



Plan Bienestar Personal

Manual para miembros



Este manual le indicará cómo utilizar su plan de Healthfirst.
Guárdelo donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. Healthfirst no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a **Healthfirst** al **1-855-659-5971**. Para los servicios TTY, llame al 1-888-867-4132.

Si cree que **Healthfirst** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro equipo de **Coordinación de Derechos Civiles**:

- **Por correo:** Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY 10007
- **Número de teléfono:** 1-855-659-5971 (para servicios de TTY, llame al 1-888-867-4132)
- **Fax:** 1-212-801-3250
- **En persona:** 100 Church Street, New York, NY 10007
- **Internet:** comuníquese con Healthfirst a través de nuestro sitio web al enviar una consulta o queja formal a healthfirst.org/members/contact/

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

■ **Internet:** Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

■ **Por correo:** Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
200 Independence Ave SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html

■ **Número de teléfono:** 1-800-368-1019
(TTY 1-800-537-7697)

Este manual también está disponible en inglés y chino.

This handbook is available in English.

本手冊可用西班牙文與中文提供。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-260-1010 (TTY 1-888-542-3821).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 11-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-659-5971 (TTY 1-888-542-3821). 번으로 전화해 주십시오.

Bienvenido al seguro médico que está a su lado

Gracias por elegir Healthfirst. Estamos a su lado para brindarle una amplia variedad de cuidados y servicios que se adapten a sus necesidades y a su presupuesto, incluida nuestra gran red de médicos y especialistas en muchos de los hospitales y centros médicos más prestigiosos de la ciudad de Nueva York y de Long Island. También ofrecemos centros de atención de urgencia dentro de la red para brindarle una comodidad adicional. Asimismo, los eventos de bienestar de nuestra comunidad están diseñados para miembros como usted. ¿Necesita respuestas para sus preguntas sobre salud? Healthfirst está a su lado prácticamente a través cualquier medio: en línea, personalmente y por teléfono.

¿Sabía que el plan de Healthfirst también es el único plan de Medicaid con calificación de 5 estrellas (cinco de cinco) en la ciudad de Nueva York y Long Island durante cuatro años seguidos? * Mientras más estrellas tenga, mejor es el desempeño del plan. De esta manera, puede confiar en que Healthfirst le dé acceso a cuidados y servicios de calidad.

Este Manual para miembros le brinda información importante, incluidos los beneficios, las herramientas en línea y más, para ayudarlo a conocer su nuevo plan de salud. También incluimos el siguiente material para miembros en su **Paquete de Bienvenida**:

- **Lista de medicamentos de referencia rápida:**
Se trata de una lista de los medicamentos recetados más comunes cubiertos por su plan.

¿Busca un médico en la red de Healthfirst?

Consulte nuestro Directorio de Proveedores. Visite **MyHFNY.org** para verlo en línea o llame a Servicios a los Miembros para que le envíen una copia, o regrese la tarjeta adjunta en el sobre con franqueo postal pagado a la siguiente dirección: Healthfirst Provider Directory, P.O. Box 5165, New York, NY 10275-0308.

¿Está listo para comenzar?

Siga leyendo para obtener más información sobre sus beneficios y su plan de salud. Existen dos formas de registrar su cuenta segura de Healthfirst y obtener la información que necesita, incluida una lista completa de los beneficios del plan y la cobertura:

- Visite **MyHFNY.org** desde su computadora o teléfono inteligente.
- Para obtener asistencia, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

IMPORTANTE:

Debe renovar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst cada año para mantener su cobertura de salud. Anote la fecha de inicio de su plan y recuerde renovar con Healthfirst cerca de la misma fecha el siguiente año.

*Las calificaciones se basan en una escala de cinco estrellas de indicadores elegidos por el Departamento de Salud del estado de Nueva York y publicados en sus publicaciones durante 2014 y 2017 de *A Consumer's Guide to Medicaid Managed Care in NYC and on Long Island* (Guía del Consumidor del Plan de Atención Administrada de Medicaid en Nueva York y Long Island).

Comencemos

Como miembro nuevo de Healthfirst, ya debe haber recibido lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro con la asignación de un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).** Lo identifica a usted como miembro de Healthfirst y muestra el PCP asignado a usted. Desde luego, puede elegir cambiar a otro médico de la red de Healthfirst en cualquier momento. Esta tarjeta le ayuda a recibir cuidados en consultorios médicos, consultorios de especialistas, centros de atención de urgencia, hospitales y farmacias dentro de la red de Healthfirst. Llévela con usted en todo momento. Si aún no la ha recibido, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**.

Qué puede hacer durante los próximos 30 días para ayudarle a aprovechar al máximo su plan de salud de Healthfirst:

- Programe su primer chequeo anual** con su PCP. Acuda a una cita con su PCP para realizarse su chequeo anual gratuito.
- Elija un dentista*** llamando al **1-800-508-2047** y programe una cita para el chequeo dental y las limpiezas anuales gratuitas.
- Elija un oculista**** llamando al **1-800-753-3311** y programe una cita para un chequeo de la vista anual gratuito.
- Visite **MyHFNY.org** para crear su propia cuenta segura de Healthfirst. Para conocer los pasos para crear una cuenta, consulte la página V. O bien, llame a Servicios a los Miembros y crearemos una cuenta en línea por usted.
- Complete su **Evaluación de salud anual**. Es una encuesta simple que nos ayuda a conocer mejor sus necesidades médicas. Recibirá la encuesta por correo en un plazo de dos a tres semanas o puede completarla en línea en **MyHFNY.org**.
- Decida si desea cambiar el PCP que le fue asignado por otro médico dentro de la red de Healthfirst. Visite **HFDocFinder.org** para buscar médicos en nuestra red y vaya a **MyHFNY.org** para actualizar su PCP usted mismo, o llame a Servicios a los Miembros para hacer el cambio.
- Llame e inscribese en un **hogar de salud** para que le ayudemos a coordinar sus servicios de cuidado de salud. Para obtener más información, consulte la página III.
- Encuentre una oficina local de Healthfirst** cercana para obtener respuestas a sus preguntas sobre el seguro médico en persona. ¿Se siente más cómodo hablando en otro idioma que no sea el español? Está bien. Nuestros representantes del Departamento de Servicios a los Miembros hablan muchos idiomas.

*Los beneficios de cuidados dentales son administrados por DentaQuest.

**Los beneficios de cuidado de la visión son administrados por Davis Vision.

¿Qué debería saber sobre mi plan de salud?

Su Plan Bienestar Personal de Healthfirst ofrece acceso a beneficios de salud, incluidos:



Servicios de cuidado primario con un PCP (o médico principal) para la mayoría de las necesidades de cuidado de salud, como chequeos y exámenes de detección de salud. Consulte la página IV para obtener más detalles.



Servicios de especialistas con personal médico o de enfermería que se especializa en tratar ciertas enfermedades, como hipertensión, diabetes, asma y artritis.



Atención de urgencia y visitas a la sala de emergencias.



Servicios hospitalarios con cuidado para pacientes internos (se requiere una estadía de una noche o más) y pacientes ambulatorios (no se requiere estadía de una noche).



Cuidado dental con tratamiento dental integral.



Cuidado de la visión con exámenes de la vista de rutina y anteojos.



Planificación familiar que ayuda a administrar el intervalo entre los embarazos.



Cuidado de maternidad y embarazo que incluye visitas al médico antes y después de que el bebé nazca, además de las hospitalizaciones. El bebé también quedará inscrito automáticamente en Medicaid.



Consultas de niño sano que cubren las inmunizaciones.



Beneficios de farmacia que cubren los medicamentos recetados y los medicamentos sin receta.



Exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes (incluidos los análisis de sangre y las radiografías) para detectar la causa de una enfermedad.



Transporte para que pueda llegar a las citas médicas.

¿De qué otra manera me ayuda Healthfirst a mantenerme saludable?

Administración de cuidados en hogares de salud

Le recomendamos inscribirse en un hogar de salud para coordinar mejor sus servicios de salud. Se le asignará un administrador de cuidados en hogares de salud que puede ayudarle a programar citas, obtener servicios sociales, establecer un plan de cuidado diseñado para usted y más. Una persona de su hogar de salud estará disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **1-855-659-5971** para obtener más información.

Servicios de salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad (BH-HCBS, por sus siglas en inglés)

Estos servicios le proporcionan respaldo para vivir en su comunidad. También pueden ayudarle a conseguir un trabajo, volver a estudiar, encontrar un lugar seguro de estadía, apoyo familiar y otras áreas de su vida. Deberá completar una evaluación breve con un administrador de cuidados en hogares de salud o un coordinador de recuperación para verificar si puede beneficiarse de estos servicios. Llámenos al **1-855-659-5971** para obtener más información.

Acceso a muchos tipos de cuidados

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst brinda acceso a diferentes tipos de cuidados. Si no está seguro de adónde debe ir para recibir cuidado de salud, esta es una guía general:

- Para el cuidado primario, como chequeos y vacunas, debe consultar a su PCP (médico principal).
- Para el cuidado de especialidad, como el cuidado de la piel o el cuidado de los pies, debe consultar a un especialista.
- Cuando el PCP no esté disponible y exista un problema de salud inmediato pero que no ponga en peligro la vida, debe ir a un centro de atención de urgencia.

Cuidado primario

Su PCP es el médico que usted consulta para atender sus necesidades de cuidado de salud. Su PCP puede ser un médico general, un ginecólogo/obstetra o (en algunos casos) un especialista.

Cuidado de especialidad

Como miembro de Healthfirst, usted no necesita remisiones de su PCP para consultar a especialistas dentro de la red. Sin embargo, se recomienda que hable con su PCP antes de acudir a un especialista. Este puede guiarlo hacia el cuidado de especialidad más adecuado para su inquietud de salud específica y también recomendarle especialistas.

Importante: ya sea que necesite acceso a servicios médicos preventivos (como una vacuna contra la gripe) o a cuidados en un centro de atención de urgencia, puede confiar en que su plan de seguro médico de Healthfirst estará allí para ayudarle.

Asegúrese de que el médico, los especialistas, el centro de atención de urgencia, el hospital o el laboratorio estén dentro de la red antes de programar una cita. Esto le permitirá evitar costos sorpresa cuando necesite recibir cuidado. ¿Por qué? Porque la cobertura del plan no incluye beneficios fuera de la red (excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia, diálisis renal fuera de la red u otros servicios).

Para obtener una lista completa de todos los servicios médicos cubiertos, consulte las páginas 9 a 15. También puede llamar a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** o visite **MyHFNY.org**. Una vez que ingrese allí, inscribese en su cuenta segura de Healthfirst para ver los detalles de su plan. Nuestro sitio web es compatible con teléfonos celulares para que usted pueda acceder a su cuenta en línea desde su teléfono inteligente o desde cualquier dispositivo móvil.

Atención de urgencia

Al tener acceso a una red sólida de centros de atención de urgencia, puede recibir cuidado inmediato que no sea de emergencia en caso de que el consultorio de su médico esté cerrado. Esto puede ayudarle a ahorrar en tiempo y dinero. Los centros de atención de urgencia son centros médicos en los que no necesita cita previa, que están equipados para tratar problemas de salud menores como infecciones, malestar estomacal, fiebre, esguinces, fracturas menores y huesos quebrados, puntos, radiografías y más.

Visite **HFDocFinder.org** para encontrar un centro de atención de urgencia cercano.

Cuidado de emergencia

Si tiene una emergencia, llame siempre al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana, sobre todo si cree que esperar empeorará su condición. Entre las emergencias se incluyen sangrado incontrolable, dolor de pecho, envenenamiento y reacción alérgica grave.

¿Sabía usted esto? No necesita una autorización previa si necesita atención de emergencia de inmediato. Sin embargo, llame a Healthfirst en un plazo de 48 horas para informarnos que ha sido tratado en una sala de emergencias.

¿Qué tipos de herramientas en línea están disponibles?

Ya sea que desee encontrar un médico, ver o imprimir una tarjeta de identificación de miembro provisional u obtener información sobre todos sus beneficios del plan, puede hacerlo con facilidad en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con su computadora, tableta o hasta su teléfono inteligente. Nuestro sitio web está disponible en español, inglés y chino.

Active hoy su cuenta segura de Healthfirst. Siga los pasos a continuación:

Paso 1

- Visite **MyHFNY.org**.
- Haga clic en "Nuevo usuario -- Inscríbese" (New Users -- Sign Up).
- Lea el Acuerdo de Licencia (License Agreement) y haga clic en "Estoy de acuerdo" (Agree).

Paso 2

- Complete su información personal, que incluye su número de identificación de miembro de Healthfirst. Haga clic en "Siguiente" (Next).
- Cree su usuario, contraseña e ingrese su dirección de correo electrónico. Haga clic en "Siguiente" (Next).

Paso 3

- Elija sus preguntas de seguridad y complete sus respuestas. Haga clic en "Siguiente" (Next).
- Verifique su información. Haga clic en "Finalizar" (Complete).

¡Y listo!

Disfrute del acceso en línea a su cuenta segura de Healthfirst las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- Busque un médico, una farmacia, un centro de atención de urgencia o una clínica dentro de nuestra red.
- Imprima una tarjeta provisional de identificación de miembro.
- Vea sus servicios médicos y autorizaciones recientes.
- Revise los beneficios de su plan.
- Cambie de PCP.
- Responda una encuesta de Evaluación de salud anual en línea.
- Acceda a los beneficios de farmacia.
- Consulte una lista completa de medicamentos recetados cubiertos por su plan.

Si es miembro y tiene menos de 18 años, llame a Servicios a los Miembros para recibir instrucciones especiales sobre cómo configurar su cuenta segura de Healthfirst.

¿Tiene dificultades para navegar por el sitio?

Siempre puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar asistencia. Con gusto le ayudaremos a crear su cuenta en línea y con todo lo que necesite.

¿Necesita un nuevo médico o desea saber si su médico actual pertenece a nuestra red?

Use el directorio de proveedores en línea fácil de usar para obtener la información que necesita (incluidos los horarios de atención, los lugares y la afiliación a hospitales).

Visite **HFDocFinder.org** y seleccione su plan de salud de Healthfirst para acceder a nuestro directorio. Además de encontrar Proveedores de cuidado primario (PCP) en nuestra red, también puede buscar especialistas, dentistas, farmacias, proveedores de salud del comportamiento, hospitales, centros de atención de urgencia y más.

Paso 1

- Visite **HFDocFinder.org**.
- Seleccione el idioma en la esquina superior derecha (disponible en inglés y español).
- Seleccione su plan en la lista de opciones: Plan Bienestar Personal de Healthfirst (Healthfirst Personal Wellness Plan).

Paso 2

- Use el casillero de búsqueda para encontrar un médico por nombre, especialidad, centro y más, o haga clic en los accesos directos para buscar por categoría.

Paso 3

Para reducir la lista de resultados, usted puede hacer lo siguiente:

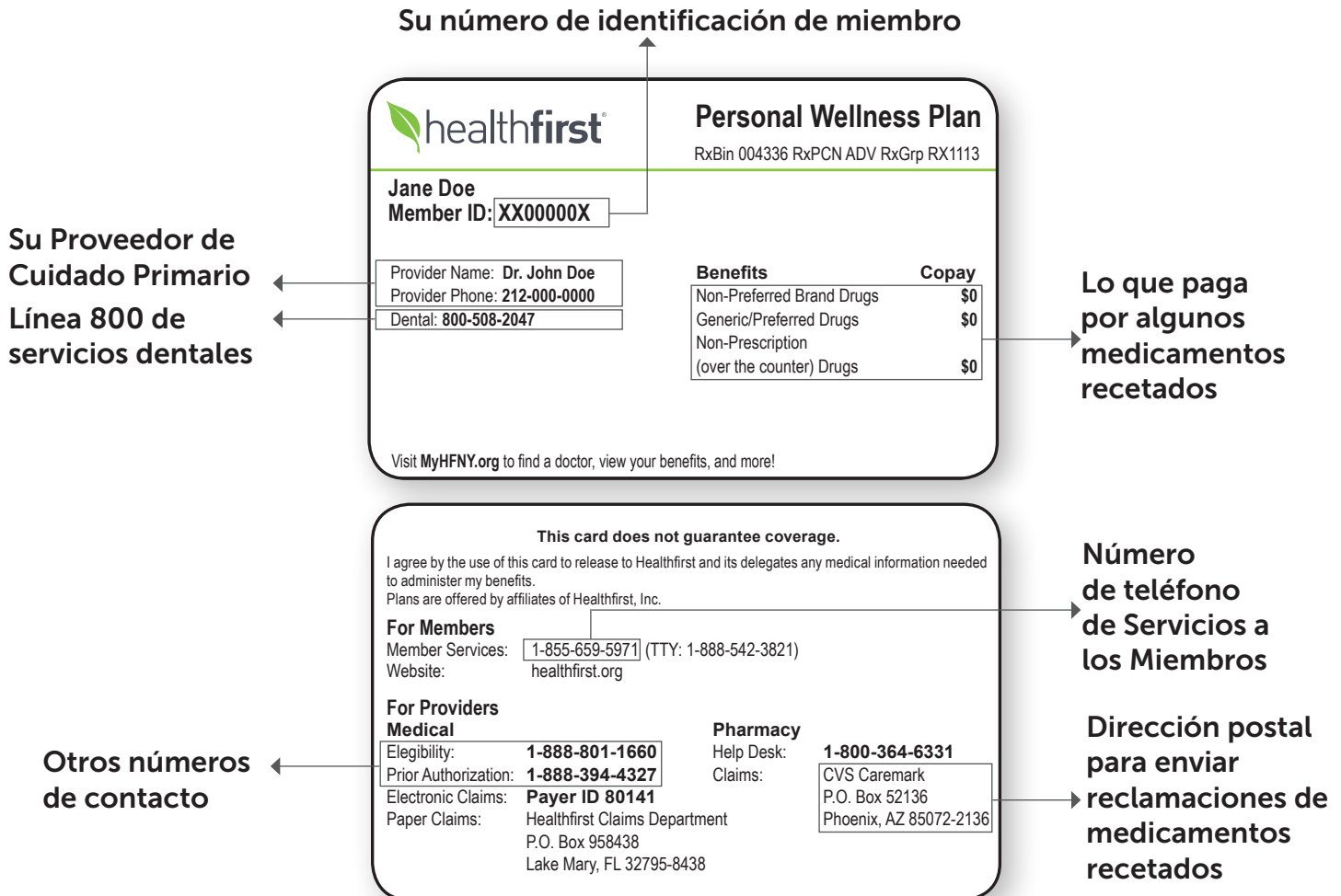
- Ingresar su código postal para encontrar el médico que se encuentre más cerca.
- Seleccionar una especialidad.
- Seleccionar médicos que aceptan pacientes nuevos.
- Seleccionar el género que prefiera, o
- Seleccionar otras opciones de búsqueda.

Administre los medicamentos recetados de manera conveniente y práctica en línea.

Registre su cuenta en **caremark.com** para pedir surtidos nuevos, recibir alertas de recetas, controlar el estado del pedido, pedir que se le envíen los medicamentos a su casa de manera más rápida y más.

¿Qué información figura en mi tarjeta de identificación de miembro?

Recuerde tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst, de modo que pueda tener acceso al cuidado cuando lo necesite. Asegúrese de presentarla para recibir servicios de cuidado de salud por parte de un médico o de un hospital, o para obtener una receta. **Si todavía no recibió su tarjeta por correo, llame a Servicios a los Miembros.**



¿Qué sucede si pierdo mi tarjeta de identificación de miembro?

No se preocupe. Sigue teniendo cobertura. Hemos facilitado el proceso de reemplazo de la tarjeta de identificación de miembro para que usted reciba una nueva lo antes posible:

1. La forma más rápida es ingresar en línea en **MyHFNY.org** (su cuenta segura de Healthfirst) y solicitar una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo (vaya a la página V para obtener más información).
2. Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Imprima una tarjeta de identificación temporal

Si necesita consultar a un médico antes de recibir la tarjeta de identificación de reemplazo, visite **MyHFNY.org** para imprimir una tarjeta temporal o recuperar una imagen de su tarjeta de identificación de miembro en su teléfono inteligente o tableta.

También puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros y allí podrán indicarle qué información debe proporcionarle a su médico.

IMPORTANTE: Asegúrese que tengamos en nuestro sistema su dirección postal correcta. Si no es así, llame a Servicios a los Miembros o comuníquese con el NY State of Health para actualizar su información.

Preguntas frecuentes sobre cómo renovar su Plan de Atención Administrada de Medicaid

Su Plan Bienestar Personal de Healthfirst es un tipo de Plan de Atención Administrada de Medicaid, por lo que deberá renovarlo cada año. La forma más fácil de renovar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst es llamarnos al **1-844-201-8346**; por lo tanto, comuníquese con nosotros cuando sea el momento de renovar su cobertura. Puede programar una cita por teléfono, visitarnos en una de nuestras oficinas locales o programar una visita en el hogar conveniente e iremos a su casa. Aquí hay algunas respuestas a las preguntas frecuentes sobre cómo renovar la cobertura de Medicaid:

¿Necesito renovar mi Plan de Atención Administrada de Medicaid?

Sí. Por lo general, la cobertura del Plan de Atención Administrada de Medicaid vence **un año después de la inscripción** y debe renovar su plan de salud todos los años.

¿Recibiré una notificación antes de que venza la cobertura?

Recibirá un aviso del NY State of Health (NYSOH, por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Servicios Sociales local (Local Department of Social Services, LDSS por sus siglas en inglés) antes de la fecha de aniversario. Asegúrese de abrir y leer el aviso para obtener todos los detalles sobre cómo renovar su plan de seguro médico. La forma más fácil de hacer la renovación es llamarnos al **1-844-201-8346** o ir a una de nuestras oficinas locales. **La cobertura se cancelará si no la renueva antes de la fecha solicitada.**

Importante: si se muda, comuníquese con Healthfirst y con LDSS/HRA/NYSOH para actualizar su dirección de correo postal. Si se devuelve algún envío por correo porque no se pudo entregar, su cobertura de salud se cancelará automáticamente.

¿Cuándo debo renovar mi Plan de Atención Administrada de Medicaid?

Es importante que renueve su cobertura de Medicaid una vez que inicie el período de renovación. Debe recibir una carta de NYSOH, HRA o LDSS en un plazo de aproximadamente 60 a 90 días antes de la fecha de renovación, o puede recibir un correo electrónico de NYSOH aproximadamente 45 días antes de su fecha de renovación. **Solo siga las instrucciones en el aviso recordatorio. Si no recibe un aviso recordatorio, llámenos y le ayudaremos.**

¿Cómo renuevo mi Plan de Atención Administrada de Medicaid?

La forma más fácil de renovar el Plan de Atención Administrada de Medicaid es llamarnos al **1-844-201-8346** cuando sea el momento de renovar su cobertura. También puede seguir cuidadosamente las instrucciones en su carta de notificación y hacerlo usted mismo.

Si originalmente se inscribió mediante el sitio web o mercado de NY State of Health, puede renovar su cobertura a través de su sitio web.

Si originalmente se inscribió mediante una solicitud impresa, es posible que se le pida que realice la renovación con una solicitud impresa o a través del sitio web de NY State of Health.

¿Qué sucede si no realiza la renovación?

La cobertura de Medicaid **vencerá** y usted se quedará sin seguro médico. Si usted se enferma o lesiona, no tendrá cobertura de salud, incluso en caso de una emergencia, y deberá pagar cualquier cuidado recibido.

Aquí podrá encontrar la información que usted desea

Bienvenido al Plan Bienestar Personal de Healthfirst

Cómo funcionan los Planes de Salud y Recuperación	2	Ayuda de Servicios a los Miembros	3
Cómo utilizar este manual	3	Su tarjeta de identificación de miembro	4

PARTE I

Lo primero que debe saber

Cómo elegir a su PCP	4	Emergencias	10
Cómo obtener cuidado de salud regular	6	Atención de urgencia	11
Cómo obtener cuidado de especialidad	8	Deseamos mantenerlo sano	11
Obtenga estos servicios de nuestro plan sin una remisión	8		

PARTE II

Sus beneficios y procedimientos del plan

Beneficios	11	Desafiliación y transferencias	22
Servicios cubiertos por nuestro plan	11	1. Si desea abandonar el plan	22
Beneficios que puede obtener de nuestro plan o con su tarjeta de Medicaid	16	2. Podría dejar de ser elegible para la Atención Administrada de Medicaid	22
Beneficios exclusivos de su tarjeta de Medicaid	17	3. Podemos solicitarle que abandone el plan	22
Servicios no cubiertos	17	Apelaciones al plan	23
Autorización de servicios	18	Apelaciones externas	26
Autorización previa y plazos	18	Audiencias imparciales	27
Otras decisiones sobre su cuidado	20	Proceso de quejas	28
Cómo se les paga a nuestros proveedores	20	Cómo presentar una queja ante nuestro plan	28
Usted puede ayudar con las políticas del plan	21	Qué sucede después	29
Información de Servicios a los Miembros	21	Apelaciones de quejas	29
Manténganos informados	21	Derechos y obligaciones del miembro	30
		Directrices anticipadas	31
		Aviso de privacidad	32

Bienvenido al Plan Bienestar Personal de Healthfirst

Nos complace que se haya inscrito en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst es un Plan de Salud y Recuperación (HARP, por sus siglas en inglés) aprobado por el estado de Nueva York. Los HARP son un nuevo tipo de plan que les proporciona cuidado de salud a los miembros de Medicaid, además de cuidado para la salud del comportamiento. En este manual, salud del comportamiento significa salud mental, trastorno por abuso de sustancias y rehabilitación.

Somos un plan de cuidado de salud especial con proveedores que tienen mucha experiencia en el tratamiento de personas que pueden necesitar cuidado de salud mental o cuidado por abuso de sustancias para mantenerse saludables. También proporcionamos servicios de administración de cuidados para ayudarle a usted y a su equipo de cuidado de salud a trabajar juntos para mantenerlo lo más saludable posible.

Este manual será su guía para la amplia gama de servicios de cuidado de salud a su disposición.

Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. A fin de conocerlo mejor, nos comunicaremos con usted en las próximas dos semanas. Puede hacernos todas las preguntas que desee u obtener ayuda para programar citas. Si desea hablar con nosotros antes, llame al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), **las 24 horas del día, los 7 días de la semana**. También puede visitar nuestro sitio web en **healthfirst.org** para obtener más información sobre el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

Cómo funcionan los Planes de Salud y Recuperación

El plan, nuestros proveedores y usted

Puede haber visto o escuchado hablar acerca de los cambios en el cuidado de salud. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud

a través del cuidado administrado, que proporciona un lugar central para su cuidado. Si obtenía los servicios de salud del comportamiento con su tarjeta de Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles mediante el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

Como miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, tendrá todos los beneficios disponibles en la cobertura regular de Medicaid, además puede obtener servicios de especialidad para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud. Ofrecemos servicios extendidos para ayudarle a que esté y se mantenga saludable, y ayudarle con su recuperación.

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst ofrece servicios nuevos, llamados **Servicios de salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad (BH-HCBS)**, a los miembros que califican.

Los BH-HCBS pueden ayudarle a lo siguiente:

- Encontrar vivienda.
- Vivir independientemente.
- Volver a estudiar.
- Encontrar empleo.
- Obtener ayuda de personas que han estado allí.
- Controlar el estrés.
- Impedir crisis.

Como miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, también tendrá un administrador de cuidados en hogares de salud que trabajará con todos sus proveedores de salud física y del comportamiento para prestar especial atención a todas sus necesidades de cuidado de salud. El administrador de cuidados en hogares de salud le ayudará a asegurarse de recibir los servicios médicos, de salud del comportamiento y sociales que pueda necesitar, como ayuda para obtener vivienda y asistencia para alimentos.

Es posible que utilice su tarjeta de Medicaid para obtener un servicio de salud del comportamiento que ahora se encuentra disponible a través del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Para saber si un servicio que ya recibe ahora es proporcionado por el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

- Usted y su equipo de cuidado de salud trabajarán juntos para garantizar que disfrute de la mejor salud física y emocional posible. Puede obtener servicios especiales para una vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.
- El Plan Bienestar Personal de Healthfirst tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York para satisfacer las necesidades de cuidado de salud de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de cuidado de salud, salud mental y apoyo para los casos de abuso de sustancias para que nos ayude a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otros centros de cuidado de salud componen nuestra red de proveedores. Encontrará una lista de estos en nuestro Directorio de Proveedores. Si no tiene un Directorio de Proveedores, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener una copia o visite nuestro sitio web en **HDdocFinder.org**.
- Cuando se inscribe en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, uno de nuestros proveedores se encargará de usted. La mayor parte del tiempo, esa persona será su proveedor de cuidado primario (PCP). Es posible que desee elegir un PCP de su clínica de salud mental o apoyo por abuso de sustancias. Si necesita realizarse un examen, consultar a otro especialista o ir al hospital, su PCP hará los arreglos necesarios.
- Su Proveedor de cuidado primario se encuentra disponible todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP luego del horario de atención o durante los fines de semana, déjele un mensaje e indique cómo puede comunicarse con usted. Este se pondrá en contacto con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de servicios de cuidado de salud, en algunos casos, usted puede "autorreferirse" a ciertos médicos para obtener algunos servicios.
- Es posible que se le restrinjan ciertos proveedores del plan si ocurre lo siguiente:
 - Recibe cuidado de varios médicos por el mismo problema.
 - Recibe cuidado médico con más frecuencia que lo necesario.
 - Utiliza medicamentos recetados de una manera que puede ser peligrosa para su salud.

- Permite que otras personas utilicen su tarjeta de identificación del plan.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst reconoce la confianza que se necesita entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de cuidado. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst nunca divulgará sus antecedentes médicos o de salud del comportamiento sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, su proveedor de cuidado primario, su administrador de cuidados en hogares de salud, otros proveedores que le brindan cuidado y su representante autorizado. El personal del Plan Bienestar Personal de Healthfirst está capacitado para mantener una estricta confidencialidad sobre el miembro.

Cómo utilizar este manual

- Ese manual le permitirá saber cómo funcionará su nuevo plan de cuidado de salud y cómo puede obtener el máximo provecho del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para hacer que el plan funcione para usted.
- Las primeras páginas le indicarán lo que debe saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o consúltelo de a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestros representantes de Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de ayuda de New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678**.

Ayuda de Servicios a los Miembros

Si está en crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, Servicios a los Miembros está a su disposición para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132).

- Puede llamar a Servicios a los Miembros para recibir ayuda **en cualquier momento que desee hacer una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario

(PCP), para preguntar acerca de los beneficios y los servicios, para obtener ayuda con las remisiones, para reemplazar su tarjeta de identificación perdida, para informar su embarazo o el nacimiento de un nuevo bebé o para preguntar acerca de cualquier cambio que pudiera afectar sus beneficios.

- **Si usted no habla inglés**, podemos ayudarle. Queremos que sepa utilizar su plan de cuidado de salud, independientemente del idioma que hable. Simplemente, llámenos y buscaremos la forma de hablar en su idioma. Tenemos traductores en el personal. También le ayudaremos a encontrar un PCP (proveedor de cuidado primario) que pueda atenderlo en su idioma.
- **Para las personas con discapacidades:** si utiliza una silla de ruedas, si tiene impedimentos de la vista o si tiene problemas para escuchar o entender, llámenos para obtener ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para silla de ruedas o cuenta con dispositivos de comunicación especiales. Además, disponemos de los siguientes servicios:
 - Servicio TTY: 1-888-867-4132.
 - Información en letra grande.
 - Administración de casos.
 - Ayuda para programar citas o para llegar a ellas.
 - Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad.
- **Si usted recibe cuidados en su hogar en este momento**, es posible que el(la) enfermero(a) o asistente no sepa si se inscribió en el plan. Llámenos de inmediato para asegurarse de que los cuidados en el hogar no se suspendan de forma inesperada.

Su tarjeta de identificación de miembro

Luego de inscribirse, le enviaremos una **carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst debe llegar dentro de los 14 días después de su fecha de inscripción. El nombre y el número de teléfono de su Proveedor de cuidado primario (PCP) figuran en su tarjeta. También figurará su número de identificación de cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si en su tarjeta de identificación del

Plan Bienestar Personal de Healthfirst hay alguna información incorrecta, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no indica que usted tiene Medicaid o que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst es un tipo especial del plan de salud.

Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención. Si necesita algún cuidado antes de recibir la tarjeta, su carta de bienvenida es prueba de que usted es miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Usted debe mantener su tarjeta de beneficios de Medicaid para recibir servicios que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst no cubra.

Parte I: Lo primero que debe saber

Cómo elegir su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Es posible que ya haya elegido a su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP lo atenderá como su médico regular. Esta persona podría ser un miembro del personal médico o un(a) enfermero(a) especializado(a). Si aún no ha elegido un PCP, llame a Servicios a los Miembros. **Si no ha elegido a un PCP, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico dentro de los 30 días, nosotros elegiremos uno por usted. Servicios a los Miembros de Healthfirst puede verificar si usted ya tiene un PCP o puede ayudarle a elegir uno. **Puede elegir un PCP en su clínica de salud del comportamiento.** Puede llamar a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Para acceder al nuestro Directorio de Proveedores en línea, visite **HFDocFinder.org**. Para solicitar una copia impresa, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**. El directorio enumera todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros proveedores que trabajan con Healthfirst. numera la dirección, el teléfono, la especialidad de los médicos e indicará qué médicos aceptan pacientes nuevos. También puede obtener una lista de proveedores en nuestro sitio web al activar su cuenta segura de Healthfirst en **MyHFNY.org**.
- Con este manual, usted debería tener una tarjeta del directorio de proveedores que describe las

maneras en que puede buscar un proveedor de Healthfirst que acepte el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Es posible que usted desee encontrar un médico:

- Que haya visto antes,
 - Que comprenda sus problemas de salud,
 - Que acepte pacientes nuevos,
 - Que pueda atenderlo en su idioma, o
 - A quien sea fácil acceder.
- Para problemas de salud de la mujer, puede acceder a un especialista en obstetricia/ ginecología sin una remisión de un PCP. Un obstetra/ginecológico proporciona chequeos de rutina, cuidado de seguimiento si hay un problema y cuidado regular durante el embarazo.
 - Los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés) proporcionan cuidado primario y de especialidad. Tiene la opción de consultar un PCP en uno de los FQHC contratados por Healthfirst. Para obtener una lista de los FQHC en su área, visite **HFDocFinder.org** o llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**.
 - En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Existen cuatro casos en los que usted aún puede consultar a otro proveedor que tenía antes de inscribirse en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con Healthfirst. Puede continuar las consultas con su proveedor en los siguientes casos:
 - Usted tiene más de tres meses de embarazo cuando se inscribe en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst y recibe atención prenatal. En ese caso, puede mantener a su médico hasta después del parto y durante el cuidado postparto.
 - Si en el momento en que se inscribe en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, usted tiene una enfermedad o afección que pone en peligro la vida y que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar mantener su proveedor durante un plazo de 60 días.
 - En el momento en que se inscribe en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, recibe tratamiento por una afección de salud del comportamiento. En ese caso, puede solicitar mantener a su proveedor en un tratamiento durante un período de hasta dos años.
 - En el momento en que se inscribe en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst, Medicaid regular paga los cuidados en el hogar y usted debe seguir recibiendo ese cuidado durante al menos 120 días. En ese caso, puede mantener la misma agencia de servicios de cuidado en el hogar, enfermero(a) o asistente, y la misma cantidad de cuidados en el hogar, durante al menos 90 días. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst debe informarle sobre cualquier cambio en los cuidados en el hogar antes de que esos cambios entren en vigencia.
 - Puede cambiar su PCP durante los primeros 30 días después de su primera cita con su PCP. De allí en adelante, puede cambiarlo sin ningún motivo o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra/ ginecólogo o un especialista a quien su PCP le haya remitido.
 - Si le corresponde alguna de estas condiciones, consulte a su PCP o llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Si su proveedor abandona la red de Healthfirst, le notificaremos en el plazo de 15 días de que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst sepa la noticia. Puede continuar con ese proveedor si tiene más de tres meses de embarazo o si recibe un tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede seguir visitando a su médico hasta 60 días después del parto. Si visita a un médico en forma regular por una afección continua, puede seguir con su ciclo de tratamiento actual durante un período de hasta 90 días. Su médico deberá aceptar trabajar con el plan durante este período.

Si alguna de estas condiciones se aplica a su caso, consulte a su PCP o llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**.

Administración de cuidados en hogares de salud

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst es responsable de proporcionar y coordinar su cuidado de salud física y sus servicios de salud del comportamiento. Usamos hogares de salud para coordinar servicios para nuestros miembros. Es su elección si desea inscribirse en hogar de salud, y le recomendamos que se inscriba en uno para su administración de cuidados.

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst puede ayudarle a inscribirse en un hogar de salud que le asignará un administrador de cuidados en hogares de salud personal. Su administrador de cuidados en hogares de salud puede ayudarle a programar citas, a obtener servicios sociales y a mantener un seguimiento de su progreso.

Su hogar de salud es responsable de brindarle una evaluación para ver qué servicios de salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad puede necesitar. Con la evaluación, usted y su administrador de cuidados en hogares de salud trabajarán juntos para elaborar un plan de cuidado diseñado especialmente para usted.

Su administrador de cuidados en hogares de salud puede hacer lo siguiente:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar todo su cuidado de salud física y del comportamiento;
- Trabajar con las personas de su confianza, como miembros de su familia o amigos, para ayudarle a planificar y recibir su cuidado;
- Respalda la obtención de servicios sociales, como el Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP por sus siglas en inglés) (cupones de alimentos) y otros beneficios de servicios sociales;
- Desarrollar un plan de cuidado con usted que le ayude a identificar sus necesidades y objetivos;
- Ayudar con las citas con su PCP y otros proveedores;
- Ayudar a tratar los problemas médicos continuos, como diabetes, asma e hipertensión;
- Ayudarle a encontrar servicios que le ayuden con la pérdida de peso, la alimentación saludable y la ejercitación, y para dejar de fumar;
- Apoyarlo durante el tratamiento;
- Identificar los recursos que necesita que se encuentran en su comunidad;
- Ayudarle a encontrar o solicitar una vivienda estable;
- Ayudarle a regresar a su hogar seguro luego de una hospitalización; y
- Asegurarse de que reciba cuidado de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su administrador de cuidados en hogares de salud se pondrá en contacto con usted de inmediato para averiguar qué tipo de cuidado necesita y para ayudarle con sus citas. Su administrador de cuidados en hogares de salud o una persona de su proveedor de hogar de salud está disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el **1-855-659-5971**.

Si está en crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cómo obtener cuidado de salud regular

Cuidado médico regular se refiere a exámenes, chequeos de rutina, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo en buen estado. También significa proveer asesoramiento médico cuando lo necesite y remitirlo a hospitales o especialistas cuando sea necesario.

Su PCP trabajará con usted para que obtenga el cuidado que necesita. Si tiene alguna pregunta o inquietud médica, debe comunicarse con su PCP. Si llama fuera del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje en el que diga dónde o cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP responderá su llamada tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

- Su cuidado de salud incluirá chequeos regulares para todas sus necesidades médicas. Se recomienda a los nuevos miembros que consulten a su PCP para una primera consulta médica poco después de inscribirse en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Esto le dará la oportunidad de hablar con su PCP sobre sus problemas de salud pasados, los medicamentos que toma y cualquier pregunta que tenga.
- De día o de noche, su PCP está a su alcance con tan solo una llamada. Asegúrese de llamar a su PCP cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje que diga dónde o cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP responderá su llamada tan pronto como sea posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

- Puede llamar al Representante de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1-855-659-5791** si tiene preguntas sobre la obtención de servicios o si, por algún motivo, no puede comunicarse con su PCP.
- Su cuidado debe ser **médicamente necesario**; los servicios que reciba deben ser necesarios para lo siguiente:
 - Prevenir o diagnosticar y corregir aquello que podría causar más sufrimiento, o
 - Tratar un problema que ponga en riesgo su vida, o
 - Tratar un problema que podría causar una enfermedad, o
 - Tratar aquello que podría limitar sus actividades normales.
- Su PCP se hará cargo de la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud. Debe tener una cita para consultar a su PCP. Si alguna vez no puede acudir a una cita, llame a su PCP para informárselo.
- Tan pronto como elija a su PCP, llame para programar una primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que usted le pueda informar acerca de sus antecedentes médicos. Haga una lista de sus antecedentes médicos, de cualquier problema que tenga actualmente, de los medicamentos que toma y de las preguntas que quiera formularle a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera consulta debe ser dentro de las cuatro semanas de haberse inscrito en el plan. Si necesita tratamiento durante las próximas semanas, programe su primera cita durante la primera semana de inscribirse en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Su administrador de cuidados en hogares de salud puede ayudarle a prepararse para su primera cita.
- **Si necesita cuidado antes de la primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicar su situación. El profesional le dará una cita lo más pronto posible para esta inquietud. (Aun así, deberá asistir a la primera cita para conversar sobre sus antecedentes médicos y formular preguntas).
- Utilice la siguiente lista como una guía sobre lo máximo que puede que tenga que esperar después de que solicite una cita. Su administrador de cuidados también puede ayudarle a programar u obtener citas.
 - Atención de urgencia: dentro de 24 horas.
 - Consultas por enfermedad que no sean de urgencia: dentro de los 3 días.
 - Cuidado preventivo de rutina: dentro de las 4 semanas.
 - Primera consulta prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1.º trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero).
 - Primera consulta de planificación familiar: dentro de las 2 semanas.
 - Consulta de seguimiento después de una consulta en sala de emergencias por salud mental/abuso de sustancias o una consulta como paciente interno: 5 días.
 - Consulta a un especialista de salud mental o abuso de sustancias que no sea urgente: dentro de las 2 semanas.
 - Exámenes físicos básicos y de rutina para adultos: dentro de las 4 semanas.

Servicios de salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad (BH-HCBS)

La salud del comportamiento incluye servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias. Usted tiene acceso a servicios que pueden ayudarle con su salud emocional. También puede obtener ayuda con el alcohol u otros problemas de abuso de sustancias.

Si necesita ayuda para poder vivir en la comunidad, el Plan Bienestar Personal de Healthfirst proporciona servicios adicionales, denominados servicios de salud del comportamiento basados en el hogar y en la comunidad (BH-HCBS). Estos servicios pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital y vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a alcanzar objetivos en la vida con respecto al empleo, el estudio u otras áreas de su vida en las que le gustaría trabajar.

Para calificar para estos servicios, deberá obtener una evaluación. Para conocer más, llámenos al Plan Bienestar Personal de Healthfirst o pregúntele a su administrador de cuidados sobre estos servicios.

Consulte la página 16 de este Manual para obtener más información sobre estos servicios y cómo obtenerlos.

Cómo obtener atención especializada

No necesita la remisión de su PCP para consultar a especialistas dentro de la red. Sin embargo, se recomienda que hable con su PCP antes de acudir a un especialista por cualquier cuidado de especialidad. De esta forma, su PCP puede estar al tanto de sus necesidades de salud.

- Si necesita un cuidado que su PCP no puede proporcionarle, este puede sugerir un especialista que sí pueda hacerlo.
- Si cree que un especialista no cubre sus necesidades, pregúntele a su PCP si puede ayudarle a encontrar un especialista diferente.
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado que usted necesita, se lo brindaremos a través de un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina remisión fuera de la red. Su PCP o su proveedor del plan deben solicitar la aprobación del Plan Bienestar Personal de Healthfirst antes de que usted pueda obtener una **remisión fuera de la red**. Si su PCP o proveedor del plan lo refieren a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de los costos, a excepción de los copagos, según se describe en este manual.
 - En algunas ocasiones, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red porque tenemos un proveedor en la red del Plan Bienestar Personal de Healthfirst que puede brindarle el tratamiento. Si considera que el proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuada para tratarlo, puede solicitarnos que verifiquemos si su remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Deberá solicitar una apelación al plan. Consulte la sección apelación al plan de este manual para averiguar cómo hacerlo.
 - En algunas ocasiones, podemos no aprobar una remisión fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó un cuidado que no difiere tanto de lo que puede recibir de un proveedor del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Puede solicitarnos que verifiquemos si su remisión fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesaria. Deberá solicitar una apelación al plan. Consulte la sección apelación al plan para averiguar cómo hacerlo.

- Si necesita consultar con un especialista para recibir cuidado continuo, es posible que su PCP pueda remitirlo para una cantidad específica de consultas o un período de tiempo (una **remisión permanente**). Si usted tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite recibir atención.
- *Si usted tiene una enfermedad a largo plazo o una enfermedad discapacitante que empeora con el paso del tiempo*, su PCP puede hacer lo siguiente:
 - Coordinar que su especialista actúe como su PCP; o
 - Remitirlo a un centro de cuidado especializado en el tratamiento de su enfermedad.

También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

Obtenga estos servicios de nuestro plan sin una remisión

Para algunos servicios, usted puede elegir dónde recibir la atención. Puede obtener estos servicios con su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst. También puede consultar a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios. Si tiene preguntas, llame al representante de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuidado de salud para mujeres

Usted puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede consultar con cualquiera de los proveedores de planificación familiar del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Siempre es bueno informar a su PCP si hay algún cambio en su salud, y especialmente si ocurre lo siguiente:

- Está embarazada, o
- Necesita servicios de obstetricia/ginecología, o
- Necesita servicios de planificación familiar, o
- Quiere consultar con una partera, o
- Necesita hacerse un examen pélvico o de los senos.

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre anticonceptivos, anticonceptivos con receta, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante sus consultas para estos procedimientos, también puede hacerse exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual, un examen de cáncer de mama o un examen pélvico.
- O bien, puede utilizar su tarjeta de Medicaid si desea ir a un médico o a una clínica fuera de nuestro plan. Pregúntele a su PCP o llame a un representante de Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-855-659-5971** para obtener una lista de los lugares donde puede ir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa Crecer Sanos (Growing Up Healthy) del estado de Nueva York al **1-800-522-5006** para obtener los nombres de los proveedores de planificación familiar cercanos.

Detección y asesoramiento sobre el VIH y las ETS

Todas las personas deben conocer su estado del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las pruebas de detección de VIH y de enfermedades de transmisión sexual (ETS) son parte del cuidado de salud regular.

- Puede realizarse un examen de VIH o ETS cada vez que va a una consulta al consultorio o a una clínica. No necesita una remisión de su PCP (proveedor de cuidado primario). Solo programe una cita con un proveedor de planificación familiar. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Todas las personas deben hablar con su médico sobre cómo realizarse una prueba de VIH. Para realizarse un examen de VIH gratuito o un examen anónimo, llame al **1-800-541-AIDS** (inglés) o al **1-800-233-SIDA** (español).

O bien, si prefiere no consultar con uno de los proveedores del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, puede usar su tarjeta de Medicaid para consultar con un proveedor de planificación familiar fuera de la red del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Para

obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para recibir servicios de planificación familiar, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Algunos exámenes son “pruebas de detección rápida” y los resultados se procesan mientras usted espera. El proveedor que le realiza el examen le explicará los resultados y organizará el cuidado de seguimiento si es necesario. También se enterará cómo proteger a su pareja. Si el examen da un resultado negativo, le podemos enseñar cómo permanecer de esa manera.

Servicios de prevención del VIH

Tiene a su disposición muchos servicios de prevención del VIH. Hablaremos sobre cualquier actividad que puede ponerlo en riesgo a usted o a otras personas de transmitir el VIH o contraer enfermedades de transmisión sexual. Podemos ayudarle a enterarse cómo protegerse. También podemos ayudarle a obtener condones gratis para hombres y mujeres y jeringas limpias.

Si usted es VIH positivo, podemos ayudarle a hablar con su pareja. Podemos ayudarle a hablar con sus familiares y amigos, y ayudarles a entender el VIH y el SIDA, y cómo recibir tratamiento. El personal del Plan Bienestar Personal de Healthfirst lo asistirá si necesita ayuda para hablar sobre su estado de VIH con parejas futuras. Incluso podemos ayudarle a hablar con sus hijos sobre el VIH.

Atención de los ojos

El servicio cubierto incluye los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y de dispensa de productos oftálmicos e incluyen un examen de la vista y un par de anteojos, en caso de ser necesarios. Por lo general, usted puede obtener estos servicios una vez cada dos años o con mayor frecuencia si resulta médicamente necesario. Los afiliados a los que se les diagnosticó diabetes pueden autorreferirse para realizarse un examen de la vista con la pupila dilatada (dilatación de retina) una vez en cualquier período de 12 meses. Solo tiene que elegir uno de nuestros proveedores participantes.

Los anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, generalmente se proporcionan una vez cada dos años. Las lentes nuevas se pueden pedir con mayor frecuencia si, por ejemplo, la vista le cambia más de media dioptría. Si sus anteojos se rompen, se pueden reparar. Los anteojos que se

pierden o se rompen y no se pueden arreglar se reemplazarán con la misma receta y el mismo estilo de marco. Si necesita consultar a un especialista de la vista para recibir cuidado para una enfermedad o defecto de los ojos, su PCP lo remitirá.

Salud del comportamiento (Salud mental y abuso de sustancias)

Queremos ayudarle a que reciba los servicios de salud mental y por abuso de sustancias que pueda necesitar.

Si, en cualquier momento, usted considera que necesita ayuda con su salud mental o con problemas por abuso de sustancias, puede consultar a los proveedores de salud del comportamiento en nuestra red para conocer qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como clínica y servicios de desintoxicación. **No necesita una remisión de su PCP.**

Dejar de fumar

Puede obtener medicamentos, suministros y asesoramiento si desea obtener ayuda para dejar de fumar. No necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios.

Prueba de detección de depresión materna

Si está embarazada y considera que necesita ayuda con la depresión, puede realizarse una prueba de detección para determinar qué servicios puede necesitar. No necesita una remisión de su PCP. Puede realizarse una prueba de detección durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Usted siempre tiene las emergencias cubiertas. En el estado de Nueva York, una emergencia es una afección médica o del comportamiento que tiene estas características:

- se presenta en forma repentina; y
- presenta dolor u otros síntomas.

En el caso de una emergencia, una persona con un conocimiento promedio de salud podría temer que alguien sufra un daño grave en alguna parte o función del cuerpo, o una desfiguración grave si no se atiende de inmediato. Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

- Un ataque al corazón o dolor de pecho grave.
- Sangrado que no se detiene o una quemadura grave.
- Huesos rotos.

- Problemas para respirar, convulsiones o pérdida de conciencia.
- Cuando una persona cree que podría herirse a sí misma o herir a otras personas.
- Si una mujer está embarazada y tiene signos tales como dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de drogas.

Algunos ejemplos de casos que **no son emergencias** son: resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes menores y moretones o esguinces.

Los casos que no son emergencias también pueden ser problemas familiares, una ruptura sentimental o querer consumir alcohol u otras drogas. Puede sentirse como una emergencia, pero no son razones para ir a la sala de emergencias.

Si tiene una emergencia, haga lo siguiente:

- Si considera que tiene una **emergencia**, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias. No necesita la aprobación del Plan Bienestar Personal de Healthfirst o de su PCP antes de obtener atención de emergencia, y no se exige que vaya a nuestros hospitales o consulte a nuestros médicos.
- **Si no está seguro**, comuníquese con su PCP o con un representante del Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

Infórmele a la persona con la que hable lo que sucede. Su PCP o el representante del Plan Bienestar Personal de Healthfirst hará lo siguiente:

- Le informará qué hacer en su hogar, o
- Le indicará que se dirija al consultorio del PCP,
- Le informará sobre los servicios de la comunidad que puede obtener, como reuniones de 12 pasos o un refugio, o
- Le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

- **También puede comunicarse con los representantes de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst al 1-855-659-5971 (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si está en crisis o necesita ayuda con una situación de salud mental o abuso de drogas.**

- Si está **fuera del área** cuando tiene una emergencia, usted debe hacer lo siguiente:

- Ir a la sala de emergencias más cercana o llamar al 911.
- Llamar al Plan Bienestar Personal de Healthfirst lo antes posible (dentro de las 48 horas, si puede).

Atención de urgencia

Usted puede tener una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero que sin embargo necesita atención inmediata.

- Esto podría ser gripe o si necesitara puntos.
- Podría tratarse de una torcedura de tobillo o de una astilla que no se puede quitar.

Puede solicitar una cita para una consulta de atención de urgencia para el mismo día o el siguiente. Ya sea que esté en su hogar o fuera de éste, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Infórmele a la persona que lo atiende lo que sucede y le indicará qué hacer.

Recuerde

No necesita una aprobación previa para los servicios de emergencia.

Utilice la sala de emergencias sólo si tiene una **EMERGENCIA REAL**.

La sala de emergencias **NO** se debe utilizar para problemas tales como gripe, dolor de garganta o infección en el oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a nuestro plan al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuidado fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede recibir atención de emergencia y emergencia solo en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita cuidado médico cuando se encuentra en otro país (incluidos Canadá y México), deberá pagar dicho cuidado.

Deseamos mantenerle sano

Además de los chequeos regulares y las vacunas que necesita, los siguientes son otros servicios que proporcionamos y formas de conservar su buena salud:

- Clases para dejar de fumar.
- Atención prenatal y nutrición.
- Apoyo para el dolor/la pérdida de un ser querido.
- Lactancia y cuidado del bebé.
- Control del estrés.
- Control del peso.
- Control del colesterol.
- Asesoramiento sobre la diabetes y capacitación para el autocontrol.
- Asesoramiento sobre el asma y capacitación para el autocontrol.
- Pruebas para detectar enfermedad de transmisión sexual (ETS) y protección contra ellas.
- Servicios para casos de violencia doméstica.

Llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite nuestro sitio web en **healthfirst.org** para obtener más información y una lista de las próximas clases.

PARTE II: Sus beneficios y procedimientos del plan

El resto de este manual es para su información cuando la necesite, ya que enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si usted tiene una queja, el manual le informa qué hacer. Además, el manual contiene información que puede resultarle de utilidad. Conserve el manual a mano para cuando lo necesite.

Beneficios

Los Planes de Salud y Recuperación ofrecen varios servicios que usted recibe además de los que obtiene a través de Medicaid regular. Le proporcionaremos u organizaremos la mayoría de los servicios que usted necesitará. Sin embargo, puede obtener algunos servicios sin tener que acudir a su PCP, por ejemplo, atención de emergencia, planificación familiar, pruebas de VIH, servicios ambulatorios de salud mental, y servicios específicos de autorreferencia, incluso aquellos que usted puede obtener dentro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst y algunos que puede elegir obtener a través de cualquier proveedor de Medicaid que brinde el servicio.

Servicios cubiertos por nuestro plan

Usted debe obtener estos servicios de parte de proveedores que pertenezcan a nuestro plan. Todos los

servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y proporcionados o remitidos por su PCP (proveedor de cuidado primario). Llame al Departamento de Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** si tiene preguntas o necesita ayuda con alguno de los servicios que figuran a continuación.

Cuidado médico regular

- Visitas al consultorio médico de su PCP.
- Remisiones a especialistas.
- Exámenes de la vista/audición.
- Ayuda para tomar sus medicamentos en horario.
- Coordinación de cuidados y beneficios.

Cuidado preventivo

- Chequeos regulares.
- Acceso a agujas y jeringas gratuitas.
- Asesoramiento para dejar de fumar.
- Educación sobre el VIH y reducción de riesgos.
- Remisiones a Organizaciones Comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés) para recibir cuidado de apoyo.
- Cuidado para dejar de fumar.

Cuidado de maternidad

- Cuidado para embarazo.
- Doctores/parteras y servicios hospitalarios.
- Prueba de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Cuidado de salud en el hogar

- Estos servicios tienen que ser médicamente necesarios y los debe organizar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Una consulta postparto en el hogar médicamente necesaria; consultas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres de alto riesgo.
- Otras consultas de cuidado de salud en el hogar, según sea necesario y que su PCP/especialista solicite.

Cuidado personal/asistente en el hogar/ servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés)

- Estos servicios tienen que ser médicamente necesarios y los debe organizar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

■ **Cuidado personal/asistente en el hogar:** brindan asistencia parcial o total para ocuparse de la higiene personal, vestirse, alimentarse, preparar la comida y hacer las labores domésticas.

■ **CDPAS:** proporciona asistencia parcial o total para ocuparse de la higiene personal, vestirse, alimentarse, ayuda para preparar la comida y hacer las labores domésticas, así como servicios de asistente para la salud en el hogar y tareas de enfermería. Un asistente que usted elige y dirige realiza todos estos servicios. Para hablar con un representante de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, llame al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés):

este es un equipo que se usa para obtener ayuda si tiene una emergencia. Para calificar y recibir este servicio, usted debe estar recibiendo el servicio de asistente para el cuidado personal/en el hogar o CDPAS.

Cuidado de salud diurno para adultos

- Tiene que ser por recomendación de su proveedor de cuidado primario (PCP).

Proporciona alguno o todos de los siguientes servicios: educación sobre la salud, nutrición, planificación de cuidados interdisciplinarios, servicios sociales y de enfermería, asistencia y supervisión con las actividades de la vida diaria, terapias restaurativas, rehabilitadoras y de mantenimiento, actividades recreativas o terapéuticas planeadas, servicios de farmacia; remisiones para servicios dentales y otros cuidados de especialidad que necesite.

Terapia para tuberculosis (TB)

- Consiste en ayuda para tomar el medicamento para la tuberculosis y el cuidado de seguimiento.

Cuidado paliativo

- El Plan Bienestar Personal de Healthfirst proporcionará el beneficio de centros para enfermos terminales. Este servicio tiene que ser médicamente necesario y lo debe organizar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- El beneficio de cuidado paliativo proporciona tratamientos médicos no curativos y servicios de apoyo a los miembros a quienes su médico haya declarado en fase terminal y con una esperanza

de vida de un (1) año o menos. Los miembros podrán beneficiarse del beneficio de cuidados paliativos en su casa o en un entorno hospitalario.

- Los programas de centros para enfermos terminales les proporciona cuidados paliativos y de apoyo a los pacientes y a sus familias para ayudarles a satisfacer las necesidades especiales que resultan del estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se vive en las últimas etapas de la enfermedad y durante el fallecimiento y el duelo. Proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos para pacientes que están enfermos y tienen una esperanza de vida de un año o menos.
- Puede recibir estos servicios en su hogar, en un hospital o en un hogar para personas mayores.

Si tiene preguntas sobre estos servicios, puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuidado dental

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst considera que proporcionarle un buen cuidado dental es importante para su cuidado de salud en general. Ofrecemos cuidado dental a través de contratos con dentistas individuales y con DentaQuest, especialista en servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales habituales y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cambios o anomalías que puedan requerir tratamiento o cuidado de seguimiento. No necesita una remisión de su PCP para ir a un dentista.

Cómo acceder a los servicios dentales

Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame al **1-800-508-2047** o al representante de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst al **1-855-859-5971** para que le ayuden. Nuestros representantes hablan muchos idiomas y también pueden conectarlo con un traductor de un servicio de la línea de idiomas contratado por Healthfirst.

Puede usar su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst para recibir cuidado dental.

No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista o a una clínica dental que esté a cargo de un centro dental académico.

Llame a Servicios a los Miembros para obtener una lista de clínicas dentales académicas en un radio de 30 millas.

También puede ir a una clínica dental que esté a cargo de un centro dental académico.

Cuidado de la visión

- Servicios de un oftalmólogo, optometrista y de dispensa de productos oftálmicos.
- Cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o reemplazo de anteojos perdidos o rotos, incluidas las reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos, según las instrucciones de un proveedor del plan.
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesario.
- Anteojos con un par nuevo de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesario.
- Examen de pérdida de la visión y dispositivos de ayuda para la vista solicitados por el médico.

El Plan Bienestar Personal de Healthfirst ha organizado que Davis Vision le proporcione servicios de la vista. Para encontrar un proveedor de cuidado de la visión, llame al **1-800-753-3311**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. y domingos de 12:00 p.m. a 4:00 p.m.

Farmacia

- Medicamentos recetados.
- Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés).
- Insulina y suministros para pacientes diabéticos.
- Agentes para dejar de fumar, incluidos productos OTC.
- Baterías para audífonos.
- Anticonceptivo de emergencia (seis por año calendario).
- Suministros médicos y quirúrgicos.

Es posible que se requiera un copago de farmacia para algunas personas, para algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Consumidoras embarazadas: están exentas durante el embarazo y los dos meses después del mes en que finaliza el embarazo.

- Medicamentos y suministros de planificación familiar, tales como píldoras anticonceptivas, condones masculinos o femeninos, jeringas y agujas.
- Consumidores pertenecientes a un programa de Administración integral de cuidado de Medicaid (CMCM, por sus siglas en inglés) o a un Programa de Coordinación de servicios.
- Consumidores que participan en un programa de Exención a los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH por sus siglas en inglés) o de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés).
- Consumidores que pertenecen a un programa de exención para los HCBS del Departamento de Salud (Department of Health, DOH por sus siglas en inglés) para personas con lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés).
- Copagos genéricos, si corresponde.
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y tuberculosis.

- Es posible que para determinados medicamentos sea necesario que su médico obtenga una autorización previa antes de realizar su receta. Su médico puede trabajar con el Plan Bienestar Personal de Healthfirst para garantizar que usted reciba los medicamentos que necesita. Obtenga más información sobre las autorizaciones previas más adelante en este manual.
- Usted puede elegir dónde surtir sus recetas. Puede ir a una farmacia que participe en nuestro plan o puede surtir sus recetas por medio de una farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con CVS/caremark, su vendedor de farmacia dentro de la red, al **1-866-463-6743**.

Cuidado hospitalario

- Cuidado para pacientes internos.
- Cuidado para pacientes ambulatorios.
- Pruebas de laboratorio, radiografías y otros exámenes.

Cuidado de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido la atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de cuidado para asegurarse de que permanezca estable. Según su necesidad, es posible que lo traten en una sala de emergencias, en una sala de hospital para pacientes internos o en otro lugar. Esto se denomina Servicios posteriores a la estabilización.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 10.

Cuidado de especialidad

Incluye los servicios de otros profesionales, por ejemplo:

- Fisioterapeuta: limitado a 40 consultas por año calendario.
- Terapeutas ocupacionales y especialistas en terapia del habla: limitados a 20 consultas por terapia por año calendario.
- Audiólogos.
- Parteras.

ARTÍCULO RECETADO	CANTIDAD DE COPAGO	DETALLES DEL COPAGO
Medicamentos recetados de marca	\$3.00/\$1.00	1 cargo de copago por cada receta nueva y cada resurtido
Medicamentos recetados genéricos	\$1.00	
Medicamentos de venta sin receta, como los medicamentos para dejar de fumar y la diabetes	\$0.50	

- Si tiene un copago, hay un copago por cada receta nueva y cada resurtido.
- Si tiene un copago, usted es responsable de un máximo de \$200 por año calendario.
- Si se transfiere a un plan nuevo durante el año calendario, conserve sus recetas como comprobantes de sus copagos o puede solicitar a su farmacia los comprobantes de los copagos realizados. Necesitará entregar una copia a su nuevo plan.

- Rehabilitación cardíaca.
- Podólogos si es diabético.
- Otros tipos de cuidado de especialidad.

Los límites de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional no se aplican si usted tiene menos de 21 años, si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted presenta una discapacidad del desarrollo o si tiene una lesión cerebral traumática. Para obtener más información sobre estos servicios, comuníquese con Servicios a los Miembros al 1-855-659-5971.

Cuidado en un centro de cuidado de salud residencial (hogar para personas mayores)

- Incluye estadias a corto plazo o de rehabilitación, y cuidado a largo plazo.
- Debe ser solicitado por un médico y autorizado por el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Los servicios cubiertos del hogar para personas mayores incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, asistencia con la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje.

Si necesita una colocación a largo plazo en un hogar para personas mayores, su Departamento de Servicios Sociales local debe determinar si usted cumple con ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst y el hogar para personas mayores pueden ayudarle a realizar la solicitud.

Debe recibir este cuidado de un hogar para personas mayores que esté en la red de proveedores del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Si elige un hogar para personas mayores que está fuera de la red del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, es posible que deba trasladarse a otro plan. Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de hogares para personas mayores y redes de planes.

Llame al **1-855-659-5971** para obtener ayuda para encontrar un hogar para personas mayores en la red de Healthfirst.

Cuidado de salud del comportamiento

El cuidado de salud del comportamiento incluye servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental y por abuso de sustancias (alcohol y drogas). Todos nuestros miembros tienen acceso a los

servicios para recibir ayuda con su salud emocional o con problemas causados por el abuso de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

Cuidado de salud mental

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva (IPRT, por sus siglas en inglés).
- Clínica.
- Tratamiento de salud mental para pacientes internos.
- Cuidado hospitalario parcial.
- Tratamiento diurno continuo.
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés).
- Servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés).
- Asesoramiento individual y grupal.
- Servicios de intervención en casos de crisis.

Servicios para trastornos por abuso de sustancias

- Tratamiento para trastornos por abuso de sustancias (alcohol y drogas) para pacientes internos y pacientes ambulatorios.
- Servicios de desintoxicación para pacientes internos.
- Tratamiento para dejar opiáceos, incluida la terapia de mantenimiento con metadona.
- Tratamiento residencial para trastornos por abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de alcohol y drogas para pacientes ambulatorios.
- Servicios de desintoxicación.

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda en relación con el trastorno por abuso de sustancias, los servicios de reducción de daños pueden ofrecerle un enfoque completo y orientado al paciente para su salud y bienestar. Healthfirst cubre servicios que pueden ayudar a reducir el abuso de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen:

- Un plan de cuidado desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumidores de sustancias.
- Asesoramiento individual de apoyo que ayuda a alcanzar sus objetivos.
- Asesoramiento grupal de apoyo en forma de un espacio seguro para hablar con otras personas sobre problemas que afectan su salud y bienestar.

- Asesoramiento para ayudarle a tomar sus medicamentos recetados y a continuar el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarle a comprender mejor el abuso de sustancias e identificar técnicas y habilidades de afrontamiento que le funcionarán.

Para obtener más información estos servicios, comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**.

Servicios basados en el hogar y en la comunidad para la salud del comportamiento

Los Servicios basados en el hogar y en la comunidad para la salud del comportamiento (BH-HCBS) pueden ayudarle a alcanzar objetivos de vida, como un empleo, educación u otras áreas de su vida en las que desea trabajar. Su administrador de cuidados en hogares de salud o coordinador de recuperación realiza una evaluación y la utiliza para determinar todas sus necesidades de salud, objetivos de vida y los BH-HCBS para los que es elegible. Un administrador de cuidados en hogares de salud o un coordinador de recuperación le ayudará a identificar de qué BH-HCBS puede beneficiarse y lo conectará con esos servicios.

Los BH-HCBS incluyen:

- Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés): le ayuda a mejorar sus habilidades para alcanzar sus objetivos.
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico de la comunidad (CPST, por sus siglas en inglés): es una forma de obtener los servicios de tratamiento que necesita por poco tiempo en un lugar de su elección, como su propia casa. El CPST le ayuda a conectarse con un programa de tratamiento con licencia.
- Servicios de habilitación: le ayuda a aprender nuevas habilidades para vivir independientemente en la comunidad.
- Apoyo y capacitación familiar: enseña habilidades a las personas en su vida para que puedan ayudarle en su recuperación.
- Alivio a corto plazo: le brinda un lugar seguro para ir cuando necesita salir de una situación estresante.
- Alivio intensivo: le ayuda a mantenerse fuera del hospital cuando tiene una crisis al proporcionar un lugar seguro donde quedarse que puede ofrecerle tratamiento.
- Servicios de apoyo a la educación: le ayuda a encontrar maneras de regresar a la escuela para recibir educación y capacitación que le ayudarán a conseguir un trabajo.

- Servicios prevocacionales: le ayuda con las habilidades necesarias para prepararse para un empleo.
- Servicios de empleo de transición: le brinda apoyo por un corto tiempo mientras prueba diferentes trabajos. Esto incluye capacitación en el trabajo para fortalecer las habilidades laborales para ayudarle a mantener un trabajo con un salario mínimo o superior.
- Servicios de empleo con apoyo intensivo: le ayuda a encontrar un trabajo con un salario mínimo o superior y mantenerlo.
- Servicios de empleo con apoyo continuo: le ayuda a mantener su trabajo y tener éxito en este.
- Servicios de empoderamiento o apoyo de pares: las personas que han estado allí para ayudarle a alcanzar sus objetivos de recuperación.
- Transporte para casos que no sean médicos: transporte hacia actividades no médicas relacionadas con un objetivo en su plan de cuidado.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)/audífonos/prótesis/productos ortopédicos.
- Servicios por orden judicial.
- Administración de casos.
- Ayuda para obtener servicios de apoyo social.
- Centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC).
- Planificación familiar.

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

Para algunos servicios, usted puede elegir dónde recibir el cuidado. Puede obtener estos servicios con su tarjeta de identificación del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. También puede consultar a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a un representante de Servicios a los Miembros de Healthfirst si tiene preguntas al **1-855-659-5971**.

Planificación familiar

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

También puede consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP en ninguno de los dos casos.

Puede obtener medicamentos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (dispositivos intrauterinos y diafragmas) que están disponibles con receta, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, prueba de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar respecto de las pruebas de VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y sus tratamientos y asesoramiento relacionado con los resultados de pruebas. Las detecciones de cáncer y otras enfermedades relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Prueba de detección de VIH y ETS

Puede obtener este servicio en cualquier momento de su PCP o de los médicos del Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Cuando usted obtiene este servicio como parte de una consulta de planificación familiar, puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con su médico sobre cómo realizarse una prueba de VIH. Para realizarse un examen del VIH gratuito o un examen anónimo, llame al **1-800-541-AIDS (inglés)** o al **1-800-233-SIDA (español)**.

Diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis

Usted puede elegir visitar a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para realizar el diagnóstico o tratamiento.

Beneficios exclusivos de su tarjeta de Medicaid

Hay algunos servicios que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst no proporciona. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo.
- Tratamiento diario.
- Servicios de vivienda.
- Programa de coordinación de servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés).

- Servicios recibidos en virtud del programa de exención a servicios basados en el hogar y en la comunidad.
- Servicios por exención al modelo médico (atención domiciliaria).

Transporte

Emergencia: si usted necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Casos que no sean de emergencia: el transporte médico para casos que no sean de emergencia estará cubierto por Medicaid regular. Para obtener servicios de transporte para casos que no sean de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services para residentes de la ciudad de Nueva York al **1-844-666-6270**, o a LogistiCare Solutions para residentes de Long Island al **1-844-678-1103**. Si es posible, usted o su proveedor deberán llamar a los servicios de transporte para casos que no sean de emergencia al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (por ejemplo: AB12345C). El transporte que no es de emergencia abarca autobús, taxi, vehículo para personas discapacitadas (ambulette) y transporte público.

Si usted necesita un asistente para que le acompañe a la cita con su médico o si su hijo(a) es el miembro del plan, el transporte también está cubierto para el asistente, el padre, la madre o el tutor.

Si tiene preguntas sobre el transporte, llame a Medical Answering Services si vive en la ciudad de Nueva York o a LogistiCare si vive en Long Island.

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

Servicios NO cubiertos

Estos servicios **no están disponibles** en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst ni en Medicaid. Si obtiene alguno de estos servicios, es posible que deba pagar la factura.

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria.
- Servicios de un podólogo (a menos que usted sea diabético).
- Artículos personales y de comodidad.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Servicios de un proveedor que no sea parte del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, salvo que se trate de un proveedor al que se le permita

consultar según se describe en otra parte de este manual, o que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst o su PCP le envíen a ese proveedor.

Es posible que deba pagar cualquier servicio externo a la red que su PCP no apruebe. O bien, si antes de obtener un servicio, acuerda ser un “paciente privado que paga” o que “paga por cuenta propia”, deberá pagar el servicio.

Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (mencionados anteriormente).
- Servicios no autorizados.
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que considera que no debe pagar, no la ignore. Llame al Plan Bienestar Personal de Healthfirst al **1-855-659-5971** de inmediato. Los representantes de Servicios a los Miembros del Plan Bienestar Personal de Healthfirst pueden ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, el Plan Bienestar Personal de Healthfirst se comunicará con el proveedor y le ayudará a solucionar el problema.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que le piden pagar algo que debe cubrir Medicaid o el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Autorización de servicios

Autorización previa:

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar la autorización. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de recibirlos:

- **Todos los servicios externos a la red** (servicios que no sean de emergencia).
- **Ingreso hospitalario para rehabilitación en agudos.**
- **Todas las cirugías estéticas** (medicamentos necesarias).
- **Todos los ingresos optativos en un hospital.**
- **Ambulancia aérea.**
- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes internos.**
- **DME** (los suministros para pacientes diabéticos y los vendajes no requieren autorización).
- **Electromiograma (EMG, por sus siglas en inglés)/estudios de conducción nerviosa.**
- **Servicios de salud en el hogar.**
- **Control de los cuidados en el hogar a través de IntelliHealth.**
- **Servicios de manejo del dolor.**
- **Fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla.**
- **Procedimientos y equipos para la disfunción eréctil.**
- **Ingresos en centros de enfermería especializada.**
- **Trasplante.**
- **Inyectable** (mediante nuestra red de farmacias y especialidades).
- **Servicios dentales** (recuerde que, para poder recibir este servicio, su proveedor tendrá que comunicarse con DentaQuest al **1-800-508-2047**).
- **Servicios de la visión/anteojos** (recuerde que para poder recibir este servicio, su proveedor tendrá que comunicarse con Davis Vision al **1-800-753-3311**).

El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, debe comunicarse con:

Para obtener una autorización previa o notificar un ingreso al Plan Bienestar Personal de Healthfirst, comuníquese con el:

Departamento de Gestión Médica de Healthfirst
Teléfono: 1-888-394-4327;
Fax: 1-646-313-4603,
de lunes a viernes,
de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

También necesitará obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero

necesita continuar recibiendo cuidado u obtener más. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Lo que sucede después de que recibimos la solicitud de autorización de servicios:

El plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios prometidos. Verificamos que los servicios que está solicitando estén cubiertos por su plan de salud. El equipo de revisión está integrado por personal médico y de enfermería. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio solicitado sea médicamente necesario y adecuado para usted. Esto se realiza controlando su plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptables.

Podremos decidir denegar una solicitud de autorización de servicios o aprobarla por una cantidad menor a la solicitada. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de cuidado de salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un revisor clínico, que puede ser un miembro del personal médico o un profesional de cuidado de salud que generalmente brinda el cuidado que usted solicitó. Es posible solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios clínicos para la revisión**, que utilizamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de obtener su solicitud, la revisaremos según el **procedimiento estándar** o **por vía rápida**. Si se considera que una demora podría dañar seriamente su salud, usted o su médico pueden solicitar una revisión por vía rápida. Si se deniega su solicitud de una revisión por vía rápida, se lo notificaremos y su caso será manejado de acuerdo con el procedimiento de revisión estándar.

Realizaremos su revisión por vía rápida si:

- Un retraso pondrá en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad funcional.
- Su proveedor indica que la revisión debe ser más rápida.
- Está solicitando más de un servicio que recibe actualmente.

En cualquier caso, analizaremos su solicitud tan rápidamente como lo requiera su afección médica y siempre dentro del plazo indicado a continuación.

Le comunicaremos a usted y a su proveedor por teléfono o por escrito si la solicitud fue aprobada o denegada. También le informaremos el motivo

de la decisión. Le explicaremos las opciones de apelaciones o de audiencias imparciales que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte además las secciones Apelaciones del plan y Audiencia imparcial más adelante en este manual).

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de tres (3) días hábiles después de que contemos con toda la información necesaria, y nos comunicaremos con usted, a más tardar, 14 días después de haber recibido su solicitud. El 14.º día le haremos saber si necesitamos más información.
- **Revisión por vía rápida:** tomaremos una decisión y se la comunicaremos en un plazo de 72 horas. En el plazo de 72 horas le notificaremos si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión en un (1) día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria, y nos comunicaremos con usted, a más tardar, 14 días después de haber recibido su solicitud. El 14.º día le haremos saber si necesitamos más información.
- **Revisión por vía rápida:** tomaremos una decisión en un (1) día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Le notificaremos en un (1) día hábil si necesitamos más información.

Plazos de tiempo especiales para otras solicitudes:

- Si usted está en el hospital o acaba de dejarlo y solicita cuidado de salud en el hogar, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.
- Si recibe tratamiento por un trastorno por abuso de sustancias como paciente interno y solicita más servicios al menos 24 horas antes de que le den el alta, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o por trastornos por abuso de sustancias que pueden estar relacionados con una comparecencia ante el tribunal, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud.
- Si solicita un medicamento recetado para un paciente ambulatorio, tomaremos una decisión

en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.

- Un protocolo de terapia progresiva implica que usted pruebe otro medicamento antes de que aprobemos el medicamento que está solicitando. Si solicita una aprobación para anular un protocolo de terapia progresiva, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas para los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días de su solicitud.

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

- Le escribiremos y comunicaremos la información que necesitamos. Si su solicitud se está procesando por vía rápida, le llamaremos inmediatamente y le notificaremos por escrito después.
- Le explicaremos por qué la demora es para su conveniencia.
- Tomaremos la decisión a más tardar a los 14 días a partir del día en el que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos destinemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tenga más información para proporcionar que nos permitirá decidir sobre su caso. Para hacerlo, puede llamar a nuestro departamento de Gestión Médica de Healthfirst al **1-888-394-4327** o por escrito a:

Healthfirst
P.O. Box 5166
New York, NY 10274-5166
Attention: Medical Management Department

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de destinar más tiempo a revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York, llamando al **1-800-206-8125**.

Le enviaremos una notificación para la fecha en que nuestro tiempo de revisión haya finalizado. Pero si por alguna razón no tiene noticias sobre nosotros para esa fecha, es como si denegáramos su solicitud de autorización de servicios. Si no respondemos su solicitud de anular un protocolo de terapia a tiempo, su solicitud será aprobada.

Si considera que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es errónea, puede presentar una apelación al plan ante nosotros. Consulte la sección apelación al plan de este manual.

Otras decisiones acerca de su cuidado:

En ocasiones, llevaremos a cabo una revisión concurrente sobre el cuidado que está recibiendo, para determinar si aún necesita ese servicio. También revisaremos otros tratamientos y servicios que haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos de tiempo para otras decisiones sobre su cuidado:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya hemos aprobado y que usted recibe actualmente, debemos notificárselo al menos 10 días antes de cambiar el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre los servicios y apoyos a largo plazo, como cuidado de salud en el hogar, cuidado personal, servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés), cuidado de salud diurno para adultos y cuidados en hogar de ancianos.
- Si estamos controlando el cuidado proporcionado anteriormente, tomaremos una decisión acerca de si debe pagarlo en un plazo de 30 días después de haber recibido la información necesaria para realizar la revisión retrospectiva. Si no aceptamos el pago de un servicio, les notificaremos a usted y a su proveedor el día en que se haya denegado el pago. Estos avisos no son facturas. **Usted no debe pagar ningún cuidado recibido que cubra el plan o Medicaid, incluso si posteriormente no aceptamos pagarle al proveedor.**

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para recibir consejo gratis e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a manejar el proceso de apelación.

Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Número de teléfono: 1-844-614-8800

(Servicio de apoyo TTY: 711)

Sitio web: icannys.org |

Correo electrónico: ican@cssny.org

Cómo se les paga a nuestros proveedores

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que pueda afectar su uso de los servicios de cuidado de salud. Puede llamar al departamento de Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que se paga a la mayoría de nuestros proveedores en una o más de las siguientes maneras:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o en un centro de salud, probablemente reciban un salario. La cantidad de pacientes que atiendan no afecta dicho salario.
- Nuestros PCP que trabajan en sus propios consultorios pueden obtener una tarifa fija por mes por cada paciente del cual son el PCP. El costo sigue siendo el mismo si el paciente necesita una consulta o varias, o incluso ninguna en absoluto. Estos honorarios se conocen como honorarios per cápita.
- A veces, los proveedores reciben una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero es posible que una parte del dinero (tal vez un 10%) sea retenida para un fondo de incentivos. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que hayan alcanzado los estándares para un pago adicional establecidos por el plan.
- Es posible que también se les pague a los proveedores una suma por servicio. Esto significa que reciben una suma acordada en el plan por cada servicio que proporcionan.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas para atender mejor a nuestros miembros. Si tiene ideas, infórmenos. Quizás a usted le gustaría trabajar con una de nuestras juntas o comités de asesoramiento para miembros. Llame a un representante del departamento de Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-855-659-5971** para averiguar de qué manera puede ayudar.

Información de Servicios a los Miembros

A continuación, se menciona la información que puede obtener llamando a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**.

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de los miembros del directorio, los funcionarios, controladores, dueños y socios del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Una copia del estado contable/balance más reciente, resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del último contrato de suscripción de pago directo individual.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre las quejas de los consumidores acerca del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- De qué manera mantenemos la privacidad de los registros médicos y la información de los miembros.
- Por escrito, le indicaremos de qué manera nuestro plan controla la calidad del cuidado a nuestros miembros.
- Le informaremos cuáles son los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que cubre el Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de cuidado de salud pueden solicitar formar parte del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Si nos pregunta, le diremos (1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo para los médicos que afectan el uso de servicios de remisión y, si es así, (2) le informaremos acerca de los tipos de arreglos utilizados y (3) le diremos si se proporciona protección por daños para médicos o grupos de médicos.
- Información acerca de la organización y el funcionamiento de nuestra compañía.

Manténganos informados

Si se inscribió a través del NY State of Health (NYSOH), llámelos al **1-855-355-5777** cada vez que ocurran estos cambios en su vida:

- Cambia de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambia su elegibilidad para Medicaid.
- Está embarazada.
- Da a luz.
- Hay un cambio en el seguro para usted.
- Cuando se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria.

Después de haberse comunicado con NYSOH, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** para asegurarse de que estamos al tanto de los cambios. Si ya no califica para Medicaid, llame a Servicios a los Miembros para ver si es elegible para otro programa, o puede consultar con su Departamento de Servicios Sociales local.

Desafiliación y traslados

1. Si desea abandonar el plan

Puede probar atenderse con nosotros durante 90 días. Puede abandonar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese período. Sin embargo, si no abandona el plan durante los primeros 90 días, deberá permanecer en el Plan Bienestar Personal de Healthfirst por nueve meses más, salvo que tenga una buena razón (razón válida). Los siguientes son ejemplos de una razón válida:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York y, debido a ello, los miembros resultan perjudicados.
- Usted se muda fuera del área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales local acuerdan que la desafiliación es la mejor opción para usted.
- Usted está exento o queda exento o excluido del cuidado administrado.
- No ofrecemos un servicio de cuidado administrado de Medicaid que usted pueda obtener a través de otro plan de salud en su área.
- Necesita un servicio que esté relacionado con un beneficio que hayamos decidido no cubrir, y obtener este servicio por separado podría poner en riesgo su salud.
- No hemos podido proporcionarle servicios como debemos hacerlo de acuerdo con nuestro contrato con el estado.

Opción para dejar el plan

Llame al personal de Atención Administrada de su Departamento de Servicios Sociales local.

Si vive en la ciudad de Nueva York, en los condados de Nassau o Suffolk, llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678**.

Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan de salud.

La desafiliación o el traslado a otro plan se pueden hacer por teléfono. Si se le exige estar en cuidado administrado, deberá elegir otro plan de salud.

Puede tomarnos entre dos y seis semanas procesar su solicitud, según cuándo la recibamos. Recibirá una notificación de que el cambio se llevará a cabo en una fecha determinada. El Plan Bienestar Personal de Healthfirst le proporcionará el cuidado que necesite hasta entonces.

Usted puede solicitar una determinación acelerada si cree que el plazo regular del proceso produciría un daño adicional a su salud. También puede solicitar una determinación acelerada si se ha quejado porque no estaba de acuerdo con la inscripción. Simplemente llame a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

2. Usted podría no ser elegible para el Plan de cuidado administrado de Medicaid y para el Plan de Salud y Recuperación

- Es posible que tenga que abandonar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst si:
 - Se muda fuera del condado o del área de servicio,
 - Cambia a otro plan de atención administrada,
 - Se inscribe en un plan HMO u otro plan de seguro a través del trabajo,
 - Va a prisión, o
 - Pierde la elegibilidad de alguna otra manera.
- **Si debe abandonar el Plan Bienestar Personal de Healthfirst o no cumple con los requisitos de Medicaid, se pueden interrumpir todos sus servicios de manera inesperada, incluido cualquier cuidado que reciba en su hogar.** Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** de inmediato si esto sucede.

3. Podemos solicitarle que abandone el Plan Bienestar Personal de Healthfirst

Usted también puede perder su afiliación al Plan Bienestar Personal de Healthfirst si, con frecuencia:

- Se rehúsa a cooperar con su PCP en lo que respecta a su cuidado.
- No cumple con las citas.
- Va a la sala de emergencias por cuidado que no es de emergencia.
- No sigue las reglas del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.

- No completa los formularios honestamente o no brinda información verdadera (comete fraude).
- Actúa de manera tal que sea difícil para nosotros hacer todo lo posible por usted y los otros miembros, aunque hayamos intentado solucionar los problemas.

También puede perder su afiliación al Plan Bienestar Personal de Healthfirst, si abusa o provoca daños a los miembros, proveedores o personal del plan.

4. No importa la razón por la que se desafilie, prepararemos un plan de alta para que le ayude a obtener los servicios que necesita.

Apelaciones al plan

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. La notificación de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad menor a la solicitada se denomina una **determinación adversa inicial**.

Si no está conforme con nuestra decisión sobre su cuidado, a continuación se presentan las medidas que puede tomar.

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

Si decidimos que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o de investigación, y no hablamos con su médico al respecto, su médico puede solicitar hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en el plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación al plan:

Si considera que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es errónea, puede solicitarnos que revisemos nuevamente su caso. Esto se denomina una **Apelación al plan**.

- Tiene un plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación de la determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.

- Comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** si necesita ayuda sobre una apelación al plan, o para seguir las instrucciones del proceso de apelación. Podemos ayudarle si tiene alguna necesidad especial, como una deficiencia de la audición o de la visión, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación al plan o permitir que otra persona, como un familiar, amigo(a), médico o abogado, lo haga en su nombre. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que usted desea que esa persona lo represente.
- No le trataremos en forma diferente ni actuaremos de mala manera con usted porque solicite una apelación al plan.

Asistencia para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que usted está recibiendo actualmente, usted puede seguir recibiendo los servicios mientras espera que se decida la apelación al plan solicitada. **Deberá solicitar una apelación al plan:**

- **Dentro de los 10 días de que se le indicó que el cuidado se modifica.**
- **En la fecha que se prevé que se produzca el cambio en los servicios; lo que ocurra posteriormente.**

Si su apelación al plan se deniega nuevamente, es posible que tenga que pagar el costo de los beneficios que recibió en forma continua.

Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan. Cuando solicita una apelación al plan, o poco después, deberá proporcionarnos:

- Su nombre y dirección.
- Número de afiliado.
- Servicio que solicitó y motivo(s) de la apelación.
- Cualquier información que desee que revisemos, como registros médicos, cartas del médico u otra información que explique por qué necesita el servicio.
- Cualquier información específica que hayamos indicado que necesitamos en la notificación de la determinación adversa inicial.
- Para ayudarle a prepararse para su apelación al plan, puede solicitar ver las pautas, los registros médicos y otra documentación que usamos para

realizar la determinación adversa inicial. Si su apelación al plan es por vía rápida, es posible que haya poco tiempo para brindarnos información que quiera que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratis llamando al **1-855-659-5971**.

Bríndenos su información y materiales por teléfono o correo postal:

Número de teléfono:

1-855-659-5971

TTY: 1-888-867-4132,

las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por correo:

Healthfirst

P.O. Box 5166

New York, NY 10274-5166

Attention: Appeals and Grievances Department

Si solicita una apelación al plan por teléfono, a menos que sea por vía rápida, también deberá enviarnos su apelación al plan por escrito. Después de recibir su llamada, le enviaremos un formulario con un resumen de su apelación al plan realizada por teléfono. Si está de acuerdo con el resumen, debe firmarlo y devolvérselo. Antes de enviarnos el formulario, puede hacerle las modificaciones que sean necesarias.

Si solicita un servicio o proveedor externo a la red:

- Si le informamos que el servicio que solicitó no es muy diferente del servicio disponible a través de un proveedor participante, usted puede pedirnos que comprobemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Usted debe pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación al plan:

- 1) Una declaración por escrito del médico en la que se indique que el servicio externo a la red es muy diferente al servicio que puede recibir de un proveedor participante del plan. Su médico debe ser un especialista certificado por el Colegio Médico o calificar para el Colegio, y debe tratar a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
- 2) Dos documentos médicos o científicos que demuestren que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionarle a través de un proveedor participante.

Aunque su médico no envíe esta información, nosotros revisaremos igualmente su apelación al

plan. Sin embargo, es posible que usted no califique para una apelación externa. Consulte la sección Apelación externa de este manual.

- Si considera que un proveedor participante no tiene la capacitación ni la experiencia adecuadas para proporcionarle un servicio, usted puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que se lo remita a un proveedor externo a la red. Usted debe pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:

- 1) una declaración escrita que diga que nuestro proveedor participante no tiene la experiencia ni la capacitación adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
- 2) que recomiende a un proveedor externo a la red, con la experiencia y la capacitación adecuadas, que pueda proporcionarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado por el Colegio Médico o calificar para el Colegio, y debe tratar a personas que necesitan el servicio que usted solicita. Aunque su médico no envíe esta información, nosotros revisaremos igualmente su apelación al plan. Sin embargo, es posible que usted no califique para una apelación externa. Consulte la sección Apelación externa de 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 sin costo de los registros médicos y cualquier otra información que utilizaremos para tomar nuestra decisión sobre la apelación. Si su apelación al plan es por vía rápida, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar, en persona o por escrito, información que sirva para tomar una decisión. Si no está seguro de la información que debe proporcionarnos, llame al Departamento de Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-855-659-5971**.
- Las decisiones de las apelaciones al plan serán tomadas por profesionales de cuidado de salud calificados que no hayan tomado la primera decisión, al menos uno de los cuales será un revisor clínico.

- Las decisiones que no correspondan a cuestiones clínicas serán tratadas por personas que trabajan a un nivel superior de quienes procesaron la primera decisión.
- Si corresponde, se le proporcionarán los motivos de nuestra decisión y los fundamentos clínicos. La notificación de la decisión de la apelación al plan de denegar su solicitud o de aprobarla por una cantidad menor a la solicitada se llama **determinación adversa definitiva**.
- **Si usted cree que nuestra determinación adversa definitiva no es correcta:**
 - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial de este manual.
 - Puede solicitar una apelación externa para algunas decisiones. Consulte la sección Apelación externa de este manual.
 - Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York al **1-800-206-8125**.

Plazos para las apelaciones al plan:

- **Apelaciones estándar al plan:** Si contamos con toda la información necesaria, le comunicaremos nuestra decisión a los **30 días calendario** de presentada su solicitud de apelación al plan.
- **Apelación al plan por vía rápida:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de las apelaciones al plan por vía rápida se tomarán dentro de los dos días hábiles desde su apelación al plan, pero antes de las 72 horas de presentada su solicitud de apelación al plan.
 - En el plazo de 72 horas le notificaremos si necesitamos más información.
 - Si se denegó su solicitud de continuar recibiendo tratamiento de trastorno por abuso de sustancias para pacientes internos al menos 24 horas antes de que deje el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación por escrito.

Su apelación al plan será revisada mediante el procedimiento por vía rápida si:

- Usted o su médico solicitan que se revise la apelación al plan a través del procedimiento por

vía rápida. Su médico explica de qué modo una demora perjudicará su salud. Si se deniega su solicitud de una revisión por vía rápida, se lo notificaremos, y su apelación al plan será revisada de acuerdo con el proceso estándar; ○

- Se denegó su pedido cuando solicitó continuar recibiendo el cuidado que ahora recibe o si necesita extender un servicio que ya se ha proporcionado; ○
- Se denegó su solicitud de cuidado de salud en el hogar después de haber estado hospitalizado; ○
- Se denegó su solicitud cuando pidió un tratamiento de trastorno por abuso de sustancias para pacientes internos al menos 24 horas antes de que saliera del hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o por vía rápida sobre su apelación al plan, nosotros:

- Le escribiremos y comunicaremos la información que necesitamos. Si su solicitud se está procesando por vía rápida, le llamaremos inmediatamente y le notificaremos por escrito después.
- Le explicaremos por qué la demora es para su conveniencia.
- Tomaremos la decisión a más tardar a los 14 días a partir del día en el que solicitamos más información.

Usted o su representante también pueden solicitar que destinemos más tiempo a tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tenga más información para proporcionar que nos permitirá decidir sobre su caso. Se puede hacer por teléfono o por escrito.

**1-855-659-5971,
las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY: 1-888-867-4132**

**Healthfirst
P.O. Box 5166
New York, NY 10274-5166
Attention: Appeals and Grievances Department**

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de destinar más tiempo a revisar su apelación del plan. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York, llamando al **1-800-206-8125**.

Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o si no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las extensiones, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación del plan a tiempo e indicamos que el servicio que usted solicita:

- No es médicamente necesario;
- Son procedimientos experimentales o de investigación;
- Es similar al cuidado que puede recibir en la red del plan; o
- Está disponible de un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, se revertirá la denegación original.

Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Apelaciones externas

Usted cuenta con otros derechos de apelación si indicamos que el servicio que usted solicitó:

- No es médicamente necesario;
- Son procedimientos experimentales o de investigación;
- Es similar al cuidado que puede recibir en la red del plan; o
- Estaba disponible a través de un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones puede solicitarle al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Se la denomina apelación externa porque la decisión es tomada por revisores que no trabajan para el plan médico o el estado. Estos revisores son personas calificadas que aprueba el estado de Nueva York. El servicio debe estar incluido en el paquete de beneficios del plan, o debe ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento de una enfermedad poco frecuente. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación al plan y obtener la determinación adversa definitiva del plan; o
- Si no recibió el servicio y presenta una solicitud de apelación por vía rápida al plan, puede

solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico deberá indicar que es necesaria una apelación externa acelerada; o

- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación del plan y pasar directamente a una apelación externa; o
- Puede probar que el plan no cumplió correctamente con las normas al procesar su apelación al plan.

Usted tiene **cuatro (4) meses** después de recibida la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa dentro de los cuatro (4) meses de haber llegado a ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210. Puede llamar a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos deberán proporcionar información sobre su problema de salud. La solicitud de apelación externa indica qué información será necesaria.

Aquí hay algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al **1-800-400-8882**.
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en **dfs.ny.gov**.
- Comuníquese con el representante de Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-855-659-5971**.

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se les comunicará la decisión final a usted y al plan, en un plazo de dos días después de tomada la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico indica que una demora causará un daño grave a su salud.
- Usted está en el hospital luego de una visita a la sala de emergencias y el plan deniega el cuidado hospitalario.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas resolverá la apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos.

Si usted pidió tratamiento de trastorno por abuso de sustancias como paciente interno al menos 24 horas antes de dejar el hospital, nosotros continuaremos pagando por su estadía si:

- solicita una apelación al plan interna por vía rápida en un plazo de 24 horas, Y
- solicita una apelación externa por vía rápida al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su estadía hasta que se haya tomado una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos la decisión sobre la apelación al plan por vía rápida en un plazo de 24 horas. La decisión sobre la apelación externa por vía rápida se tomará en 72 horas.

El revisor de apelaciones externas les comunicará la decisión tomada a usted y al plan de manera inmediata, por teléfono o por fax. Después, se le enviará una carta en la que se le indicará la decisión.

Si usted solicita una apelación al plan, y recibe una determinación adversa definitiva que deniega, reduce, suspende, o interrumpe su servicio, puede solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión que tome el funcionario de audiencias imparciales será la definitiva.

Audiencias imparciales

Es posible solicitar una **audiencia imparcial** al estado de Nueva York si:

- No está conforme con una decisión tomada por el Departamento de Servicios Sociales local o por el Departamento de Salud del estado acerca de su permanencia o retiro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- No está conforme con una decisión tomada para restringir sus servicios. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Usted tiene un plazo de 60 días calendario a contar desde la fecha del aviso de intención de restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si usted solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días del aviso de intención de restricción, o para la fecha de vigencia de la restricción, lo que ocurra posteriormente, usted puede continuar recibiendo los servicios hasta que se decida la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde

su audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar por los costos de los servicios que recibió mientras esperaba que se tomara la decisión.

- No está conforme con la decisión de su médico de no solicitar los servicios que usted deseaba. Considera que la decisión de su médico interrumpe o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante el Plan Bienestar Personal de Healthfirst. Si el Plan Bienestar Personal de Healthfirst está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una determinación adversa definitiva, tendrá un plazo de 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 tomada acerca de su cuidado. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está conforme con nuestra decisión de:
 - reducir, suspender o interrumpir el cuidado que estaba recibiendo; ○
 - denegar el cuidado que deseaba;
 - denegar el pago del cuidado que recibía; ○
 - no permitirle disputar un monto de copago, otro monto que debe o pago que realizó para el cuidado de salud.

Usted primero debe solicitar una apelación al plan y recibir una determinación adversa definitiva. Tendrá un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación al plan, y recibió una determinación adversa definitiva que reduce, suspende o interrumpe el cuidado que está recibiendo actualmente, usted puede continuar recibiendo los servicios que solicitó su médico mientras espera que se tome una decisión sobre su audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva o antes de que la acción entre en vigencia, lo que sea posterior. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y usted pierde su audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

- Solicitó una apelación al plan, y el tiempo para tomar nuestra decisión venció, incluidas las extensiones. Si no recibe una respuesta a su

apelación al plan o si no tomamos nuestra decisión a tiempo, usted puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que tome el funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Solicite una audiencia imparcial a través de las siguientes vías:

- Por teléfono, llame al número gratuito **1-800-342-3334**
- Por fax, al 1-518-473-6735
- Por Internet en **otda.state.ny.us/oah/forms.asp**
- 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 solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que el Plan Bienestar Personal de Healthfirst tomó, debemos enviarle una copia del paquete de evidencias. Esta es la información que utilizamos para tomar la decisión sobre su cuidado. El plan le dará esta información al funcionario de la audiencia para explicarle nuestra determinación. Si no hay suficiente tiempo para enviarlo por correo, le llevaremos a la audiencia una copia del **paquete de evidencias**. Si usted no recibe su paquete de evidencias una semana antes de la audiencia, puede llamar al **1-855-659-5971** para solicitarlo.

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

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) para recibir consejo gratis e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a manejar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Número de teléfono: 1-844-614-8800

(Servicio de apoyo TTY: 711)

Sitio web: icannys.org |

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proceso de quejas

Quejas:

Esperamos que nuestro plan le brinde un buen servicio. Si tiene un problema, hable con su PCP, o llame o escriba a Servicios a los Miembros. La mayoría de los problemas pueden resolverse inmediatamente. Si tiene un problema o conflicto con su cuidado o con los servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelven de inmediato por teléfono y las quejas que se reciben por correo se manejan según los procedimientos descritos a continuación.

Comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** si necesita ayuda para presentar una queja, o para seguir las instrucciones del proceso de queja. Podemos ayudarle si tiene alguna necesidad especial, como una deficiencia de la audición o de la visión, o si necesita servicios de traducción.

No tendrá dificultades ni tomaremos represalias por el hecho de que presente una queja.

Usted también tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de Nueva York respecto a su queja al **1-800-206-8125** o escriba 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 de Servicios Sociales local en cualquier momento con su queja. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al **1-800-342-3736** si su queja es sobre un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante nuestro plan:

Puede presentar una queja o permitir que otra persona lo haga en su nombre, como un familiar, amigo(a), médico o abogado. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que usted desea que esa persona lo represente.

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971**. Si llama después del horario de atención, deje un mensaje. Responderemos su llamada al siguiente día hábil. En caso de que necesitemos más información para tomar una decisión, se lo haremos saber.

Escríbanos indicando su queja, o llame al número de Servicios a los Miembros y solicite un formulario de quejas. Envíelo a:

Healthfirst
P.O. Box 5166
New York, NY 10274-5166
Attention: Appeals and Grievances Department
También puede enviar la queja por fax al:
1-646-313-4618

Qué sucede después:

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir una queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. Esta carta le indicará:

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

También puede proporcionar, en persona o por escrito, información que sirva para revisar su queja. Si no está seguro de la información que debe proporcionarnos, llame al Plan Bienestar Personal de Healthfirst al **1-855-659-5971**.

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja se trata de cuestiones clínicas, uno o más profesionales de cuidado de salud calificados revisarán su caso.

Después de revisar su queja:

- Le comunicaremos nuestra decisión a los 45 días de haber recibido toda la información que necesitamos para responder a su queja, pero tendrá noticias sobre nosotros antes de los 60 días de haber recibido su queja. Le escribiremos para comunicarle los motivos de nuestra decisión.
- En caso de que una demora pudiese poner en peligro su salud, le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas de haber recibido toda la información necesaria para responder a su queja, pero tendrá noticias de nosotros antes de los siete (7) días de haber recibido la queja. Lo llamaremos o intentaremos localizarlo para comunicarle nuestra decisión. Recibirá una carta como seguimiento de nuestra comunicación en un plazo de tres (3) días hábiles.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión en caso de que no esté conforme con ella e incluiremos los formularios necesarios.

- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no contamos con la información suficiente, le enviaremos una carta para comunicárselo.

Apelaciones sobre una queja:

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en relación con su queja, usted puede presentar una **apelación sobre una queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación sobre una queja:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene, al menos, 60 días hábiles después de haber recibido noticias de nosotros para presentar una apelación sobre una queja.
- Puede presentarla usted mismo o una persona de su confianza puede presentar la apelación sobre una queja por usted.
- La apelación sobre una queja debe presentarse por escrito. Si realiza una apelación sobre una queja por teléfono, debe enviarla después por escrito. Después de recibir su llamada, le enviaremos un formulario con un resumen de la apelación realizada por teléfono. Si está de acuerdo con el resumen, debe firmarlo y devolvérselo. Antes de enviarnos el formulario, puede hacerle las modificaciones que sean necesarias.

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

Después de recibir su apelación sobre una queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. Esta carta le indicará:

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

Su apelación sobre una queja será revisada por una o más personas calificadas en un nivel superior al de quienes tomaron la primera decisión sobre la queja. Si su apelación sobre una queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de cuidado de salud calificados con, al menos, un revisor clínico, que no hayan participado en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Si contamos con toda la información que necesitamos, conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión a los dos días hábiles de haber recibido toda la información

que necesitamos para decidir la apelación. Si corresponde, se le proporcionarán los motivos de nuestra decisión y los fundamentos clínicos. Si aun así 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 **1-800-206-8125**.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) para recibir consejo gratis e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarle a manejar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Número de teléfono: 1-844-614-8800

(Servicio de apoyo TTY: 711)

Sitio web: icannys.org |

Correo electrónico: ican@cssny.org

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

Sus derechos

Como miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, tiene derecho a:

- Ser cuidado con respeto, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita del Plan Bienestar Personal de Healthfirst.
- Que su PCP le informe cuál es el problema, lo que puede hacer por usted y cuál será el resultado probable con palabras fáciles de comprender.
- Obtener una segunda opinión sobre su cuidado.
- Aceptar un tratamiento o plan para su cuidado después de que se le haya explicado dicho plan en su totalidad.
- Rehusarse al cuidado y que le digan a qué se arriesga si lo hace.
- Rehusar la inscripción en un hogar de salud y que le informen cómo debe recibir sus necesidades de cuidado de salud física y del comportamiento sin tener asignado un administrador de cuidados en hogares de salud.

- Obtener una copia de sus registros médicos y hablar sobre ella con su PCP y, si es necesario, pedir que se corrijan o se modifiquen sus registros médicos.
- Tener la certeza de que sus registros médicos son privados y que no se compartirán con nadie, excepto que así lo exija la ley, un contrato o que usted haya otorgado su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas del Plan Bienestar Personal de Healthfirst para resolver una queja, o puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York o ante el Departamento de Servicios Sociales local en cualquier momento que considere que no recibió un trato imparcial.
- Utilizar el Sistema Estatal de Audiencia Imparcial.
- Designar a alguien (familiar, amigo(a), abogado, etc.) para que hable por usted, en caso de que no pueda hablar por su cuenta acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir cuidado respetuoso y considerado en un entorno limpio y seguro, sin limitaciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro del Plan Bienestar Personal de Healthfirst, usted acepta:

- Trabajar con su PCP para cuidar y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona el sistema de cuidado de salud.
- Escuchar el consejo de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Comunicarse con el consultorio de su PCP o regresar si no mejora, u obtener una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado de salud con el respeto que espera para usted mismo.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado de salud. Llame a Servicios a los Miembros.
- Mantener sus citas. Si debe cancelarlas, llame tan pronto como sea posible.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, aunque sea después del horario de atención.

Directrices anticipadas

Es posible que en algún momento usted no pueda decidir acerca de su propio cuidado de salud. Al planificar por anticipado, puede organizar las cosas ahora para que en el futuro se cumplan sus deseos. En primer lugar, comuníquese a su familia, sus amigos y su médico qué tipo de tratamiento desea y cuál no. En segundo lugar, puede designar a un adulto de su confianza para que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que sepan lo que usted desea. En tercer lugar, lo mejor es que deje sus ideas por escrito. Los documentos que aparecen a continuación pueden ser útiles. No necesita utilizar los servicios de un abogado, pero es posible que desee hablar con uno acerca de este tema. Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender estos documentos o a obtenerlos. Dichos documentos no modifican su derecho a calificar para obtener beneficios de cuidado de salud de calidad. El único propósito es permitir que los demás sepan lo que usted desea en caso de no poder tomar una decisión por su cuenta.

Representante del cuidado de salud

Con este documento, usted designa a otro adulto de su confianza (por lo general, un amigo(a) o un miembro de su familia) para que tome decisiones acerca del cuidado médico si usted no puede hacerlo por sí mismo. Si hace esto, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

CPR y DNR

Usted tiene derecho a decidir si desea un tratamiento especial o de emergencia para resucitar su corazón o sus pulmones si su respiración o circulación se detienen. Si no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), debe dejar establecidos sus deseos por escrito. Su PCP proporcionará la orden de No resucitar (DNR, por sus siglas en inglés) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario de DNR para llevarlo con usted o un brazalete que comunicará su elección al proveedor médico de emergencia.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de su billetera indica que desea donar los órganos de su cuerpo para ayudar a otros en el momento en que usted fallezca. Asimismo, marque la parte posterior de su licencia de conducir para declarar si desea donar los órganos y de qué manera.

Aviso de privacidad de Healthfirst

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE. LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO ES EL 1 DE JULIO DE 2016.

En Healthfirst (formada por Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc.), respetamos la confidencialidad de su información de salud y la protegeremos de manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le entreguemos este aviso y que respetemos los términos de este aviso. Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir dicha información con otras personas. También le informa sobre sus derechos como nuestro valioso cliente y cómo usted puede ejercer tales derechos. Healthfirst le envía este aviso porque nuestros registros indican que nosotros le ofrecemos beneficios de salud o dentales con una póliza individual o grupal.

Este aviso se aplica a Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este aviso hasta que lo reemplacemos, y nos reservamos el derecho de cambiar dichos términos en cualquier momento. En caso de efectuar cambios significativos en nuestras prácticas de Privacidad, lo revisaremos y proporcionaremos un nuevo Aviso de Privacidad a todas las personas a quienes debamos entregarles el nuevo aviso dentro de 60 días de haber realizado el cambio. Además, publicaremos toda revisión significativa a este aviso en el sitio web de Healthfirst, Inc. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios a la información de salud que conservamos sobre usted antes y después de que este nuevo aviso entre en vigencia. Cada tres años, les notificaremos a nuestros miembros sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad y la manera de obtenerlo.

Healthfirst participa en un Acuerdo de Cuidado de Salud Organizado (OHCA, por sus siglas en inglés) según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). El acuerdo OHCA permite que Healthfirst y sus hospitales asociados cubiertos por este aviso compartan información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) de sus pacientes o miembros del plan para promover las operaciones conjuntas de las entidades participantes. Las organizaciones participantes de este OHCA pueden utilizar y divulgar la información de salud entre ellas según sea necesario para brindar tratamiento, obtener el pago del tratamiento, evaluar la calidad de los cuidados

que usted recibe, con fines administrativos y para operaciones conjuntas de cuidado de salud del OHCA.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA se comprometen a cumplir con los términos de este aviso con respecto a la información protegida de salud (PHI) que la entidad cubierta crea o recibe como parte de su participación en el OHCA. Las entidades cubiertas son Mount Sinai Health System (Mount Sinai Hospital, Mount Sinai Beth Israel, Mount Sinai St. Luke's, Mount Sinai West Roosevelt), St. Barnabas Hospital, Medisys Health Network, Maimonides Medical Center, Bronx-Lebanon Hospital, NYC Health + Hospitals, The Brooklyn Hospital Center, NorthWell Health, Montefiore Medical Center, Stony Brook University Medical Center, Interfaith Medical Center, St. John's Episcopal Hospital, SUNY-Downstate Medical Center/University Hospital of Brooklyn, and NuHealth. Las entidades cubiertas que componen el OHCA están ubicadas en diversas partes del área metropolitana de Nueva York. Este aviso se refiere a todas estas entidades.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA compartirán entre ellas la información protegida de salud siempre que sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud. Las entidades cubiertas que forman parte del OHCA pueden tener diferentes políticas y procedimientos en relación con el uso y la divulgación de la información sobre la salud que se crea y se mantiene en cada una de sus instalaciones. Además, si bien todas las entidades que conforman el OHCA utilizarán este aviso para las actividades relacionadas con el OHCA, también podrían usar un aviso específico para sus propias instalaciones cuando prestan los servicios en sus organizaciones respectivas. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea obtener más información sobre las entidades cubiertas por el OHCA, comuníquese con la Oficina de Privacidad al **1-212-801-6299**.

Cómo utilizamos o compartimos la información

En este aviso, cuando hablamos de "información" o "información sobre la salud" hacemos referencia a la información que recibimos directa o indirectamente de usted a través de formularios

de inscripción, como su nombre, dirección y otros datos demográficos; información de sus transacciones con nosotros o nuestros proveedores, como: antecedentes médicos, tratamiento de cuidado de salud, recetas, reclamaciones y visitas de cuidado de salud, solicitudes de servicios de salud e información sobre apelaciones o quejas formales; o bien información financiera relacionada con su elegibilidad para programas de salud del gobierno o relacionada con el pago de sus primas.

Usos y divulgaciones permitidos sin su consentimiento o autorización

Las siguientes son maneras en las que podemos usar o compartir información sobre usted.

Objetivos de tratamiento por parte de proveedores de cuidado de salud

Podemos divulgar la información sobre su salud a su médico, cuando éste lo solicite, para su tratamiento; utilizar la información para ayudar a pagar sus facturas por servicios médicos que nos hayan presentado médicos y hospitales para solicitar el pago, y compartir su información con sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle cuidado médico. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos brindarles acceso a cualquier registro médico que su médico nos haya enviado. Podemos usar o compartir su información con terceros para ayudar a administrar su cuidado de salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle el manejo de una enfermedad o un programa de bienestar que pudiera ayudar a mejorar su salud.

Pago del cuidado de salud

Podríamos divulgar su información médica para obtener primas; obtener o proporcionar el reembolso de facturas médicas; ayudar a hospitales o médicos a determinar la elegibilidad para la cobertura; administrar reclamaciones de facturas y otras operaciones de reembolso; revisar los servicios de cuidado de salud con respecto a necesidad médica, la pertinencia del cuidado o la justificación de los cargos; la revisión de la utilización, que incluye autorizaciones previas, certificaciones previas, revisiones actuales o retrospectivas de servicios; y notificar a las agencias de informes del consumidor de toda información protegida de salud relacionada con la cobranza de primas u otros reembolsos.

Operaciones de cuidado de salud

Podemos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo actividades de evaluación de calidad y de mejora; para la suscripción u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o remplazo de un contrato de seguro médico; compartir su información con otras personas que nos ayuden a administrar, planificar, o desarrollar nuestras

operaciones comerciales; autorizar a socios de negocios a llevar a cabo los servicios de agregación de datos; participar en la administración de casos o en la coordinación de cuidados. No compartiremos su información con estos grupos externos salvo que ellos acepten mantenerla protegida y tenemos prohibido usar o revelar su información genética con fines de aseguramiento. En algunas situaciones, es posible que compartamos la información sobre su salud con otra entidad cubierta para actividades limitadas de funciones propias del cuidado de salud y las actividades de cumplimiento relacionadas con el fraude y el abuso del cuidado de salud de la entidad que recibe la información sobre su salud.

Servicios de cuidado de salud

Podemos usar o compartir su información para proporcionarle información acerca de tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios en los que usted puede estar interesado. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre el asma, el control de la diabetes, o los programas de administración del cuidado de salud. No vendemos su información a grupos externos que pueden desear venderle sus productos o servicios, como una compañía de venta por catálogo. Podemos compartir información sobre su salud a nuestros socios de negocios para que nos ayuden con estas actividades.

Intercambio de información de salud

Podríamos utilizar o compartir información en forma electrónica a través de nuestro sistema de intercambio de información de salud con los hospitales y proveedores que participan en nuestro OHCA. Esta información puede incluir consultas e información clínica, como notificaciones de ingreso, alta y traslado hospitalarios, mediciones de la presión arterial, índices de masa corporal, resúmenes de consultas médicas y resultados de laboratorio. Podemos compartir información que incluya reclamaciones de farmacia que se hayan procesado, encuentros con médicos y diferencias en el cuidado de calidad. No compartiremos información con ningún consultorio médico, hospital, clínica, laboratorio u otra entidad que no forme parte del OHCA.

Como lo exige la ley

Las leyes estatales y federales pueden exigirnos que divulguemos su información de salud a otros. Es posible que se nos exija reportar información a agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, los Departamentos de Salud del estado y la ciudad de Nueva York, los Distritos Locales de Servicio Social y el Procurador General del estado de Nueva York.

También podríamos utilizar y revelar información sobre su salud de la siguiente manera:

- A una persona que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (como su representante legal, apoderado para el cuidado médico o tutor legal) con el fin de administrar sus derechos en la forma descrita en este aviso;
- Para reportar información a agencias de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad;
- Para dar información a un tribunal o una agencia administrativa (por ejemplo, en conformidad con una orden de un tribunal, una citación o una orden de protección de menores);
- Para reportar información a una autoridad gubernamental respecto a abuso de menores, abandono o violencia doméstica, o reportar información para que se cumpla la ley;
- Para compartir información para actividades de salud pública;
- Podemos compartir información relacionada con funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el Presidente, entre otros;
- Para fines de investigación, en circunstancias limitadas;
- A un médico forense, examinador médico o director de una funeraria acerca de una persona fallecida;
- A una organización de obtención de órganos en circunstancias limitadas; y
- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otros.

Usos y divulgaciones permitidos con su consentimiento o autorización

Si alguno de los motivos descritos previamente no se aplica a la forma en que usamos o revelamos su información de salud, debemos obtener su permiso por escrito para usar o revelar información sobre su salud. Por ejemplo, la mayoría de usos y revelaciones de notas de psicoterapia (si Healthfirst las conserva), usos y revelaciones de información protegida de salud con propósitos de mercadeo, y revelaciones que constituyen una venta de información protegida sobre salud, exigen que obtengamos su autorización por escrito antes de revelar dicha información. Si usted nos otorga un permiso por escrito para revelar su información personal de salud y cambia de parecer, puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Su revocación entrará en vigencia para toda la información médica que conservamos sobre usted, a menos que hayamos tomado medidas apoyados en su autorización.

Sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud que tenemos. Puede presentarnos una solicitud por escrito para que procedamos a llevar a cabo una o varias de las siguientes acciones con relación a la información sobre su salud:

- Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos por correo una copia de este aviso si lo recibió por otros medios distintos al correo de los Estados Unidos. También puede ver una copia del aviso en nuestro sitio web **healthfirst.org**.
- Tiene derecho a solicitar copias de la información sobre su salud. En limitadas ocasiones, no estamos obligados a aceptar su solicitud (por ejemplo, información perteneciente a notas de psicoterapia; información recopilada ante la expectativa razonable de, o para ser utilizada en, una acción o proceso judicial civil, penal o administrativo; e información sujeta a ciertas leyes federales que rigen productos biológicos y laboratorios clínicos). En ciertas otras situaciones, podemos denegarle su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de la información. Si denegamos su solicitud, le notificaremos por escrito y podríamos darle el derecho a hacer que la denegación sea revisada. Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que utilizamos o compartamos su información para tratamientos, pagos o funciones propias del cuidado de salud. También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos solicita que proporcionemos a familiares u otras personas involucradas en su cuidado de salud o en el pago de su cuidado de salud. Aunque es posible que respetemos su solicitud, no estamos obligados a aceptar estas restricciones.
- Usted tiene derecho a enviarnos instrucciones especiales respecto a la manera en que le enviamos información sobre el plan que contenga información protegida de salud. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos la información a través de un medio específico (como el correo de los Estados Unidos o por fax) o a una dirección específica si considera que podría resultar perjudicado si le enviáramos la información por otro medio (por ejemplo, en situaciones que impliquen violencia o altercados domésticos). Accederemos a sus solicitudes razonables de acuerdo con lo que se explica anteriormente. Aunque nos solicitara que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos, podríamos brindarle al titular del contrato información sobre los costos.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que conservamos

sobre usted en "su registro designado". Un registro designado es el conjunto de registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted, que incluye registros de inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones y administración de casos.

- Usted tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios a la información que conservamos sobre usted en su registro designado. Estos cambios se denominan enmiendas. Su solicitud por escrito debe incluir un motivo para hacerla. Le notificaremos por escrito sobre cada solicitud de realizar enmiendas que deneguemos junto con una explicación acerca de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación de ciertas revelaciones de su información que hayamos hecho durante los seis (6) años anteriores a su solicitud. No estamos obligados a proporcionarle un registro de las siguientes revelaciones:
 - Revelaciones anteriores al 14 de abril de 2003;
 - Revelaciones para fines de tratamientos, pagos y funciones propias del cuidado de salud;
 - Revelaciones hechas a usted, su representante personal o conforme con su autorización;
 - Revelaciones adecuadas a un propósito o una revelación de información que por lo demás sea permitida;
 - Revelaciones a personas involucradas en su cuidado o a otros efectos de notificación;
 - Revelaciones para fines de seguridad o inteligencia nacionales;
 - Revelaciones a instituciones correccionales, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley o agencias de supervisión de la salud; o
 - Revelaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para fines de investigación, salud pública o funciones propias del cuidado de salud.
- Usted será notificado por Healthfirst cuando ocurra una violación de información protegida de salud que no estaba asegurada.

Cómo ejercer sus derechos

Si usted desea ejercer los derechos que se describen en este aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad (a continuación), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., por teléfono, correo electrónico o por escrito. Le proporcionaremos la información y los formularios necesarios para que complete y devuelva a nuestra Oficina de Privacidad. En algunos casos, es posible que le cobremos una tarifa basada en el costo

para efectuar su solicitud. Si tiene preguntas acerca de este aviso o sobre cómo utilizamos o compartimos la información, por favor, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Healthfirst.

Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, puede llamar o escribir a la Oficina de Privacidad (a continuación). No tomaremos ninguna medida en contra de usted por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

Healthfirst Privacy Office
P.O. Box 5183
New York, NY 10274-5183
Teléfono: 1-212-801-6299
Correo electrónico: HIPAAPrivacy@healthfirst.org

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health
and Human Services
Jacob Javits Federal Building, Suite 3312
New York, NY 10278
O.C.R. Líneas directas y de voz: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov
Sitio web: hhs.gov/ocr/

Aviso de privacidad del estado de Nueva York

¿Qué es este aviso?

En Healthfirst, Inc. (por ejemplo, Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc., Senior Health Partners, Inc. y Healthfirst Insurance Company, Inc.), apreciamos la confianza que nuestros miembros depositan en nosotros y reconocemos lo importante y delicado que es proteger la confidencialidad de la información personal no pública que recopilamos sobre ellos. Recopilamos información personal no pública sobre nuestros miembros para administrar de manera eficaz nuestros planes de salud y ofrecer beneficios de cuidado de salud a los miembros de nuestros planes de salud. La protección de esta información es nuestra mayor prioridad y nos complace compartir con usted nuestra Política de Privacidad.

¿Qué significa "Información personal no pública"?

La información personal no pública (NPI, por sus siglas en inglés) consiste en información que identifica a un individuo inscrito en un plan de salud

de Healthfirst (por ejemplo, el plan Child Health Plus, el Plan Medicare de Healthfirst y Healthfirst Insurance Company, Inc.) y se relaciona con la inscripción de un individuo en el plan; la participación de un individuo en el plan; la condición física o de salud mental y del comportamiento de un individuo; la provisión de cuidado de salud a dicho individuo, o el pago por el cuidado de salud a dicho individuo. La NPI no incluye información pública disponible ni información que se registre o esté disponible de manera conjunta, sin ningún identificador personal.

¿Qué tipos de NPI recopila Healthfirst?

Al igual que todos los otros planes de cuidado de salud, recopilamos los siguientes tipos de NPI sobre nuestros miembros y sus dependientes, durante el curso normal de las actividades para proporcionarle a usted servicios de cuidado de salud:

- Información que recibimos directa o indirectamente de usted o de las agencias gubernamentales de la ciudad o del estado a través de las solicitudes de inscripción y elegibilidad, y en otras formas como las siguientes: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado civil, información sobre los dependientes, activos y declaraciones de impuestos.
- Información sobre las transacciones que realiza con nosotros, nuestros proveedores de cuidado de salud afiliados u otros, y que incluye, de manera no taxativa, información sobre apelaciones y quejas formales, reclamaciones por beneficios, historial de pago de primas, registros médicos e información sobre coordinación de los beneficios. También incluye información sobre su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.
- Información sobre su actividad en nuestro sitio web.

¿Qué NPI utiliza o divulga Healthfirst a terceros y por qué?

No compartimos NPI con ninguna persona sin su autorización por escrito, excepto según lo permitido por la ley. Si lo hiciéramos en el futuro, le notificaremos ese cambio en la política y le informaremos su derecho a darnos instrucciones para que no se comparta su información. Puede decirnos, en cualquier momento, que no compartamos su información personal con las compañías afiliadas que brindan productos o servicios que no son los nuestros. Si desea hacer uso de su opción de exclusión voluntaria o revocar una solicitud de exclusión voluntaria previa, deberá proporcionar la siguiente información para poder procesar su solicitud: nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro.

Puede utilizar cualquiera de los métodos a continuación para solicitar o revocar su exclusión voluntaria:

- Llámenos al **1-212-801-6299**
- Envíenos un correo electrónico a **HIPAAPrivacy@healthfirst.org**
- Envíenos por correo su solicitud de exclusión voluntaria por escrito a:

Healthfirst Privacy Office
P.O. Box 5183
New York, NY 10274-5183

¿De qué manera trata Healthfirst la NPI relacionada con la información personal sobre su salud?

Healthfirst no compartirá con terceros ningún tipo de información de salud no pública sin su autorización por escrito, salvo que la ley lo permita de otro modo. La información de salud no pública es información personal identificable individualmente que mantenemos en relación con el suministro de su cuidado de salud o el pago de este, incluidos sus registros médicos y la información sobre el pago de reclamaciones.

De acuerdo con la ley, Healthfirst tiene permitido compartir información no pública sobre la salud a fin de administrar sus beneficios de cuidado de salud, por ejemplo: autorización de solicitudes de servicios de cuidado de salud, pago de reclamaciones de servicios, garantía de mejoramiento y prácticas de control de calidad, resolución de inquietudes relacionadas con apelaciones o quejas formales y cualquier divulgación exigida por las agencias gubernamentales correspondientes.

Si en cualquier momento en el futuro, Healthfirst intentara compartir con terceros la información no pública sobre su salud de alguna manera no permitida por la ley, le enviaremos un formulario de consentimiento especial para que lo llene y firme antes de compartir su información.

Regulación 169 Aviso de privacidad [2007].

¿Cuáles son las Políticas de confidencialidad y seguridad de la NPI de Healthfirst?

Restringimos el acceso a la NPI sobre usted a aquellos empleados de Healthfirst que necesiten conocer dicha información a fin de proporcionarle servicios. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su NPI. Los empleados que violen nuestras políticas de confidencialidad o seguridad están sujetos a sanciones disciplinarias, que pueden incluir el despido.

¿Cómo me comunico con Healthfirst? Y otra información de contacto importante

Comunicarse con nosotros cuando necesita ayuda es fácil. La forma más rápida para obtener las respuestas que necesita suele ser en línea, pero también estamos disponibles para hablar en persona en nuestras oficinas locales de Healthfirst o por teléfono.

Rellene la información con los nombres y números de teléfono

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP):

Su administrador de cuidados en hogares de salud:

Su hogar de salud:

EN LÍNEA

Sitios web de Healthfirst

healthfirst.org (para obtener información general)
MyHFNY.org (para iniciar sesión en su cuenta segura de Healthfirst)
HFDocFinder.org (para buscar un médico, especialista, centro de atención de urgencia u hospital)

POR CORREO

Correspondencia general de los miembros

Plan Bienestar Personal
100 Church Street, New York, NY 10007

Servicio de pedido de medicamentos recetados por correo de una farmacia CVS (únicamente)

P.O. Box 2110, Pittsburgh, PA 15230-2110

POR TELÉFONO

Servicios a los Miembros de Healthfirst

1-855-659-5971
 las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 TTY: 1-888-867-4132

Administración de cuidados de Healthfirst

1-800-404-8778
 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
 TTY: 1-888-867-4132

Servicio de pedido de medicamentos recetados por correo de una farmacia CVS (únicamente)

1-800-378-5697
 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:30 p.m.

Cuidado dental

Elija un dentista primario (dentista habitual) para su cuidado dental. Estos beneficios son administrados por DentaQuest.

1-800-508-2047
 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Cuidado de la visión

Elija un oculista para el cuidado de la visión. Estos beneficios de la vista son administrados por Davis Vision.

1-800-753-3311
 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m.; sábados, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.; domingos, de 12:00 p.m. a 4:00 p.m.

Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia

Llame con tres días de anticipación para organizar el transporte a la cita médica.

Medical Answering Services para residentes de la ciudad de Nueva York:
1-844-666-6270, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 LogistiCare para residentes de Long Island:
1-844-678-1103, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. A 6:00 p.m.

Para obtener una autorización previa o notificar un ingreso al Plan Bienestar Personal de Healthfirst

Departamento de Gestión Médica de Healthfirst
1-888-394-4327
Fax: 1-646-313-4603
 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Oficinas Locales de Healthfirst

BRONX

Fordham

412 East Fordham Road

(entrada por Webster Avenue)

East Tremont

774 East Tremont Avenue

(entre Prospect Avenue y Marmion Avenue)

BROOKLYN

Bensonhurst

2236 86th Street

(entre Bay 31st Street y Bay 32nd Street)

Downtown Brooklyn

635 Fulton Street

(entre Hudson Avenue y Rockwell Place)

Sunset Park

5324 7th Avenue

(entre 53rd Street y 54th Street)

QUEENS

Elmhurst

40-08 81st Street

(entre Roosevelt Avenue y 41st Avenue)

Flushing

41-60 Main Street, Salas 201 y 311

(entre Sanford Avenue y Maple Avenue)

Main Plaza Mall

37-02 Main Street

(entre 37th Avenue y 38th Avenue)

Jackson Heights

93-14 Roosevelt Avenue

(entre Whitney Avenue y 94th Street)

Jamaica Colosseum Mall

89-02 165th Street, Nivel Principal

(entre 89th Avenue y Jamaica Avenue)

Richmond Hill

122-01 Liberty Avenue

(entre 122nd Street y 123rd Street)

MANHATTAN

Chinatown

128 Mott Street, Sala 407

(entre Grand Street y Hester Street)

28 East Broadway, 5° piso

(entre Catherine Street y and Market Street)

Washington Heights

1467 St. Nicholas Avenue

(entre West 183rd Street y West 184th Street)

LONG ISLAND

Bay Shore

Westfield South Shore Mall

1701 Sunrise Highway

Hempstead

242 Fulton Avenue

(entre N. Franklin Avenue y Main Street)

Lake Grove

Smith Haven Mall

313 Smith Haven Mall (en el área de Sears)

Patchogue

99 West Main Street

(entre West Avenue y Railroad Avenue)

Shirley

La Placita

58 D Surrey Circle

(entre William Floyd Parkway y Floyd Road)

Valley Stream

Green Acres Mall

2034 Green Acres Mall

Sunrise Highway

Nivel 1 (ala de Macy's Men)

Las ubicaciones de las oficinas locales están sujetas a cambio. Para conocer los locales más actualizados, visite healthfirst.org/locations.

Si tiene preguntas, llame a Servicios a los Miembros al **1-855-659-5971** (TTY 1-888-867-4132), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para acceder a su cuenta segura de Healthfirst, visítenos en MyHFNY.org.



Comuníquese con nosotros a través de nuestras redes sociales en HealthfirstNY para conocer los eventos y las actividades.

Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst PHSP, Inc. o Healthfirst Insurance Company, Inc. (en forma conjunta, "Healthfirst") proporcionan la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones.

Healthfirst Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408

(TTY 1-888-542-3821). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。