hijo recién nacido esté en un grupo que no pueda unirse a la atención administrada. Debe llamarnos a nosotros y a su LDSS de inmediato si queda embarazada y permitirnos ayudarlo a elegir un médico para su **bebé recién nacido** antes de que nazca.
- **Ofrecemos sesiones gratuitas** para explicarle nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarlo mejor. Es una excelente oportunidad para hacer preguntas y conocer 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 ayudarlo. Queremos que sepa cómo usar su plan del cuidado de salud, independientemente del idioma que hable. 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 brindarle servicios en su idioma.
- **Personas con discapacidades:** si usa una silla de ruedas, tiene ceguera o problemas para escuchar o comprender, llámenos para obtener ayuda adicional. Podemos informarle si un consultorio en particular es accesible para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, tenemos servicios como los siguientes:
 - Máquina TTY (utilizando **711**).
 - Información en letra grande.
 - Control de casos.
 - Ayuda para programar o llegar a las consultas.
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.
- **Si usted o su hijo están recibiendo atención en su hogar ahora**, es posible que el profesional de enfermería o su asistente no sepan que usted se ha inscrito en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención en el hogar 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 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 PCP. También figurará su número de identificación de cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si encuentra algún error en su tarjeta de identificación de EmblemHealth Enhanced Care, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no indica que usted tiene Medicaid ni que EmblemHealth Enhanced Care es 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 es una prueba de que es miembro de EmblemHealth Enhanced Care. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esta tarjeta para obtener servicios que EmblemHealth Enhanced Care no cubre.

Parte I: Lo primero que debe saber

Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)

- Es posible que ya haya elegido a su PCP para que actúe como su médico habitual. Esta persona podría ser un médico, un profesional de enfermería practicante u otro profesional del cuidado de la salud. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un PCP en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba su paquete de bienvenida, elegiremos uno por usted.
- Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente, o puede elegir un PCP para que brinde atención a toda la familia. Un pediatra trata a los niños. Los médicos de medicina familiar tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a adultos. Llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) para comprobar si ya tiene un PCP o le ayudamos a elegir uno.
- Los miembros pueden elegir que su PCP esté ubicado en una clínica de salud conductual.
- Con este manual, debería tener un directorio de proveedores. Esta es una lista de todos los médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios y otras personas que trabajan con EmblemHealth Enhanced Care. Enumera la dirección, el número de teléfono y la capacitación de especialidad de los médicos. El directorio de proveedores mostrará qué médicos y profesionales del cuidado de la salud 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 en **my.emblemhealth.com**.

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

- Le ha visto antes.
- Comprende sus problemas de salud.
- Acepta nuevos pacientes.
- Habla en su idioma.
- Es fácil llegar al consultorio.

Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros médicos obstetras/ginecólogos para recibir atención médica para la mujer.

- También tenemos contrato con centros de salud con calificación federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Todos los FQHC brindan atención primaria y de especialidad. Algunas personas quieren recibir atención de los FQHC porque los centros tienen una larga historia en el vecindario. Tal vez quiera probarlos debido a su conveniente ubicación. Debe saber que tiene la opción. Puede elegir cualquiera de los proveedores incluidos en nuestro directorio, o puede inscribirse con un PCP en uno de los FQHC que se enumeran a continuación. Simplemente, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Centros de salud con calificación federal

Bronx

Community Healthcare Network
Institute for Family Health:
nueve ubicaciones
La Casa De Salud
Morris Heights Health Center
Union Community Health Center

Brooklyn

Bedford Stuyvesant Family Health Center
Brownsville Multi-Services
Community Health Network
Damian Family Care Center
Institute for Family Health
Joseph P. Addabbo Family Health Center
Premium Health

Manhattan

Betances Health Center
Boriken Neighborhood Health Center
(anteriormente East Harlem Council
for Human Services)
Community Healthcare Network
Damian Family Care Center
William F. Ryan Care Center

Queens

Community Healthcare Network
Damian Family Care Center
The Floating Hospital Health Center
Joseph P. Addabbo Family Health Center

Staten Island

Beacon Christian Community Health Center
Community Health Center of Richmond

Westchester

Mt. Vernon Neighborhood Health Center
Open Door Family Medical Center

Suffolk

LISH

Nassau

Long Island FQHC

- En casi todos los casos, sus médicos serán parte del programa EmblemHealth Enhanced Care. **Hay cuatro casos en los que aún puede consultar al médico que tenía antes de unirse a EmblemHealth Enhanced Care.** En estos casos, su médico debe aceptar trabajar con EmblemHealth Enhanced Care. Puede continuar viendo a su médico, en las siguientes situaciones:
 - Si tiene más de tres meses de embarazo cuando se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care y recibe atención prenatal. En ese caso, puede mantener a su médico hasta después del parto mediante la atención posparto. Esta atención posparto continúa hasta 12 semanas después del parto.

- Si en el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care, tiene una enfermedad o afección que pone en riesgo la vida y que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar mantener a su médico durante hasta 60 días.
- Si en el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care, Medicaid regular pagaba por su atención domiciliaria 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.
- Si en el momento en que se inscribe en EmblemHealth Enhanced Care está recibiendo tratamiento para una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede seguir viendo al mismo proveedor. Es posible que algunas personas deban elegir un médico que trabaje con el plan de salud. Asegúrese de hablar con su médico sobre este cambio. EmblemHealth Enhanced Care trabajará con usted y su médico para asegurarse de que siga recibiendo la atención que necesita.

EmblemHealth Enhanced Care debe informarle de cualquier cambio en su atención domiciliaria antes de que los cambios entren en vigencia.

- Si tiene una enfermedad duradera, como VIH/SIDA u otros problemas de salud a largo plazo, es posible que pueda **elegir un especialista para que actúe como su PCP**. Hable con su PCP sobre esto. Si usted, el especialista, su PCP y nosotros estamos de acuerdo, el especialista le proporcionará su atención de especialidad de rutina.
- Puede **cambiar de PCP** después de los primeros 30 días de su primera consulta con el PCP. Después de eso, puede cambiarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. También puede cambiar su obstetra/ginecólogo o un especialista al que su PCP le haya referido.
- Si su médico **abandona** EmblemHealth Enhanced Care, se lo informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que tengamos conocimiento. Si lo desea, es posible que pueda consultar a ese médico **si** está embarazada de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo para una afección. Si está embarazada, puede continuar consultando a su médico durante hasta 12 semanas después del parto. Si consulta con regularidad a un médico por una afección en curso, puede continuar con su tratamiento actual durante hasta 90 días. Su médico debe aceptar trabajar con EmblemHealth durante este tiempo.
- Si alguna de estas condiciones se aplica a su caso, hable con su PCP o llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Cómo obtener atención regular

- Atención médica regular significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerse saludable, asesoramiento cuando lo necesite y referidos al hospital o a un especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para que se mantenga saludable o para controlar que usted reciba la atención que necesita.
- De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamarle 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 puede comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP le conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que reciba deben ser necesarios para uno de los siguientes:
 - Prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento.
 - Ocuparse de algo que representa un peligro para su vida.
 - Ocuparse de 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, pero usted debe programar una consulta para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una consulta, llame para informarlo.
- Tan pronto como elija un PCP, llame para programar una primera consulta. Si puede, prepárese para su primera consulta. Su PCP deberá saber tanto como sea posible 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 hacerle al PCP. En la mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de los tres meses de su inscripción en EmblemHealth Enhanced Care.
- **Si necesita atención antes de la primera consulta**, llame al consultorio de su PCP para explicar su inquietud. Le programará una consulta anticipada. Aun así, debe asistir a la primera consulta para analizar su historial médico y hacer preguntas.
- Use la siguiente lista como **guía de consultas para nuestros límites sobre cuánto tiempo podría tener que esperar después de solicitar una consulta**:
 - exámenes físicos iniciales y de rutina para adultos: dentro de las 12 semanas;
 - atención de urgencia: dentro de las 24 horas;
 - visitas no urgentes por enfermedad: dentro de los tres días;
 - atención preventiva de rutina: dentro de las cuatro semanas;
 - visita de seguimiento después de la visita a la sala de emergencia (ER, por sus siglas en inglés) o de hospitalización por motivos de salud mental/consumo de sustancias: cinco días;
 - visita no urgente de salud mental o por consumo de sustancias: una semana.
- Use la siguiente lista como **guía de consultas para nuestros límites sobre cuánto tiempo podría tener que esperar después de solicitar una consulta perinatal**:
 - Primer trimestre: la visita se debe realizar dentro de las tres semanas de la solicitud de atención.
 - Segundo trimestre: la visita se debe realizar dentro de las dos semanas de la solicitud de atención.
 - Tercer trimestre: la visita se debe realizar dentro de una semana de la solicitud de atención.
 - Primera visita del recién nacido: dentro de las dos semanas del alta hospitalaria.
 - La visita inicial de planificación familiar se debe realizar dentro de las dos semanas de la solicitud de atención.
 - Para referidos de especialistas y asuntos urgentes durante el embarazo:
 - Los referidos urgentes a especialistas deben atenderse tan pronto como esté clínicamente indicado, sin superar las 72 horas.

- Los referidos no urgentes a especialistas deben atenderse tan pronto como esté clínicamente indicado, sin superar las cuatro semanas desde que se realizó la solicitud.
- Para asuntos que no sean de emergencia, pero sí urgentes, las personas embarazadas deben ser atendidas dentro de las 24 horas de la solicitud de atención.

Cómo obtener atención de especialidad: 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 profesionales del cuidado de la salud de EmblemHealth Enhanced Care. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.
- Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP, ya que puede ayudarlo si necesita consultar a otro especialista.
- Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar la aprobación de EmblemHealth Enhanced Care *antes* de que usted pueda obtenerlos. Su PCP podrá decirle cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener un referido que considera necesario, comuníquese con Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).
- 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 llama **referido fuera de la red**. Su PCP o médico debe solicitar la aprobación de EmblemHealth Enhanced Care *antes* de que usted pueda obtener un referido fuera de la red. Si su PCP o su médico le refieren a un profesional del cuidado de la salud que no pertenece a nuestra red, usted no es responsable de ningún gasto, a excepción de los copagos descritos en este manual.
- Para solicitar servicios de un especialista o médico fuera de nuestra red, comuníquese con Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**). Necesitaremos un motivo por escrito por el cual usted necesita consultar a un especialista o médico 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 profesional del cuidado de la salud en la red de EmblemHealth Enhanced Care que puede tratarle. Si cree que este médico no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarle, puede solicitarnos que controlemos si su referido fuera de la red es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 38 para saber cómo.
 - 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 médico de EmblemHealth Enhanced Care. Puede solicitarnos que controlemos si su referido fuera de la red para el tratamiento que quiere es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 38 para saber cómo.
- Si necesita consultar a un especialista para recibir atención continua, su PCP puede referirle para una cantidad específica de visitas o durante un período determinado

(un **referido extendido**). Si tiene un referido extendido, no necesitará un nuevo referido cada vez que requiera atención durante el período específico.

- 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.
 - El referido a un centro de atención de especialidad que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.
 - Una llamada a Servicios para miembros para que le ayuden a conseguir una consulta en un centro de atención de especialidad.

Obtener estos servicios de EmblemHealth Enhanced Care SIN un referido

Atención médica de la mujer

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

- Está embarazada.
- Necesita servicios de obstetricia y ginecología.
- Necesita servicios de planificación familiar.
- Desea consultar a una partera.
- 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 para estos servicios, 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 recibir estos servicios y puede elegir dónde recibirlos. Puede *usar su tarjeta de identificación* de EmblemHealth Enhanced Care para consultar a uno de nuestros profesionales del cuidado de la salud 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 consultar a un médico o atenderse en una clínica fuera de la red de nuestro plan. Consulte a su PCP o llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) para obtener una lista de lugares donde puede obtener estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy del estado de Nueva York al **800-522-5006** (TTY: **711**) para obtener los nombres de los proveedores de planificación familiar de su área.

Examen de VIH e infección de transmisión sexual (ITS)

Todas las personas deben conocer su estado en relación con el VIH. Los exámenes de VIH e ITS forman parte de su atención médica regular.

- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS en cualquier ocasión en la que haga una visita al consultorio o la clínica.
- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS en cualquier ocasión que reciba servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su PCP. Programe una consulta 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.
- Si prefiere no consultar a uno de nuestros médicos, puede usar su tarjeta de Medicaid para ver a un profesional de planificación familiar fuera de la red de EmblemHealth Enhanced Care. Para obtener ayuda y encontrar un profesional del cuidado de la salud para servicios de planificación familiar, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).
- Todas las personas deben hablar con su médico acerca de hacerse la prueba del VIH. Para hacerse pruebas gratuitas del VIH 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 tras una breve espera. El profesional del cuidado de la salud 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.

Atención de la vista

Los beneficios cubiertos de atención de la vista incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un óptico. También incluyen un examen de la vista y un par de anteojos, si fuera necesario. Por lo general, puede recibirlos una vez cada dos años, o con más frecuencia si fuera médicamente necesario. Las personas inscritas con diagnóstico de diabetes pueden referirse por cuenta propia para un examen ocular con dilatación (retina) una vez cada 12 meses. Debe elegir uno de nuestros médicos 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 vista 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 le referirá.

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarle a recibir los servicios de salud mental y consumo de sustancias que necesita. Si en algún momento cree que necesita ayuda con la salud mental o el consumo de sustancias, puede consultar a los profesionales de cuidado 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.

Dejar de fumar

Puede obtener medicamentos, suministros y orientación si quiere ayuda para dejar de fumar. No necesita un referido de su PCP para poder recibir estos servicios.

Examen de depresión materna

Si está embarazada o tuvo un bebé recientemente 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 para saber si tiene depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para casos de emergencia.

Una emergencia significa una condición médica o conductual que se presenta de repente y produce dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría temer a una persona promedio que ella misma, o alguien, sufriera daños graves si no recibe atención de inmediato.

Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

- Ataque cardíaco o dolor de pecho intenso.
- Sangrado que no se detiene.
- Quemadura grave.
- Huesos fracturados.
- Dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Sensación de que podría lastimarse a usted mismo o lastimar a los demás.
- Si está embarazada y presenta signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de drogas.

Algunos ejemplos de situaciones que **no son emergencias** son los siguientes:

- resfríos;
- dolor de garganta;
- malestar estomacal;
- cortes menores y hematomas;
- esguinces musculares.

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

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 emergencia. No necesita la aprobación de su plan ni de su PCP para recibir atención de emergencia, y no tiene la obligación de usar nuestros hospitales o médicos.

- **Si no está seguro/a, llame a su PCP o a EmblemHealth Enhanced Care.**

Informe lo que sucede a la persona con la que hable. Su PCP o el representante de Servicios para miembros puede decirle lo siguiente:

- Qué hacer en casa.
- Que vaya al consultorio del PCP.
- Que vaya a la sala de emergencia más cercana.

- Si se encuentra **fuera del área** cuando tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana. Si le dan el alta de la sala de emergencia con recetas, estas deben surtirse en una farmacia inscrita en NYRx de Medicaid.

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.

Vaya a la sala de emergencia **solo** si tiene una **emergencia**.

La sala de emergencia NO debe utilizarse para problemas como gripe, dolor de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a EmblemHealth Enhanced Care al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Atención de urgencia

Usted puede tener una lesión o enfermedad que no es una emergencia, pero que de todas formas necesita atención inmediata.

Podría ser alguna de las siguientes situaciones:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en mitad de la noche y no para de llorar.
- Una gripe o la necesidad de puntos de sutura.
- Un esguince de tobillo o una astilla que no puede quitarse.

Puede obtener una consulta para una visita 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** (TTY: **711**). 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 cubierta 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 usted y su familia necesitan, estas son algunas otras formas de mantenerse en buen estado de salud:

- clases para dejar de fumar;
- atención prenatal y nutrición;
- apoyo para el duelo o la pérdida;
- lactancia y cuidado del bebé;
- control del estrés;
- control del peso;
- control del colesterol;
- capacitación para el autocontrol y orientación sobre la diabetes;
- capacitación para el autocontrol y orientación sobre el asma;
- pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección contra las ITS;
- servicios contra la violencia doméstica;
- otras clases para usted y su familia.

Llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) o visite nuestro sitio web en **emblemhealth.com** para obtener más información y una lista de las próximas clases.

Opción de aviso electrónico

EmblemHealth y nuestros proveedores pueden enviarle avisos electrónicos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones al plan, quejas y apelación de quejas en lugar de enviar los avisos por teléfono o por correo.

Podemos enviarle estos avisos a través del portal para miembros. Puede optar por no utilizar papel en el portal para miembros **myEmblemHealth**. Así, podrá ver los documentos en cuanto estén listos. Recibirá una alerta a través de la pestaña de comunicaciones cuando tenga algo nuevo que ver.

Si quiere recibir estos avisos por vía electrónica, debe solicitárnoslo. Para solicitar avisos electrónicos, póngase en contacto con nosotros por teléfono, en línea o por correo:

Teléfono**855-283-2146** (TTY: **711**)
En línea**my.emblemhealth.com**
Correo**EmblemHealth**
P.O. Box 1701
New York, NY 10023-1701

Cuando se comunique con nosotros, debe hacer lo siguiente:

- Decirnos cómo quiere recibir los avisos que normalmente se envían por correo.
- Decirnos cómo quiere recibir los avisos que normalmente se hacen por llamada telefónica.
- Facilitarnos su información de contacto (dirección de correo electrónico).

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

PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios

Medicaid Managed Care le proporciona una serie de servicios además de los que recibe con Medicaid regular. EmblemHealth Enhanced Care le proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que usted necesite. Puede acceder a algunos servicios sin consultar a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia, planificación familiar, pruebas y orientación sobre el VIH y servicios específicos de referido por cuenta propia. Llame a nuestro departamento Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

Servicios cubiertos por EmblemHealth Enhanced Care

Debe obtener estos servicios de los proveedores que forman parte de EmblemHealth Enhanced Care. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y proporcionados o referidos por su PCP (proveedor de atención primaria). Llame a nuestro departamento Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

Atención médica regular

- visitas al consultorio de su PCP;
- referidos a especialistas;
- exámenes de audición y de la vista.

Atención preventiva

- atención del bebé sano;
- control y cuidado infantil;
- chequeos regulares;
- vacunas para niños desde el nacimiento hasta la infancia;

- acceso a servicios de examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para personas inscritas desde el nacimiento hasta los 21 años de edad;
- orientación para dejar de fumar;
- agujas y jeringas gratuitas;
- orientación para dejar de fumar;
- educación sobre el VIH y reducción del riesgo.

Atención por maternidad

- atención del embarazo;
- médicos/parteras y servicios en el hospital;
- atención neonatal para el recién nacido.

Cuidado de salud en el hogar

- Debe ser médicamente necesario y debe estar coordinado por EmblemHealth Enhanced Care.
- Una visita médica domiciliaria posparto médicamente necesaria (visitas adicionales para mujeres de alto riesgo, según sea médicamente necesario).
- Al menos 2 visitas a lactantes (recién nacidos) de alto riesgo.
- Otras visitas de cuidado de salud en el hogar según sea necesario y sean solicitadas por su PCP/especialista.

Cuidado personal/asistente a domicilio/servicios de asistencia personal dirigida al consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés)

- Deben ser médicamente necesarios y deben estar coordinados por EmblemHealth Enhanced Care.
- Cuidado personal/asistente a domicilio: brinda ayuda con la higiene personal y para vestirse y alimentarse, la preparación de comidas y las tareas del hogar.
- CDPAS: brinda 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, llame al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS, por sus siglas en inglés)

- Se trata de un dispositivo que lleva puesto en caso de una emergencia.
- Para calificar y obtener este servicio, debe recibir servicios de cuidado personal/asistente domiciliario o CDPAS.

Servicios de atención médica diurna para adultos

- Los debe recomendar su PCP.
- Incluyen educación de salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia y referidos para atención dental y otras especialidades.

Servicios de atención médica diurna para adultos con SIDA

- Los debe recomendar su PCP.
- Incluyen atención médica general y de enfermería, servicios de apoyo por consumo de sustancias, servicios de apoyo para la salud mental y servicios de nutrición, además de actividades de socialización, recreación y promoción de la salud y el bienestar.

Terapia para la tuberculosis (TB)

Se trata de ayuda para tomar los medicamentos para la TB y atención 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 necesaria y debe estar coordinada por EmblemHealth Enhanced Care.
- Incluye servicios de apoyo y algunos servicios médicos a los pacientes enfermos con una expectativa de vida de un año o menos.
- Puede recibir estos servicios en su hogar, en un hospital o residencia con atención de enfermería.

Los niños menores de 21 años que reciben servicios de hospicio también pueden recibir servicios curativos y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar a nuestro departamento de Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Atención dental

EmblemHealth Enhanced Care considera que brindarle una buena atención dental es importante para el cuidado de su salud general. Ofrecemos atención dental a través de un contrato con Healthplex, un experto en la prestación de servicios dentales de alta calidad. EmblemHealth Enhanced Care cubre servicios dentales como los siguientes:

- chequeos dentales preventivos;
- limpiezas;
- radiografías;
- empastes.

En ciertas circunstancias, EmblemHealth Enhanced Care puede cubrir servicios adicionales, como los siguientes:

- dentadura postiza;
- implantes;
- coronas;
- tratamientos de conducto.

No necesita el referido de su PCP para consultar a un dentista.

Cómo obtener servicios dentales:

Puede consultar a un dentista de la red de Healthplex.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a Healthplex al **855-910-2406**.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para usar los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental por separado. Cuando visite al dentista, debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro de EmblemHealth.

También puede acudir a una clínica dental gestionada por un centro dental académico sin un referido.

Llame a Servicios para miembros de EmblemHealth al **855-283-2146** (TTY: **711**) para obtener una lista de los centros dentales académicos cercanos a usted.

Atención de ortodoncia

EmblemHealth Enhanced Care cubrirá la ortodoncia para niños de hasta 21 años con un problema grave en los dientes, como no poder masticar los alimentos debido a que sus dientes están extremadamente torcidos, tener el paladar hendido o labio leporino.

Cuidado de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, óptico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales 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 (un par nuevo de marcos aprobados por Medicaid cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario).
- Examen de visión parcial y ayudas visuales solicitados por su médico.
- Referidos a especialistas por enfermedades y defectos de la vista.
- Las personas inscritas con diagnóstico de diabetes pueden referirse por cuenta propia para un examen ocular con dilatación (retina) una vez cada 12 meses.

Atención hospitalaria

- cuidado del paciente ingresado;
- cuidado del paciente ambulatorio;
- pruebas de laboratorio clínico, radiografías y otras pruebas necesarias.

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido atención de emergencia, es posible que necesite otros servicios de atención para asegurarse de que su afección se mantiene estable. Según la necesidad, puede recibir tratamiento en una sala de emergencia, una habitación de hospital para pacientes ingresados o en otro lugar. A esto se lo conoce como **servicios posteriores a la estabilización**.

- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 12.

Atención de especialidad

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

- terapeutas físicos;
- terapeutas ocupacionales y del habla;
- audiólogos;
- parteras;
- profesionales de rehabilitación cardíaca;
- otra atención de especialidad, según sea médicamente necesario.

Centro residencial de atención médica (residencia con atención de enfermería)

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

Rehabilitación:

EmblemHealth Enhanced Care cubre estancias a corto plazo, o de rehabilitación, en un centro de enfermería especializada.

Colocación a largo plazo:

EmblemHealth Enhanced Care cubre la colocación a largo plazo en una residencia con atención de enfermería para miembros a partir de los 21 años.

La colocación a largo plazo significa que vivirá en una residencia con atención de enfermería

Cuando usted es elegible para una colocación a largo plazo, puede seleccionar una de las residencias con atención de enfermería que están en la red de EmblemHealth Enhanced Care que satisfaga sus necesidades. Llame al **855-283-2146** (TTY: **711**) para obtener ayuda para encontrar una residencia con atención de enfermería en nuestra red.

Si quiere vivir en una residencia con atención de enfermería que no forma parte de la red de EmblemHealth Enhanced Care, debe cambiarse a otro plan que tenga al centro que haya elegido en su red.

Los veteranos elegibles, sus cónyuges y padres Gold Star pueden optar por permanecer en una residencia con atención de enfermería para veteranos

EmblemHealth Enhanced Care no tiene un centro para veteranos en su red. Si usted es un veterano elegible, es cónyuge de un veterano elegible o es un padre Gold Star y desea vivir en un centro para veteranos, le ayudaremos a tramitar su admisión. Debe transferirse a otro plan de salud de Medicaid Managed Care que tenga el centro de veteranos en su red.

Determinar su elegibilidad para Medicaid para los servicios de residencia con atención de enfermería atención a largo plazo

Debe presentar una solicitud ante el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) para que Medicaid o EmblemHealth Enhanced Care paguen los servicios de residencia con atención de enfermería a largo plazo. El LDSS revisará sus ingresos y bienes para determinar su elegibilidad para recibir servicios de residencia con atención de enfermería a largo plazo. El LDSS le informará de los gastos que pueda tener que contribuir para la atención a largo plazo en una de estas residencias.

Recursos adicionales

Si tiene inquietudes sobre la atención en uno de estos centros a largo plazo, la elección de una residencia con atención de enfermería o el efecto sobre su economía, existen recursos adicionales que pueden ayudarle.

- La Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN, por sus siglas en inglés) ofrece asistencia gratuita y confidencial. Llame al **844-614-8800** o visite **icannys.org**.
- Oficina para Adultos Mayores del estado de Nueva York
 - El Programa de Información, Orientación y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP, por sus siglas en inglés) ofrece orientación y representación gratuitas sobre preguntas de seguros de salud. Llame al **800-701-0501**.
 - NY CONNECTS es un vínculo con los servicios y apoyos a largo plazo. Llame al **800-342-9871** o visite **nyconnects.ny.gov**.
- La Declaración de Derechos de las Residencias con Atención de Enfermería (NHBOR, por sus siglas en inglés) describe sus derechos y responsabilidades como residente de una residencia con atención de enfermería. Para obtener más información sobre NHBOR, visite **health.ny.gov/facilities/nursing/rights/** (solo en inglés).

Atención de salud conductual

La atención de salud conductual incluye salud mental, tratamiento por consumo de sustancias y servicios de rehabilitación. Todos nuestros miembros tienen beneficios de salud conductual, que incluyen los siguientes servicios.

Cuidado de salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos.
- Servicios psicológicos.
- Tratamiento de salud mental para pacientes ingresados y ambulatorios.
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual.
- Servicios de rehabilitación si se encuentra bajo tratamiento en hogares comunitarios o basado en la familia.
- Orientación individual y de grupo a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés).

Cuidado de salud mental para pacientes adultos ambulatorios

- continuación del tratamiento diario (CDT, por sus siglas en inglés);
- hospitalización parcial (PH, por sus siglas en inglés).

Cuidado de salud mental de rehabilitación para pacientes adultos ambulatorios

- tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés);
- servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés).

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés), incluida una cama de observación prolongada;
- Servicios de intervención en situación de crisis, como servicios móviles y telefónicos de atención de crisis.
- Programas residenciales para crisis:
 - Apoyo residencial en situación de crisis: se trata de un programa para personas mayores de 18 años con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar o en la comunidad sin recibir ayuda.
 - Residencia intensiva en situación de crisis: se trata de un programa de tratamiento para personas mayores de 18 años que sufren angustia emocional grave.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias para adultos mayores de 21 años

- Servicios en situación de crisis/de desintoxicación:
 - servicios para abstinencia y estabilización médicamente administrados;
 - servicios para abstinencia y estabilización para pacientes ingresados médicamente supervisados;
 - servicios para abstinencia y estabilización para pacientes ambulatorios médicamente supervisados.
- Servicios de rehabilitación para pacientes ingresados
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones:
 - estabilización,
 - rehabilitación,
 - reintegración.
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios:
 - clínica para pacientes ambulatorios:
 - tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios,
 - servicios auxiliares para abstinencia,
 - tratamiento asistido con medicamentos.
 - servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios;
 - programas para tratamiento con opioides (OTP, por sus siglas en inglés).
- 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):
 - EmblemHealth Enhanced Care cubre el tratamiento para trastornos de adicción al juego proporcionado por programas certificados por la OASAS. (Puede recibir tratamiento para el trastorno de adicción al juego presencialmente o a través de la 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 PCP para poder recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros de EmblemHealth al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda relacionada con un trastorno por consumo de sustancias, los servicios de reducción de daños pueden ofrecerle un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar.

EmblemHealth Enhanced Care cubre servicios que pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Plan de atención elaborado por una persona con experiencia en el trabajo con usuarios de sustancias.
- Orientación individual de apoyo que le ayude a alcanzar sus metas.
- Orientación grupal de apoyo en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre cuestiones que afectan su salud y bienestar.
- Orientación para ayudarle a tomar sus medicinas recetadas y continuar el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarle a comprender mejor el consumo de sustancias y a identificar técnicas y habilidades de afrontamiento que le funcionen.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Cuidado de salud mental para personas menores de 21

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) incluida una cama de observación prolongada.
- Hospitalización parcial (PH).
- Servicios de psiquiatría para pacientes ingresados.
- Orientación individual y de grupo a través de las clínicas de la OMH.
- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS, por sus siglas en inglés) incluidos los siguientes:
 - otro proveedor médico con licencia (OLP, por sus siglas en inglés);
 - rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés);
 - tratamiento y apoyo psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés);
 - servicios de apoyo de pares para familias (FPSS, por sus siglas en inglés);
 - intervención en situación de crisis (CI, por sus siglas en inglés);
 - apoyo de pares para jóvenes (YPS, por sus siglas en inglés).
- Servicios psiquiátricos.
- Servicios psicológicos.

- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual.
- Residencia para niños en situación de crisis: se trata de un programa de apoyo y tratamiento para menores de 21 años. Estos servicios ayudan a las personas a lidiar con una crisis emocional y a regresar a su casa y a su comunidad.

Servicios de salud mental para personas elegibles menores de 21 años (de 18 a 20 años):

- tratamiento asertivo comunitario (ACT);
- continuación del tratamiento diario (CDT);
- servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS);
- Programas residenciales para crisis:
 - Apoyo residencial en situación de crisis: se trata de un programa para personas mayores de 18 años con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar o en la comunidad sin recibir ayuda.
 - Residencia intensiva en situación de crisis: se trata de un programa de tratamiento para personas mayores de 18 años que sufren angustia emocional grave.

Atención para trastornos por consumo de sustancias para personas menores de 21 años

- Servicios en situación de crisis/de desintoxicación:
 - servicios para abstinencia y estabilización médicamente administrados;
 - servicios para abstinencia y estabilización para pacientes ingresados médicamente supervisados;
 - servicios para abstinencia y estabilización para pacientes ambulatorios médicamente supervisados.
- Servicios de rehabilitación para pacientes ingresados
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones:
 - estabilización,
 - rehabilitación,
 - reintegración.
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios:
 - clínica para pacientes ambulatorios:
 - tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios,
 - servicios auxiliares para abstinencia,
 - tratamiento asistido con medicamentos,
 - servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios;
 - programas para tratamiento con opioides (OTP).

Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños

El estado de Nueva York cubre los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para niños en virtud de la exención para niños. EmblemHealth Enhanced Care cubre los HCBS para niños para miembros que participan en la exención para niños y proporciona el control de la atención para estos servicios.

Los HCBS para niños ofrecen servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de cada niño/joven. Los HCBS se proporcionan donde los niños/jóvenes y las familias se sientan más cómodos y les apoyan en su esfuerzo por alcanzar metas y logros.

¿Quién puede acceder a los HCBS para niños?

Los HCBS están destinados a niños y jóvenes que cumplan lo siguiente:

- Necesiten atención y apoyo adicionales para permanecer en el hogar o en la comunidad.
- Tengan necesidades complejas de salud, desarrollo o salud conductual.
- Quieran evitar ir al hospital o a un centro de cuidados a largo plazo.
- Sean elegibles para recibir los HCBS y participen en la exención para niños.

Los miembros menores de 21 años podrán recibir los siguientes servicios de su plan de salud:

- Habitación comunitaria.
- Habitación diaria.
- Servicios de apoyo y representación para cuidadores y familiares.
- Servicios prevocacionales: deben tener 14 años o más.
- Empleo con apoyo: deben tener 14 años o más.
- Servicios de relevo (relevo planificado y en situación de crisis).
- Cuidados paliativos:
 - terapia expresiva,
 - masoterapia,
 - servicio de duelo,
 - control de dolor y síntomas.
- Modificaciones del entorno.
- Modificaciones en los vehículos.
- Tecnologías de adaptación y asistencia.
- Transporte no médico.

Los niños o jóvenes que participen en la exención para niños deben recibir control de la atención. El control de la atención asignará a alguien para que le ayude a encontrar y obtener los servicios adecuados para usted.

- Si está recibiendo control de la atención de una agencia de control de cuidado de salud en el hogar (CMA, siglas en inglés), puede permanecer con su CMA. EmblemHealth Enhanced Care trabajará con su CMA para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Si está recibiendo control de la atención del Servicio de Evaluación de Niños y Jóvenes (C-YES, por sus siglas en inglés), EmblemHealth Enhanced Care trabajará con C-YES y le brindará control de la atención.

Servicios de los centros de salud del artículo 29-I de la Agencia de Acogida Voluntaria (VFCA, por sus siglas en inglés)

EmblemHealth Enhanced Care cubre los servicios de los centros de salud del artículo 29-I de la VFCA para niños y jóvenes menores de 21 años.

Los centros de salud del artículo 29-I de la VFCA trabajan con las familias para promover el bienestar y los resultados positivos de los niños que están bajo su cuidado. Estos centros utilizan consultorios capacitados en trauma para satisfacer las necesidades de cada niño en particular.

Los centros de salud del artículo 29-I de la VFCA solo pueden atender a niños y jóvenes referidos por el distrito local de servicios sociales.

Servicios básicos limitados relacionados con la salud

- desarrollo de habilidades;
- apoyo de enfermería y control de medicamentos;
- planificación del tratamiento y planificación del alta de Medicaid;
- consulta y supervisión clínica;
- enlace/administración de atención administrada.

Otros servicios limitados relacionados con la salud

- servicios de examen, diagnóstico y tratamiento relacionados con la salud física;
- servicios de examen, diagnóstico y tratamiento relacionados con el desarrollo y la salud conductual;
- servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS);
- servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para niños.

Control del cuidado de salud en el hogar

EmblemHealth Enhanced Care quiere satisfacer todas sus necesidades de salud. Si tiene múltiples problemas de salud, puede beneficiarse del control del cuidado de salud en el hogar para ayudarle a coordinar todos sus servicios de salud.

El administrador del cuidado de salud en el hogar puede hacer lo siguiente:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención médica.
- Trabajar con las personas de su confianza, como familiares o amigos, para que le ayuden a planificar y recibir su atención.
- Ayudar con las consultas con su PCP y otros proveedores.
- Ayudar a controlar problemas médicos crónicos como la diabetes, el asma y la presión arterial alta.

Para obtener más información sobre Health Homes, comuníquese con Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Servicios para la infertilidad

Si no puede quedar embarazada, EmblemHealth Enhanced Care cubre servicios que pueden ayudarla.

EmblemHealth Enhanced Care cubrirá la coordinación de la atención relacionada con medicamentos limitados para la infertilidad cubiertos por el programa de farmacia de Medicaid. El beneficio de infertilidad incluye lo siguiente:

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

Elegibilidad

Usted puede ser elegible para recibir servicios para 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 tener relaciones sexuales regulares sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años de edad y no puede quedar embarazada después de 6 meses de tener relaciones sexuales regulares sin protección.

Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP, por sus siglas en inglés)

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

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

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** 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 grupales de capacitación centradas en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación saludable y el ejercicio. Las metas de estos cambios en el estilo de vida incluyen una modesta pérdida de peso y el aumento de la actividad física. Un asesor de estilo de vida capacitado imparte las sesiones del programa.

Elegibilidad

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

- Tiene, al menos, 18 años.
- No está embarazada actualmente.
- Tiene sobrepeso.
- No se le ha diagnosticado previamente diabetes tipo 1 o tipo 2.

También debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- Haber tenido un resultado del examen de sangre dentro del rango de prediabetes en el último año.
- Haber recibido un diagnóstico previo de diabetes gestacional.

- Haber obtenido una puntuación de 5 o más en el examen de riesgo de prediabetes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPEEU)/la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés).

Hable con su médico para saber si califica para participar en el NDPP.

Servicios de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)

EmblemHealth Enhanced Care cubre la terapia de análisis conductual aplicado (ABA) proporcionada por uno de los siguientes:

- analista conductual con licencia (LBA, por sus siglas en inglés);
- asistente de analista conductual certificado (CBAA, por sus siglas en inglés) supervisado por un LBA.

¿Quién puede recibir los servicios de ABA?

Los niños/jóvenes menores de 21 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista o síndrome de Rett pueden ser elegibles para el ABA. Si cree que es elegible para recibir servicios de ABA, hable con su médico sobre este servicio. EmblemHealth Enhanced Care trabajará con usted y su médico para asegurarse de que reciba el servicio que necesita.

Los servicios ABA incluyen lo siguiente:

- evaluación y tratamiento por parte de un médico, analista conductual con licencia o asistente de analista conductual certificado;
- tratamientos individuales administrados en el hogar o en otro entorno;
- tratamiento conductual adaptativo grupal;
- capacitación y apoyo a familiares y cuidadores.

Atención y servicios relacionados con la disforia de género

EmblemHealth Enhanced Care cubre la siguiente atención y los siguientes servicios relacionados con la disforia de género:

- cirugías, servicios y procedimientos de reasignación de género (cambio de sexo);
- inhibidores de la pubertad (medicinas utilizadas para retrasar los efectos de la pubertad);
- terapia hormonal cruzada (medicinas hormonales utilizadas para ayudar en el cambio de sexo).

¿Qué es la disforia de género?

La disforia de género es la sensación de malestar o angustia que puede producirse cuando existe un conflicto entre el sexo que le asignaron al nacer y el género con el que se identifica.

Cirugía de reasignación de género

Antes de la cirugía para el tratamiento de la disforia de género, debe cumplir lo siguiente:

- Recibir una determinación de necesidad médica por parte de un profesional médico calificado.
- Ser mayor de 18 años de edad. La necesidad médica de los miembros menores de 18 años se evaluará caso por caso y deberán recibir la aprobación previa de EmblemHealth Enhanced Care, según corresponda.

- Haber vivido en un rol de género coherente con su identidad de género durante 12 meses. Durante este tiempo, debe haber recibido orientación de salud conductual, según lo considere necesario el profesional médico calificado que le esté tratando.
- Tener dos cartas de profesionales de la salud calificados con licencia del estado de Nueva York que recomienden la cirugía basándose en su propia evaluación.

Inhibidores de la pubertad y hormonas del sexo opuesto

EmblemHealth Enhanced Care proporcionará la terapia hormonal médicamente necesaria para el tratamiento de la disforia de género.

El tratamiento con inhibidores de la pubertad debe basarse en la determinación de un profesional médico calificado.

El tratamiento con hormonas del sexo opuesto debe cumplir los siguientes criterios específicos de edad:

- Los miembros mayores de 16 años deben recibir una determinación de necesidad médica realizada por un profesional médico calificado.
- Los miembros de 16 y 17 años también deben recibir una determinación de un profesional médico calificado de que son elegibles y están listos para el tratamiento.
- Los miembros menores de 16 años deben cumplir con los criterios anteriores y recibir la aprobación previa de EmblemHealth Enhanced Care, según corresponda.

Hable con su proveedor de atención médica para ver si califica para recibir atención y servicios relacionados con la disforia de género. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)/audífonos/prótesis/ortesis.
- Servicios determinados por un tribunal.
- Control de casos.
- Ayuda para obtener servicios de apoyo social.
- Centros de salud con calificación federal (FQHC).
- Servicios de un podólogo, según sea médicamente necesario.

Beneficios que puede obtener de EmblemHealth Enhanced Care O con su tarjeta de Medicaid

En el caso de algunos servicios, usted puede elegir el lugar donde recibir la atención. Con su tarjeta de miembro de EmblemHealth Enhanced Care puede obtener estos servicios. También puede visitar a proveedores que aceptarán su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita un referido de su PCP 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 proveedores 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 si necesita hacerse pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), tratamiento y 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.

Examen del VIH e ITS (cuando se recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar)

Todas las personas deben conocer su estado en relación con el VIH. Los exámenes del VIH e infecciones de transmisión sexual forman parte de su atención médica regular.

- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS en cualquier ocasión en la que haga una visita al consultorio o la clínica.
- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS en cualquier ocasión que reciba servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su PCP. Programe una consulta 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.
- Si prefiere no consultar a uno de nuestros médicos, puede usar su tarjeta de Medicaid para ver a un profesional de planificación familiar fuera de EmblemHealth Enhanced Care. Si necesita ayuda para encontrar un médico del plan o un médico de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).
- Todas las personas deben hablar con su médico acerca de hacerse la prueba del VIH. Para hacerse pruebas gratuitas del VIH 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 tras una breve espera. El profesional del cuidado de la salud 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.

Puede pedir a su PCP una lista de lugares donde obtener estos servicios o llamar a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**). También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy del estado de Nueva York (**800-522-5006**) para conocer los lugares cercanos donde obtener estos servicios.

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB)

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

Beneficios de usar solo la tarjeta de Medicaid

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

Farmacia

Puede obtener recetas, medicinas de venta libre, fórmulas enterales y algunos suministros médicos en cualquier farmacia que acepte Medicaid. A algunas personas puede exigírseles un copago para algunos medicamentos y artículos de farmacia.

Ciertas medicinas pueden requerir que su médico obtenga una autorización previa de Medicaid antes de que la farmacia pueda dispensarle el medicamento. Obtener la autorización previa es un proceso sencillo para su médico y no le impide obtener las medicinas que necesita.

¿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 llamando al **800-541-2831** (TTY: **800-662-1220**) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, y de 9 a.m. a 1 p.m. los sábados.

Transporte

El plan regular de Medicaid cubrirá el transporte médico de emergencia y que no sea de emergencia. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Servicios de Atención de Llamadas (MAS, por sus siglas en inglés) en la ciudad de Nueva York y los condados de Nassau, Suffolk y Westchester: **844-666-6270**.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS al menos tres días antes de su consulta médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), fecha y hora de la consulta, 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, camionetas para personas con discapacidades y transporte público.

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

Nota: Para los no ciudadanos indocumentados mayores de 65 años, el transporte que no es de emergencia no está cubierto.

Discapacidades del desarrollo

- terapias a largo plazo;
- tratamiento diurno;
- servicios de vivienda;
- programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés).

Servicios NO cubiertos:

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

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y de comodidad.

- Servicios de un proveedor que no forma parte de EmblemHealth Enhanced Care, salvo que sea un proveedor a que usted esté autorizado a consultar, según se describe en este manual, o que EmblemHealth Enhanced Care o su PCP lo envíen a ese proveedor.
- Servicios para los cuales necesita un referido (aprobación) por adelantado y no lo obtuvo.
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o la disfunción sexual.

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

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

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que usted considera que no debería pagar, no la ignore. Llame de inmediato a EmblemHealth Enhanced Care al **855-283-2146** (TTY: **711**). EmblemHealth Enhanced Care puede ayudarle a entender por qué recibió esa factura. Si no le corresponde el pago, EmblemHealth Enhanced Care se comunicará con el proveedor e intentará solucionar el problema por usted.

Usted tiene derecho a solicitar una apelación al plan si cree que se le está solicitando que pague algo que Medicaid o EmblemHealth Enhanced Care debería cubrir. Consulte la sección Apelación al plan más adelante en este manual.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**).

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 llama autorización previa. Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar aprobados antes de que los reciba:

- Procedimientos para pacientes ingresados que no sean de emergencia y que brinden atención de enfermería especializada aguda y de rehabilitación.
- Toda cirugía para pacientes ambulatorios para procedimientos y tratamiento en una instalación o consultorio.
- 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 para pacientes ambulatorios.
- Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

- Radioterapia.
- 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 equipo médico duradero.
- Implantes dentales y aparatos bucales (como 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.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, usted, la persona que designe o su médico debe comunicarse con Control de la atención de EmblemHealth con al menos 10 días hábiles de anticipación llamando al **888-447-2884** (TTY: **711**). 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 o urgencia, se le pedirá a la persona que llama que deje un mensaje y el Control de la atención le llamará a usted o a su médico el siguiente día hábil.
- Si la llamada se refiere a una admisión programada, se le recomendará a la persona que llama que vuelva a llamar el siguiente día hábil cuando haya representantes disponibles.

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

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

EmblemHealth Enhanced Care tiene un equipo de evaluación para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita. Controlamos que el servicio que solicita esté cubierto por su plan de salud. Los médicos y los profesionales de enfermería forman parte del equipo de evaluación. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para ello, controlan su plan de tratamiento en función de los estándares médicamente aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un importe inferior al solicitado. Un profesional calificado del cuidado de la salud 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 del cuidado de la salud 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 acelerado. 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.

Realizaremos una evaluación acelerada en los siguientes casos:

- Si una demora pondrá en grave riesgo su salud, su vida o su capacidad de funcionar.
- Si su proveedor dice que la evaluación debe ser más rápida.
- Si está solicitando más de un servicio que recibe en la actualidad.

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

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También les 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 al 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 tres 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 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 un 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 un 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 un 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.
- Si está recibiendo tratamiento como paciente ingresado para el trastorno por consumo de sustancias y solicita más servicios al menos 24 horas antes de que le den el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud.

- Si solicita servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias que pueden estar relacionados con una comparecencia ante un tribunal, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud.
- Si usted está solicitando un medicamento administrado por proveedores médicos cuando se proporciona en un hospital para pacientes ambulatorios, clínica o consultorio, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud, después de que su profesional del cuidado de la salud haya proporcionado a EmblemHealth Enhanced Care un formulario completo de autorización previa con toda la información necesaria incluida para evaluar la 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 aprobación para anular un protocolo de tratamiento escalonado, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas para los medicamentos administrados por proveedores médicos cuando se proporcionan en un hospital para pacientes ambulatorios, clínica o consultorio, después de que su profesional del cuidado de la salud haya brindado a EmblemHealth Enhanced Care un formulario de autorización previa completo con toda la información necesaria para evaluar la 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 médico o su representante también pueden pedirnos que dediquemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para darnos que ayudará a tomar una decisión para su caso. Puede hacer esto llamando al **888-447-2884** (TTY: **711**) o escribiendo a:

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

Usted o su representante pueden presentar una queja ante EmblemHealth Enhanced Care 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, es lo mismo que si denegáramos 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 al plan ante nosotros. *Consulte la sección Apelación al 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 la necesita. 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 interrumpir 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, CDPAS, atención médica diurna para adultos y atención en una residencia de enfermería.
- 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 EmblemHealth Enhanced Care o por Medicaid, incluso si más adelante denegamos el pago al proveedor.**

Cómo se les paga a nuestros proveedores

Tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún acuerdo económico especial con nuestros proveedores que pueda afectar la atención médica. Puede llamar a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) si tiene inquietudes específicas. A la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o varias de las siguientes maneras:

- La mayoría de los PCP que trabajan en una clínica o centro de salud, reciben un salario. La cantidad de pacientes que atienden no afecta el monto.
- Los PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden obtener una tarifa fija cada mes por cada paciente para el que actúen como PCP. La tarifa sigue siendo la misma independientemente de la cantidad de veces que el paciente visite al PCP. Esto se llama contribución por persona.
- Los proveedores pueden obtener una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero se puede retener algo de dinero para un fondo de incentivo. Al final del año, los PCP que hayan cumplido con los estándares de incentivo establecidos por EmblemHealth Enhanced Care reciben pagos adicionales.
- Los proveedores también pueden recibir el pago de cargo por servicio. Esto significa que obtienen una tarifa fija por cada servicio que prestan.

Puede ayudarnos con las políticas del plan

Puede ayudarnos a desarrollar políticas que nos permitan brindar mejores servicios a nuestros miembros. Si tiene ideas, compártalas con nosotros. Háganos saber si le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o juntas asesoras de miembros. Llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) para averiguar cómo puede ayudar.

Información adicional sobre Servicios para miembros

Aquí encontrará información que puede obtener llamando a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**):

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, funcionarios, partes controladoras, propietarios y socios de EmblemHealth Enhanced Care.
- Una copia de los estados financieros o balances generales más recientes, y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una 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.
- Cómo mantenemos la privacidad de sus historiales clínicos y la información de los miembros.
- Por escrito, le informaremos cómo EmblemHealth Enhanced Care controla la calidad de la atención brindada a nuestros miembros.
- 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 EmblemHealth Enhanced Care.
- Si lo solicita, le informaremos lo siguiente:
 1. Si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de referido.
 2. Información sobre el tipo de acuerdos de incentivos utilizados, si corresponde.
 3. Si los médicos y grupos de médicos están protegidos contra las pérdidas.
- Información sobre cómo está organizada nuestra compañía y cómo funciona.

Manténganos informados

Llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) cuando se produzcan los siguientes 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 o sus hijos.

Si deja de tener Medicaid, es posible que pueda inscribirse en otro programa. Comuníquese con el Departamento Local de Servicios Sociales o NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace, al **855-355-5777** o **nystateofhealth.ny.gov**.

Finalización de inscripción y transferencias

- **Si USTED desea abandonar EmblemHealth Enhanced Care**

Puede probarnos durante 90 días. Puede abandonar EmblemHealth Enhanced Care 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 durante nueve meses más, a menos que tenga una causa justificada (motivo válido) para abandonar nuestro plan.

Los siguientes son algunos ejemplos de motivos válidos:

- 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, EmblemHealth Enhanced Care y el LDSS están de acuerdo en que la finalización de inscripción es lo mejor para usted.
- Usted está o queda exento o excluido de la atención administrada.
- No hemos podido proporcionarle servicios como se nos exige en virtud de nuestro contrato con el estado.

- Para cambiar de planes:

Si se ha inscrito mediante su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), haga lo siguiente:

- Llame al personal de Atención administrada de su LDSS.
- Si vive en la ciudad de Nueva York, Nassau, Suffolk o Westchester, 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.

- Si se ha inscrito mediante NY State of Health, haga lo siguiente:

- Inicie sesión en su cuenta de NY State of Health en **nystateofhealth.ny.gov**.
- Reúnase con un asistente de inscripción para recibir ayuda con la actualización de su cuenta.
- Llame al Centro de Servicio de Atención al Cliente de NY State of Health al **855-355-5777** (TTY: **800-662-1220**).

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

El proceso 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 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. Llame al Departamento Local de Servicios Sociales o a New York Medicaid Choice.

- **Podría dejar de ser elegible para EmblemHealth Enhanced Care**

- Usted o su hijo podrían tener que abandonar EmblemHealth Enhanced Care en los siguientes casos:
 - Si se mudan fuera del condado o área de servicio.
 - Si se cambian a otro plan de atención administrada.
 - Si se inscriben en una HMO u otro plan de seguro a través del trabajo.
 - Si van a prisión.
 - Si pierden la elegibilidad para Medicaid por otro motivo.
- Su hijo podría tener que abandonar EmblemHealth Enhanced Care si se inscribe a un Programa para niños con discapacidad física.
- **Si tiene que abandonar EmblemHealth Enhanced Care o deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluida cualquier atención que reciba en su hogar.** Llame de inmediato a New York Medicaid Choice al **800-505-5678** si esto sucede.

- **Podemos pedirle que abandone EmblemHealth Enhanced Care**

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

- Se niega a trabajar con su PCP en relación con su atención.
- No sigue las reglas de EmblemHealth Enhanced Care.
- No completa los formularios con honestidad o no proporciona información verdadera (comete fraude).
- Causa abuso o daño a los miembros, proveedores o personal del plan.
- Actúa de maneras que nos dificultan hacer lo mejor posible por usted y otros miembros, incluso después de que hayamos intentado solucionar los problemas.

Apelaciones al plan

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se llama 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 estaba en fase de investigación, y no hablamos con su médico al respecto, su médico puede solicitar hablar con nuestro director médico. El director médico hablará con su médico en el plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación al 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 al plan.

- Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.
- Puede llamar a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) si necesita ayuda para solicitar una apelación al 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 al plan o puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, que lo haga por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona le represente.
- No le trataremos de manera diferente ni de mala manera porque solicite una apelación al 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 al plan. Debe solicitar su apelación al plan en los siguientes plazos:

- **Dentro de los diez días de tomar conocimiento de que su atención cambiará.**
- **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 deriva en otra denegación, es posible que deba pagar los gastos relacionados con cualquier beneficio continuo que haya recibido.

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

- Nombre y dirección.
- Número de afiliado.
- Servicio que solicitó y motivos de la apelación.
- Cualquier información que quiera 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 ayudarlo a prepararse para su apelación al plan, puede solicitar ver las pautas, los historiales clínicos y otros documentos que utilizamos para tomar la determinación adversa inicial. Si su apelación al plan es acelerada, puede haber poco tiempo para proporcionarnos la información que necesita que evaluemos. Puede solicitar ver estos documentos o pedir una copia gratuita llamando al **855-283-2146** (TTY: **711**).

Proporcione su información y materiales por:

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

Fax **212-510-5320**

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

En persona ... En cualquiera de nuestros centros de Neighborhood Care

Si solicita una apelación al plan por teléfono, a menos que sea una apelación acelerada, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica al plan. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos 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 controlemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación al 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 a través de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado por la junta, o cumplir con los requisitos para ingresar a la junta, que trate a personas que necesitan el servicio que usted está solicitando.
2. Dos documentos médicos o científicos que corroboren que el servicio que está solicitando le sirve más y no le causará más daños que el servicio que el plan puede brindar de un proveedor participante.

Si su médico no envía esta información, igual evaluaremos su apelación al plan. Sin embargo, puede que no sea elegible para una apelación externa. *Consulte la sección Apelación externa más adelante en este manual.*

- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para proporcionar un servicio, puede solicitarnos que controlemos si es médicamente necesario que usted sea referido a un proveedor fuera de la red.

Tendrá que pedirle a su médico que envíe la siguiente 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.
2. Una recomendación para 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 cumplir con los requisitos para ingresar a la junta, que trate a personas que necesitan el servicio que usted está solicitando. Si su médico no envía esta información, igual evaluaremos su apelación al plan. Sin embargo, puede que no sea elegible para una apelación externa. *Consulte la sección Apelación externa más adelante en este manual.*

Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación al plan.

- Le enviaremos una copia gratuita de los historiales clínicos y cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación al 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 Enhanced Care al **855-283-2146** (TTY: **711**) si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.
- Las decisiones de apelaciones al plan acerca de asuntos clínicos estarán a cargo de profesionales del cuidado de la salud 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 al 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 Apelación externa 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 al plan

- **Apelaciones estándar al plan:** si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que solicitó su apelación al plan.
- **Apelaciones rápidas al plan:** si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelaciones rápidas al plan se tomarán en dos 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 al 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 ingresados al menos 24 horas antes de que abandonara el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de las 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.

Su apelación al plan será evaluada conforme al proceso acelerado si ocurre lo siguiente:

- Usted o su médico solicitan que se evalúe su apelación al plan conforme al 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 al plan se evaluará conforme al proceso estándar de evaluación.

- 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 ingresados al menos 24 horas antes de que abandonara el hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación al 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 dediquemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para darle a EmblemHealth Enhanced Care que ayudará a tomar una decisión para su caso. Puede hacer esto llamando al **855-283-2146** (TTY: **711**) o por escrito.

Usted o su representante pueden presentar una queja ante EmblemHealth Enhanced Care si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para evaluar su apelación al 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 al plan o no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las prórrogas, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.

Se revocará la denegación original y se aprobará su solicitud de autorización de servicio si no resolvemos su apelación al plan a tiempo y decimos que el servicio que solicita:

- No era médicamente necesario.
- Era experimental o estaba en fase de investigación.
- No era diferente de la atención que puede obtener en la red del plan.
- Estaba disponible de parte de un proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Apelaciones externas

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

- No era médicamente necesario.
- Era experimental o estaba en fase de investigación.

- No era diferente de la atención que puede obtener en la red del plan.
- Estaba disponible de parte 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 (NYS, por sus siglas en inglés) 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 NYS. Estos evaluadores son personas calificadas aprobadas por el NYS. 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 hacer una de las siguientes cosas:

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

Tiene **cuatro meses** después de recibir la determinación adversa definitiva de EmblemHealth Enhanced Care para solicitar una apelación externa. Si usted y EmblemHealth Enhanced Care acordaron omitir nuestro proceso de apelaciones, debe solicitar la apelación externa en un plazo de cuatro meses, 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 a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) 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 en **dfs.ny.gov**.
- Comuníquese con el plan de salud al **855-283-2146** (TTY: **711**).

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 a EmblemHealth Enhanced Care la decisión final en un plazo de dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida en los siguientes casos:

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

Esto se 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 ingresados al menos 24 horas antes de que deba abandonar el hospital, continuaremos pagando su estancia si cumple con lo siguiente:

- Solicita una apelación acelerada al plan dentro de las 24 horas **Y**
- Solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Seguiremos pagando su estancia hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación acelerada al 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 de inmediato a usted y al plan la decisión por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta donde se le informará la decisión.

Si solicita una apelación al 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 en los siguientes casos:

- No está conforme 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 Enhanced Care.
- No está conforme con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 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 quería recibir. Considera que la decisión del médico interrumpe o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante EmblemHealth Enhanced Care. Si estamos de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una determinación adversa definitiva, contará con 120 días calendario 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.
 - Denegar la atención que quería recibir.
 - Denegar el pago de la atención que recibió.

- No permitirle disputar un importe de copago, otro importe que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero debe solicitar una apelación al plan y recibir una determinación adversa definitiva. Tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación al 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 al plan y ya se agotó el tiempo que tenemos para tomar una decisión respecto de su apelación, incluida cualquier prórroga. Si no recibe una respuesta a su apelación al plan o no tomamos la 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 siguientes medios:

1. Por teléfono **800-342-3334**
2. Por fax..... **518-473-6735**
3. Por Internet..... **otda.state.ny.us/oah/forms.asp** (solo en inglés)
4. Por correo..... NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicite una audiencia imparcial sobre una decisión tomada por EmblemHealth Enhanced Care, 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 medida. Si no hay suficiente tiempo para enviárselo por correo, le entregaremos una copia del paquete de evidencia en la audiencia. Si no recibe el paquete de evidencia a más tardar en la semana anterior a la audiencia, puede llamar al **855-283-2146** (TTY: **711**) para pedirlo.

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

Proceso de queja

Quejas

Esperamos que nuestro plan de salud le brinde un buen servicio. Si tiene un problema, hable con su PCP, o llame o escriba a Servicios para 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 EmblemHealth Enhanced Care. 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 a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) 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 DHPKO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 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

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

Para presentar por teléfono, llame a Servicios para miembros al **855-283-2146** (TTY: **711**) 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 Servicios para miembros y solicitar un formulario de queja. Este debe 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 Enhanced Care al **855-283-2146** (TTY: **711**) si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.

Una o más personas calificadas evaluarán su queja. Si su queja incluye asuntos clínicos, uno o más profesionales del cuidado de la salud 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. 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. 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. Recibirá una carta para hacer un seguimiento de nuestra comunicación en tres días hábiles.
- Se le informará cómo apelar nuestra decisión si no está conforme 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, puede presentar una apelación de la queja ante EmblemHealth Enhanced Care.

Cómo presentar una apelación de queja

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene al menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación de queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de queja por usted.
- La apelación de queja se debe presentar por escrito. Si presenta una apelación de 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 devolvernos el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos su apelación de queja

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

- Quién está trabajando en su apelación de queja.
- Cómo comunicarse con esta persona.
- Si necesitamos más información.

Su apelación de 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 incluye 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 dos 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 conforme, 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**.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

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

- Ser atendido con respeto, independientemente del estado de salud, género, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de EmblemHealth Enhanced Care.
- Recibir información de su PCP sobre cualquier problema, lo que se puede hacer por usted y cuál será probablemente el resultado, en un idioma que usted entienda.
- 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.
- Obtener una copia de su historial clínico y hablar al respecto con su PCP, 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 Enhanced Care para resolver cualquier queja, o bien, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York o el Departamento local de Servicios Sociales en cualquier momento que considere que no recibió un trato justo.
- Usar el sistema de audiencia imparcial del NYS.
- 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, usted acepta lo siguiente:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona su sistema de atención médica.
- Escuchar el consejo de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar al consultorio de su PCP si no mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera recibir.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Llamar a Servicios para miembros.
- Cumplir con sus consultas. Si debe cancelar una consulta, llame lo antes posible.
- Usar la sala de emergencia solo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP 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 respeten sus preferencias.

- Primero, informe a su familia, amigos y a su médico qué tipo 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.
- En tercer lugar, lo mejor es poner sus pensamientos por escrito.

Poder para la atención médica

Un formulario de poder para la atención médica le permite nombrar a otro adulto de su confianza (normalmente un familiar o un amigo) para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas por sus propios medios. Debe hablar con la persona elegida para que conozca sus preferencias. Para obtener formularios de poder para la atención médica, hable con su proveedor o ingrese en **health.ny.gov/forms**.

Orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés)

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 informar sus preferencias por escrito. Su PCP incluirá una DNR en sus historiales clínicos. También puede obtener un formulario de DNR para llevar con usted o un brazalete para usar que le informará a cualquier proveedor médico de emergencia sobre sus preferencias.

Tarjeta de donante de órganos

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

Números de teléfono importantes

Su PCP	_____
Su sala de emergencia más cercana.....	_____
EmblemHealth Enhanced Care	
Servicios para miembros	855-283-2146
TTY de Servicios para miembros	711
Otras unidades	
Línea directa de enfermería	877-444-7988
Evaluación de utilización	855-283-2146
Departamento de Salud del estado de Nueva York (quejas).....	800-206-8125
Quejas ante la Oficina de Salud Mental (OMH) del estado de Nueva York.....	800-597-8481
Quejas ante la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS) del estado de Nueva York	518-473-3460
Defensor/a: Proyecto de acceso a la salud comunitaria para adicciones y atención de salud mental (CHAMP, por sus siglas en inglés)	888-614-5400
Casilla de correo (Ombuds@oasas.ny.gov)	
Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN).....	844-614-8800
Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York – Departamentos de Servicios Sociales del condado	718-557-1399
Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	516-227-7474
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk	
Este del condado de Suffolk.....	631-852-3710
Oeste del condado de Suffolk.....	631-853-8408
New York Medicaid Choice	800-505-5678
Línea directa para el VIH/SIDA del estado de Nueva York.....	800-541-AIDS (2437)
Español	800-233-SIDA (7432)
TDD	800-369-AIDS (2437)
Línea directa para el VIH/SIDA de la ciudad de Nueva York (inglés y español)	800-TALK-HIV (8255-448)
Programas de atención para personas con VIH sin seguro	800-542-AIDS (2437)
Retransmisión TDD, luego	518-459-0121
Child Health Plus (seguro de salud asequible o gratuito para niños)	800-698-4543
TTY	877-898-5849
Programa de Ayuda para Notificar a la Pareja.....	800-541-AIDS (2437)
En la ciudad de Nueva York (Programa de Ayuda para Notificación [CNAP, por sus siglas en inglés])	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, por sus siglas en inglés)	800-514-0301
TDD	800-514-0383
Farmacia local	_____
Otros proveedores de salud:.....	_____

Sitios web importantes

EmblemHealth Enhanced Care	emblemhealth.com
Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés)	
del estado de Nueva York:	health.ny.gov
Oficina de Salud Mental (OMH) del estado de Nueva York:	omh.ny.gov
Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS)	
del estado de Nueva York:	oasas.ny.gov
Información sobre el VIH/SIDA del DOH 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.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm
Directorio de recursos para las pruebas	
del VIH:	health.ny.gov/diseases/aids/consumers/testing/index.htm
Departamento de Salud e Higiene Mental (DOHMH, por sus siglas en inglés)	
de la ciudad de Nueva York:	nyc.gov/site/doh/index.page
Información sobre el VIH/SIDA del DOHMH de la ciudad	
de Nueva York:	nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page
Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN):	icannys.org





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.



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

El manual del miembro ha cambiado.

Servicios para niños basados en el hogar y la comunidad

El estado de Nueva York cubre los servicios para niños y niñas basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) en virtud de la exención para niños. EmblemHealth cubre los HCBS para niños para miembros que participan en la exención para niños y proporciona el control de la atención para estos servicios.

A partir del **1 de julio de 2024**, algunos HCBS para niños (modificaciones del entorno y en los vehículos y tecnologías de adaptación y asistencia) estarán cubiertos por el cargo por servicio de Medicaid. Si es elegible, podrá seguir recibiendo estos servicios, pero estos tres servicios serán establecidos por una Agencia de Control del Cuidado de la Salud en el Hogar (CMA, por sus siglas en inglés). Su administrador de atención ayudará a organizar estos servicios. EmblemHealth seguirá cubriendo otros HCBS, como el relevo y la habilitación comunitaria.

Los HCBS para niños ofrecen servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de cada niño y niña. Los HCBS se proporcionan donde los niños y las familias se sientan más cómodos y les apoyan en su esfuerzo por alcanzar metas y logros.

¿Quién puede acceder a los HCBS para niños?

Los HCBS están destinados a niños y jóvenes que cumplan lo siguiente:

- Necesiten atención y apoyo adicionales para permanecer en el hogar o en la comunidad.
- Tengan necesidades complejas de salud, desarrollo o salud conductual.
- Quieran evitar ir al hospital o a un centro de cuidados a largo plazo.
- Sean elegibles para recibir los HCBS y participen en la exención para niños.

Los miembros menores de 21 años recibirán los siguientes servicios a través de las Health Homes designadas:

- Modificaciones del entorno.
- Modificaciones en los vehículos.
- Tecnologías de adaptación y asistencia.

Los miembros menores de 21 años podrán seguir recibiendo estos servicios de su plan de salud utilizando su tarjeta del plan de salud:

- Habilitación comunitaria.
- Habilitación diaria.
- Servicios de apoyo y representación para cuidadores y familiares.
- Servicios prevocacionales: *deben tener 14 años o más.*
- Empleo con apoyo: *deben tener 14 años o más.*
- Servicios de relevo (relevo planificado y en situación de crisis).
- Cuidados paliativos.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles, 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

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

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.



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.

Anexo del Manual del miembro de Medicaid Managed Care 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. 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.

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

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

45-11948-25PD

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

Cobertura de Medicare

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

45-11948-25PD

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 (OTC, siglas en inglés) seleccionados, vitaminas con receta y supresores de la tos que no tengan cobertura de 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

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

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 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 determinación de una audiencia imparcial. La continuación de beneficios solo está disponible si

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

45-11948-25PD

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-SNP de Medicare Advantage. La parte de Enhanced Care 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.

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

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 de Medicaid Managed Care para el Programa integrado de beneficios para afiliados con doble elegibilidad (IB-Dual)
Servicio de atención al cliente: **877-344-7364** (TTY: **711**)

45-11948-25PD

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.

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.