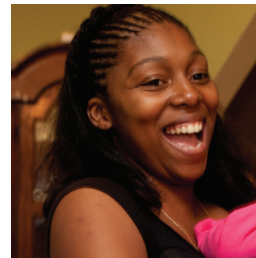
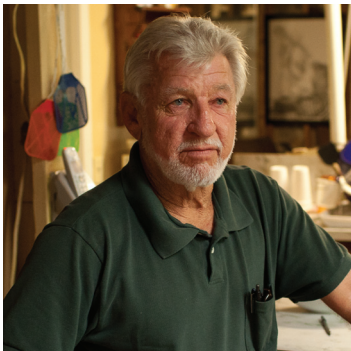


Health Plus



Real



Solutions

Manual Para Miembros

New York





1-800-600-4441 ■ healthplus.amerigroup.com

Estimado miembro:

¡Bienvenido a HealthPlus, an Amerigroup Company (HealthPlus Amerigroup), el galardonado plan de salud! Gracias por elegirnos. Su membresía tendrá vigencia a partir del primer día del mes desde la recepción de esta carta. HealthPlus Amerigroup ofrece cobertura de cuidado de la salud para miembros en el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Staten Island, Queens and Nassau County.

Si aún no ha elegido un Médico de Atención Primaria (PCP, por su sigla en inglés) para los integrantes de su familia que tengan cobertura, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 4441 (TTY 1-800-855-2884). Un representante de Servicios al Miembro lo ayudará a elegir un PCP de la red de proveedores de HealthPlus Amerigroup. Una vez que haya elegido un PCP, asegúrese de hacerse un reconocimiento médico inicial (chequeo regular) lo antes posible. Esta es una forma de conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer un reconocimiento médico, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Si es sordo o tiene problemas del oído, llame a la línea gratuita del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2884.

También puede comunicarse con Servicios al Miembro si tiene preguntas acerca de sus beneficios, necesita ayuda o desea conocer los servicios disponibles. Cuando llame, puede hablar con un representante de Servicios al Miembro o comunicarse con un enfermero a través de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería de 24 horas sobre una inquietud o un tema relacionado. Este servicio es gratuito. También puede acceder a nuestras funciones automáticas de autoservicio. Puede aprovechar estos servicios con nuestra línea automática las 24 horas, los siete días de la semana. Puede hacer lo siguiente:

- Elegir o encontrar a un PCP en la red de HealthPlus Amerigroup
- Cambiar de PCP
- Solicitar una tarjeta de identificación
- Actualizar su dirección o número telefónico
- Solicitar un manual del miembro o directorio de proveedores

Recibirá un directorio de proveedores y una tarjeta de identificación de miembro de HealthPlus Amerigroup para cada miembro dentro de los primeros 14 días de afiliación. Si usted o su hijo necesitan ver a un proveedor de HealthPlus Amerigroup antes de que llegue la tarjeta de identificación de miembro, lleve esta carta con usted a la cita. El proveedor llamará para verificar la afiliación.

Conozca nuestra Línea directa de enfermería de HealthPlus Amerigroup. Puede llamar a nuestro número gratuito: 1-800-600-4441 para hablar directamente con un enfermero sobre el tema o la preocupación vinculados a la salud. Este servicio es gratuito. Asegúrese de informarnos si cambia de domicilio o número de teléfono para que pueda seguir recibiendo información importante además de obsequios ocasionales de nuestra parte. También puede comunicarnos sus ideas y preocupaciones.

Atentamente,
Departamento de Servicios al Miembro

Puede llamarnos de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, o pasar por uno de nuestros centros:

BRONX

2411 Grand Concourse
718-933-9400

2501 Grand Concourse
718-365-1890

BROOKLYN

2875 West 8th Street
718-265-0040

3424 Church Avenue
718-940-0351

364 Knickerbocker Avenue
718-573-8530

5510 7th Avenue
718-871-5510

4810 Fifth Avenue
718-492-4399

815 59th Street
718-435-9260

1220 Liberty Avenue
1-888-809-8009

MANHATTAN

196 Canal Street
212-732-3510

4234 Broadway
212-568-0460

221 Sherman Avenue
212-304-0512
4764A Broadway
1-888-809-8009

39-41 East Broadway #111
1-888-809-8009

28 Bowery, Chinatown
212-791-1400

NASSAU

91 N. Franklin Street,
Hempstead
516-292-2818

QUEENS

153-17 Jamaica Avenue
718-297-4649

32-55 Steinway Street,
Astoria 718-777-2401

37-88 103rd Street, Corona
1-888-809-8009

102-06 Roosevelt Avenue,
Corona
1-888-809-8009

91-31 Queens Boulevard,
Suite 222, Elmhurst
718-205-7420

133-24 41st Avenue, Flushing
1-888-809-8009

150-15 41st Avenue, Flushing
718-460-0460

95-34 Roosevelt Avenue,
Jackson Heights
718-426-4912

116-03 Liberty Avenue,
Richmond Hill
718-848-9300

STATEN ISLAND

32 Richmond Terrace
718-876-7575

HealthPlus Amerigroup es una compañía con diversidad cultural. Todas las personas elegibles son bienvenidas a nuestros programas de atención médica, independientemente de su estado de salud. Si tiene preguntas o inquietudes, llame al 1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884) y pida hablar con la extensión 34925. O visítenos en healthplus.amerigroup.com.

HealthPlus Amerigroup
MANUAL DEL MIEMBRO DEL PLAN FAMILY HEALTH PLUS
PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

21 Penn Plaza, 360 W. 31st St., Fifth Floor
New York, NY 10001
1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884)
healthplus.amerigroup.com

Este manual le explicará cómo usar su Plan de salud. Guárdelo donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

Aquí Encontrará la Información que Necesita

BIENVENIDO AL PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS DE HEALTHPLUS AMERIGROUP	1
Cómo Funciona la Atención Médica Administrada.....	1
HealthPlus Amerigroup, Nuestros Proveedores y Usted	1
Cómo Usar Este Manual.....	2
Ayuda de Servicios al Miembro.....	2
Su Tarjeta de Identificación de HealthPlus Amerigroup	3
Manténganos Informados.....	3
Renovación de su Cobertura	3
PARTE 1 — LO PRIMERO QUE DEBE SABER	3
Cómo Elegir a Su Médico de Atención Primaria	3
Centros De Salud A Probados Por El Gobierno Federal De HealthPlus Amerigroup	4
Cómo Obtener Asistencia Básica	8
Cómo Recibir Atención Especializada y Una Remisión o Un Libreto	10
Reciba Estos Servicios de HealthPlus Amerigroup Sin Una Remisión o Un Libreto.....	11
Servicios Para la Mujer	11
Planificación Familiar.....	11
Pruebas Y Asesoramiento Sobre El VIH.....	11
Cuidado Oftalmológico.....	12
Evaluación De La Salud Del Comportamiento.....	12
Atención Odontológica.....	12
Servicios Para La Tuberculosis.....	12
Emergencias	12
Si piensa que tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:.....	13
Línea de Ayuda de Enfermería	13
Atención de Urgencia.....	13
Cuidado fuera de Estados Unidos	14
Queremos Ayudarlo A Que Conserve Su Salud.....	14
Programa de Servicios Sociales de HealthPlus Amerigroup	14
Unidad de Atención Centralizada Para el Manejo de Enfermedades.....	14
PARTE 2 — SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	16
Beneficios	16
Copagos.....	16
Prestaciones Cubiertas Por HealthPlus Amerigroup.....	18

Asistencia Básica.....	18
Atención Médica Preventiva	18
Atención Durante La Maternidad.....	18
Atención Médica Domiciliaria	20
Atención Oftalmológica.....	20
Atención Dental.....	20
Cómo Acceder a Servicios Odontológicos.....	21
Atención Hospitalaria	21
Servicios Para Enfermos Terminales	21
Atención de Emergencia	22
Servicios de Salud del Comportamiento	22
Atención Médica Especializada	22
Otros Servicios Cubiertos	22
Beneficio de Farmacia	22
Transporte para Family Health Plus	23
Prestaciones No Cubiertas por HealthPlus Amerigroup	23
Cómo se Paga a Nuestros Proveedores	24
Usted Puede Colaborar Con Las Políticas del Plan.....	24
Información de Servicios al Miembro	24
Alternativas Para Cancelar Su Membresía.....	25
Si Usted Desea Retirarse de HealthPlus Amerigroup.....	25
Si Usted Pierde Su Elegibilidad Para el Programa Family Health Plus de HealthPlus Amerigroup.....	26
Podemos Pedirle Que se Vaya HealthPlus Amerigroup.....	26
Usted Puede Cambiar de Family Health Plus a Medicaid con Spend Down.....	26
Si Queda Embarazada Mientras Está Inscrita en Family Health Plus.....	27
AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y ACCIONES.....	27
Autorización Previa Y Periodos De Tiempo.....	27
Solicitudes De Autorización De Servicios	28
Qué Sucede Una Vez Que Recibimos Su Solicitud de Autorización de Servicio	28
Plazos Para Solicitudes de Autorización Previa.....	28
Plazos Para Solicitudes de Revisión Simultánea.....	29
Otras Decisiones Acerca de su Atención.....	30
Apelaciones de Autorización de Servicios (Apelación de Medidas)	30
Su Proveedor Puede Solicitar una Reconsideración	30
Usted Puede Presentar una Apelación de Medidas Para la Autorización de Servicios	30
Asistencia Para Continuar Con Los Servicios Mientras Apela Una Decisión Sobre Su Atención	33
Apelaciones Externas	33
AUDIENCIAS IMPARCIALES	35
RECLAMOS.....	35
Cómo Presentar Un Reclamo Ante HealthPlus Amerigroup.....	36
Apelaciones de Reclamos.....	37
Cómo Presentar Una Apelación del Reclamo	37
Qué Sucede Una Vez Que Recibimos Su Apelación Del Reclamo:	37
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	38
Sus Derechos	38
Sus Responsabilidades	39

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS	40
CÓMO INFORMAR SOBRE EL USO INDEBIDO DEL PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS	41
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	41
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	49

BIENVENIDO AL PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS DE HEALTHPLUS AMERIGROUP

Nos alegramos de que haya elegido HealthPlus, an Amerigroup Company (HealthPlus Amerigroup). HealthPlus Amerigroup se compromete a acercarle la atención adecuada a su domicilio. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro del plan Family Health Plus (FHPlus). Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga, o pedir ayuda para hacer citas. En caso de que necesite comunicarse con nosotros antes de que lo contactemos, simplemente llámenos al 1-800-600-4441.

Cómo Funciona la Atención Médica Administrada

HealthPlus Amerigroup, Nuestros Proveedores y Usted

Probablemente usted se ha enterado de los cambios en la atención de la salud. Muchas personas reciben ahora sus beneficios de salud a través de la atención médica administrada. Muchos condados/ciudades del estado de New York, incluida la ciudad de New York, ofrecen una selección de planes de atención médica administrada de FHPlus. Sin embargo, en algunos condados puede haber solamente un plan que ofrece Family Health Plus. Con FHPlus, las personas deben inscribirse en un plan de atención médica administrada para poder recibir beneficios de atención médica.

HealthPlus Amerigroup tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas que están en Family Health Plus. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de atención médica para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos médicos, especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica conforman nuestra red de proveedores. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 para obtener una copia.

Cuando usted se inscribe en nuestros planes, queda a cargo de uno de nuestros proveedores. La mayor parte del tiempo, esa persona será su Médico de Atención Primaria (PCP). Si usted necesita hacerse una prueba, ver a un especialista o ir al hospital, su PCP se encargará de coordinar todo. Su PCP está a su disposición todos los días, de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP después de hora o durante los fines de semana, deje un mensaje y diga cómo se puede comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Aun cuando su PCP es su primer contacto para la atención médica, en algunos casos, usted podrá consultar por cuenta propia a ciertos médicos para algunos servicios. Consulte los detalles en la página 6.

Usted puede estar restringido a ciertos proveedores del plan si ha sido identificado como beneficiario restringido. A continuación hay ejemplos de por qué puede estar restringido:

- Recibir cuidado de varios médicos por el mismo problema
- Recibir cuidado médico con más frecuencia de la necesaria
- Usar medicamentos recetados en una forma que pueda ser peligrosa para su salud
- Permitir que una persona que no sea usted use su tarjeta de identificación del plan

Cómo Usar Este Manual

Este manual explica cómo funcionará su nuevo sistema de atención médica y cómo podrá aprovechar al máximo su Plan de salud HealthPlus Amerigroup. Este manual es su guía para los servicios de salud. Aquí encontrará los pasos que debe seguir para que el plan le resulte beneficioso.

La primera parte de este manual le dirá lo que debe saber en forma inmediata. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo como referencia o léalo de a poco. Si tiene alguna pregunta, consulte este manual o llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. También puede comunicarse con el personal de atención médica administrada del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por su sigla en inglés). Asegúrese de decirles que está en el Programa FHPlus. Si vive en la Ciudad de New York, también puede llamar al Servicio telefónico de OPCIÓN de Medicaid de New York al 1-800-774-4241.

Ayuda de Servicios al Miembro

Encontrará a alguien que lo ayudará en los Servicios al Miembro:

- De lunes a viernes.
- De 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
- Llame al 1-800-600-4441.

Si padece una deficiencia auditiva, llame al número de teléfono de texto (TTY, por su sigla en inglés) de HealthPlus Amerigroup, 1-800-855-2884. Si necesita ayuda o asesoramiento sobre atención médica en otros horarios, llame al 1-800-600-4441. Siga las instrucciones para hablar con un miembro del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días a la semana.

Puede llamar para obtener ayuda cuando desee hacer una pregunta. Puede llamarnos para elegir o cambiar su Médico de Atención Primaria (PCP), preguntar acerca de beneficios y servicios, obtener ayuda con las derivaciones, reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, informar el nacimiento de un bebé o preguntar acerca de cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios (por ejemplo, si consigue un empleo que ofrece cobertura de atención médica).

Un representante de HealthPlus Amerigroup le llamará para explicarle nuestro plan de salud y asegurarse de que tenga acceso inmediato a los servicios que necesite. Si desea encontrarse con un representante de HealthPlus Amerigroup en persona, llámenos para hacer una cita de orientación personal en una de nuestras oficinas en su comunidad. Ofrecemos sesiones gratuitas para explicar nuestro plan de salud y la mejor manera de ayudarlo. Es un momento propicio para que usted haga sus preguntas y conozca a otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para fijar la hora y el lugar más adecuados para usted.

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Queremos que aprenda a usar su plan de atención médica, sea cual sea el idioma que hable. Sólo tiene que llamarnos y encontraremos una manera de comunicarnos con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que puede ayudar. También lo asistiremos para encontrar un PCP que hable su idioma.

Para personas discapacitadas: Si usted utiliza una silla de ruedas, es no vidente o tiene problemas auditivos o de comprensión, llámenos si necesita ayuda especial. Podemos decirle si el consultorio particular de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicaciones. Además, disponemos de servicios como:

- Una máquina de TTY/TDD (Nuestro número telefónico de TTY es 1-800-855-2884)
- Información en letras grandes
- Administración de casos
- Ayuda para concertar o llegar a las citas
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad

Su Tarjeta de Identificación de HealthPlus Amerigroup

Después de afiliarse, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup debe llegar en un plazo de 14 días después de su fecha de afiliación. La misma tiene el nombre y número telefónico de su PCP. También tendrá su número de suscriptor (número de miembro). Si hay algún error, llámenos inmediatamente. Su tarjeta de identificación tiene números telefónicos de HealthPlus Amerigroup en el dorso. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya por atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, su carta de bienvenida es prueba de que usted es miembro. Todos los beneficios cubiertos por Family Health Plus pueden ser accedidos usando su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup.

Manténganos Informados

Llame a Servicios al Miembro toda vez que ocurran estos cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambia su situación de forma que puede afectar su elegibilidad para FHPlus
- Está embarazada
- Da a luz
- Recibe cobertura de otro programa de seguro de salud

Renovación de su Cobertura

Para mantener la cobertura de Family Health Plus, deberá renovar el plan anualmente. Recibirá un aviso por correo recordándole que debe renovar su cobertura. Podrá enviar el formulario de renovación por la misma vía. Si no entrega la información para la fecha establecida en la carta, su cobertura de atención médica finalizará.

Por favor colabore para mantener su seguro de salud.

- Si necesita ayuda para completar el paquete de renovación, puede ir a una de nuestras oficinas comunitarias, a otro facilitador de afiliación o a la HRA.

PARTE 1 — LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo Elegir a Su Médico de Atención Primaria

Debe elegir un proveedor que pertenezca a la red de HealthPlus Amerigroup. Es probable que ya haya escogido a su Médico de Atención Primaria (PCP) para que se desempeñe como su médico habitual. Esta persona podría ser un médico o personal de enfermería que participe en la red de HealthPlus Amerigroup.

Si aún no ha elegido un PCP, deberá hacerlo inmediatamente. Si no lo hace en un plazo de 30 días, elegiremos un PCP por usted. Cada miembro de su familia puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir uno para que se ocupe de toda la familia. Un pediatra trata niños. Los médicos especializados en medicina familiar tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan adultos. Los Servicios al Miembro pueden ayudarlo a elegir un PCP.

Con este manual, usted debe recibir un directorio de proveedores. Es una lista completa de médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros proveedores que trabajan con HealthPlus Amerigroup. Contiene listas de las direcciones, los teléfonos y la especialidad de los médicos. También encontrará a los médicos y proveedores que reciben a nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que reciban nuevos pacientes en el momento de elegir a un PCP. Posiblemente desee tratarse con un médico que:

- Ya haya consultado antes
- Entienda sus problemas de salud
- Reciba nuevos pacientes
- Hable su idioma
- Sea fácil de ubicar

Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros médicos obstetras/ginecólogos contratados para tratar los temas relacionados con la salud femenina. Las mujeres no necesitan una derivación del PCP para consultar a un obstetra/ginecólogo de HealthPlus Amerigroup. Pueden realizarse controles médicos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento, si hubiera algún problema, o atención regular durante el embarazo.

Tenemos contratos con varios Centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC, por su sigla en inglés). Todos los FQHC prestan servicios de atención médica primaria y especializada. Algunos clientes quieren ser atendidos en los FQHC porque estos centros tienen una larga historia en la comunidad. Quizás quiera utilizarlos porque es fácil llegar a ellos. Usted debe saber que tiene opciones. Puede elegir a uno de nuestros proveedores o inscribirse con un PCP en uno de los FQHC con los que trabajamos. Encontrará un listado de estos centros más abajo. Consulte su directorio de proveedores, lea la lista a continuación o llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda al 1-800-600-4441.

Centros De Salud A Probados Por El Gobierno Federal De HealthPlus Amerigroup

Amsterdam Avenue Family Health Center

690 Amsterdam Avenue
New York, NY 10025
212-865-4104

Lutheran Medical Center

150 55th Street
Brooklyn, NY 11220
718-630-7000

Beacon Christian Community Health Center Inc

2079 Forest Ave
Staten Island, NY 10303
718-815-6560

Morris Heights Health Center

85 W. Burnside Ave.
Bronx, NY 10453
718-716-4400

Bedford Stuyvesant Family Health Center

1413 Fulton Street
Brooklyn, NY 11216
718-636-4500

Betances Health Center

280 Henry St # A
New York, NY 10002
212-227-8843

Brooklyn Plaza Medical Center

650 Fulton Street
Brooklyn, NY 11217
718-596-9800

Brownsville Multi-services Family Health Center

592 Rockaway Avenue
Brooklyn, NY 11212
718-345-5000

Brownsville Multi-services Family Health Center at Genesis

592 Rockaway Avenue
Brooklyn, NY 11212
718-345-5000

Charles B. Wang Community Health Center

125 Walker St.
New York, NY 10013
212-379-6988

CHN - Betty Shabazz Health Center

999 Blake Avenue
Brooklyn, NY 11208
718-277-8303

CHN - Bronx Center

975 Westchester Avenue
Bronx, NY 10459
718-991-9250

Mt. Hope Family Practice

1731 Harrison Ave.
Bronx, NY 10453
718-583-9000

New Cassel/Westbury Health Center

682 Union Ave,
Westbury, NY 11590
516-571-9535

ODA Primary Care Health Center

14 Heyward Street
Brooklyn, NY 11211
718-852-0803

Park Slope Family Health Center

220 13th Street
New York, NY 11215
718-832-5980

Parkchester Family Practice

1597 Unionport Rd
Bronx, NY 10462-5902
718-822-1818

Phillips Family Practice

16 E 16th St.
New York, NY 10003
212-206-5200

Ramon S Velez Health Center

754 East 151 Street
Bronx, NY 10455
718-402-2800

Refuah Health Center

Spring Valley Location
728 North Main Street
Spring Valley, NY 10977
845-354-9300

CHN - CABS Center

94-98 Manhattan Avenue
Brooklyn, NY 11206
718-388-0390

CHN - Caribbean House Center

1167 Nostrand Avenue
Brooklyn, NY 11225
718-778-0198

CHN - Community League Center

1996 Amsterdam Ave
New York, NY 10032
212-781-7979

CHN - Downtown Health Center

150 Essex Street
New York, NY 10002
212-477-1120

CHN - Helen B Atkinson Center

81 W. 115th Street
New York, NY 10026
212-426-0088

CHN - Queens Center

97-04 Sutphin Boulevard
Jamaica, NY 11435
718-657-7088

Community Health Center of Richmond

235 Port Richmond Ave
Staten Island, NY 10302
718-876-1732

Refuah Health Center

Twin Location
5 Twin Avenue
Spring Valley, NY 10977
845-354-9300

South Fallsburg Location

South Fallsburg Family Medical
36 Laurel Avenue
South Fallsburg, NY 12779
845-354-9300

Roosevelt/Freeport Family Health Center

380 Nassau Road
Roosevelt, NY 11575
516-571-8600

Ryan/Chelsea-Clinton Community Health Center

645 Tenth Avenue
New York, NY 10036
212-265-4500

Ryan-Nena Community Health Center

279 East Third Street
New York, NY 10009
212-477-8500

Settlement Health & Medical Service

212 East 106 Street
New York, NY 10029
212-360-2600

Sidney Hillman Family Practice

16 E 16th St
(between 5th Ave & W Union Sq)
New York, NY 10003
212-924-7744

Damian Family Care Center

13750 Jamaica Avenue
Jamaica, NY
718-298-5100

Dr Martin Luther King Jr Health Center

1265 Franklin Ave
Bronx, NY 10456
718-503-7700

East 13th Street Family Practice

113 East 13th Street
New York, NY 10003
212-253-1830

EHCHS Inc. Boriken Neighborhood Health Center

2253 3rd Avenue, 3rd Floor
New York, NY, 10035
212-289-6650

Elmont Health Center

161 Hempstead Turnpike
Elmont, NY 11003
516-571-8200

Hempstead Health Center

135 Main St.
Hempstead, NY 11550-2414
516-572-1300

Hunt's Point Multi-Service Ctr - Ramon S Velez

754 East 151 Street
Bronx, NY 10455
718-402-2800

Sunset Park Family Health Center

150 55th Street
Brooklyn, NY 11220
718-630-7095

Sunset Terrace Family Health Center

514 49th Street
Brooklyn, NY 11220
718-431-2600

Urban Health Plan - Bella Vista Health Center

1065 Southern Boulevard
Bronx, NY 10459
718-589-2440
212-517-1891

Urban Health Plan - El Nuevo San Juan Health Center

1065 Southern Boulevard
Bronx, NY 10459
718-589-2440

Urban Health Plan - Plaza Del Castillo Health Center

1515 Southern Boulevard
Bronx, NY 10460
718-589-1600

Urban Horizons Family Practice

50 East 168th Street
Bronx, NY 10452
718-293-3961

Walton Family Health Center

1894 Walton Avenue
Bronx, NY 10453
718-583-3060

Institute for Family Health - Sidney Hillman Family Practice

16 East 16th Street
New York, NY 10003
212-633-0800, ext. 1337
212-206-5200 (medical)

William F. Ryan Community Health Center

110 West 97th Street
New York, NY 10025
212-316-7906

Joseph P. Addabbo Family Health Center

67-10 Rockaway Beach Blvd.
Averne, NY 11692
718-945-7150

En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de HealthPlus Amerigroup. Existen dos casos en los que puede continuar viendo a otro médico que tenía antes de ingresar a HealthPlus Amerigroup. Sin embargo, en ambos casos su médico debe aceptar trabajar con HealthPlus Amerigroup:

1. Usted tiene más de tres meses de embarazo al ingresar y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede continuar con su médico hasta su parto y atención de seguimiento.
2. En ese caso, puede solicitar conservar su médico durante 60 días desde la fecha de inscripción a HealthPlus Amerigroup. En ambas situaciones, sin embargo, su médico deberá aceptar trabajar con HealthPlus Amerigroup.

Si tiene una enfermedad de larga duración, como VIH/SIDA u otros problemas de salud de largo plazo, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Llame a Servicios al Miembro y lo ayudarán a realizar este cambio.

Si es necesario, puede cambiar su PCP en los primeros 30 días después de su primera cita con este profesional. Luego, podrá cambiar una vez cada seis meses sin motivo justificado, o más a menudo si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra/ginecólogo o el especialista al que su PCP la derivó.

Si su proveedor se retira de HealthPlus Amerigroup, se lo informaremos dentro de los 15 días a partir del momento en que tengamos conocimiento. Si lo desea, puede recibir atención de ese proveedor si tiene más de tres meses de embarazo o si está en tratamiento permanente por un trastorno. Si esta embarazada, su médico podrá seguir atendiéndola hasta 60 días después del parto. Si consulta regularmente a un médico por un trastorno permanente, puede continuar el curso del tratamiento actual durante 90 días. Su médico deberá aceptar trabajar con HealthPlus HealthPlus Amerigroup durante este tiempo. Si uno de estos trastornos se aplica a su caso, consulte a su PCP o comuníquese con Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Cómo Obtener Asistencia Básica

El término “asistencia básica” comprende exámenes, controles médicos regulares, vacunas u otros tratamientos para ayudar a mantener su salud, asesoramiento cuando sea necesario y derivaciones a hospitales o especialistas cuando haga falta.

Significa que usted y su PCP trabajan conjuntamente para mantener su salud o controlar que usted reciba la atención que necesita. De día o de noche, puede comunicarse con su PCP simplemente con una llamada telefónica. Asegúrese de llamarlo/a cuando tenga una pregunta o una inquietud médica. Si llama después de horas laborales o fines de semana, deje un mensaje e informe a su PCP dónde o cómo lo puedan localizar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde que su Médico de Atención Primaria lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.

Su atención deberá ser necesaria desde el punto de vista médico. Las prestaciones que usted recibe deben ser necesarias para:

- Prevenir o diagnosticar y corregir algo que puede provocar más sufrimiento
- Tratar un potencial riesgo para su vida
- Tratar un problema que puede provocar una enfermedad
- Tratar un trastorno que puede limitar sus actividades normales

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted debe tener una cita para visitarlo. Si no puede asistir a la consulta, llame para comunicárselo a su PCP. En cuanto elija un PCP, llame para solicitar una primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que usted pueda comentarle acerca de su historial médico.

Si puede, prepárese para su primera cita. Haga una lista de sus antecedentes médicos, sus problemas actuales y las preguntas que desea formularle. Debe realizar su primera visita a su PCP dentro de los primeros tres meses de su afiliación al plan.

Si necesita atención médica antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicar el problema. Él o ella le darán una cita en una fecha más cercana. (Igualmente deberá conservar la “primera” cita).

Utilice la siguiente lista como una guía de citas sobre el tiempo que debe esperar después de haber solicitado una cita:

TIPO DE CITA	SU CITA SERÁ EN
Su primera cita y exámenes físicos de rutina:	12 semanas
Atención de urgencia:	24 horas
Consultas por enfermedad no urgentes:	3 días
Atención de rutina, preventiva:	4 semanas
Primera consulta prenatal:	3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo y 1 semana durante el tercero)
Primera consulta de planificación familiar:	2 semanas
Consulta de seguimiento después de acudir a la sala de emergencia o como paciente hospitalizado para atención médica del comportamiento:	5 días
Visita de atención médica del comportamiento no urgente:	2 semanas

Si no puede concurrir a la cita que tiene programada, llame al consultorio del médico al menos 24 horas antes para informar esto. Podrá concertar una nueva cita en ese mismo momento.

Cómo Recibir Atención Especializada y Una Remisión o Un Libreto

Si necesita atención que su PCP no puede darle, él o ella lo remitirán a un especialista que sí pueda. Si su PCP lo remite a otro médico, él o ella le darán una remisión o un libreto. Usted no es responsable de ningún costo salvo los copagos según se describen más adelante en este manual. Los copagos pueden aplicar para ciertas consultas y servicios médicos. La mayoría de estos especialistas son proveedores del plan. Si no tenemos un especialista en nuestro plan que pueda darle la atención que necesita, la conseguiremos a través de un especialista que no participe en nuestro plan. Hable con su PCP para averiguar cómo funcionan las derivaciones. Si piensa que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Éste puede ayudarle en caso de que necesite ver a un especialista diferente. Hay tratamientos y servicios que su PCP debe pedir que aprobemos antes de poder brindárselos. Él/ella podrá decirle de cuáles se trata. Cuando su PCP lo remita a un especialista, asegúrese de llevar consigo su formulario de remisión o libreto al especialista.

Si usted necesita consultar a un especialista fuera del plan debido a que no contamos con un especialista en el plan que pueda satisfacer sus necesidades, hable con su PCP. Usted o su PCP — en su nombre — deberán solicitar autorización para derivarlo a un especialista fuera del plan.

La solicitud de autorización para una derivación o un servicio no cubierto se llama solicitud de autorización de servicio. Consulte la sección Solicitud de autorización de servicio en las páginas 19 y 20 para mayor información. Si su PCP o HealthPlus Amerigroup le remiten a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de ningún costo salvo los copagos habituales según se describen más adelante en este manual.

Toda decisión de rechazar una solicitud de autorización de la cobertura de un servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina una medida. Si no está conforme con nuestra decisión sobre su atención, puede presentar un reclamo. Consulte la sección Apelaciones de autorización de servicios (apelación de medidas) en la página 20 para mayor información.

Si necesita consultar a un especialista para obtener atención continua, es posible que su PCP le remita a él/ella para que le atienda durante un período de tiempo o una cantidad de visitas específica (esto se llama remisión permanente). Si cuenta con una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención del mismo especialista.

Si usted padece una enfermedad de larga duración o una enfermedad discapacitante que empeora con el tiempo, es posible que su PCP pueda disponer:

- Que su especialista actúe como su PCP; o
- Una derivación a un centro de atención especializada para el tratamiento de su problema
- Servicios para enfermos terminales, si usted se encuentra en esa situación
- Si está teniendo problemas para obtener un referido que piensa que necesita, contacte a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884).

Usted también puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 para obtener información sobre cómo acudir a un centro de atención especializada.

Reciba Estos Servicios de HealthPlus Amerigroup Sin Una Remisión o Un Libreto

Servicios Para la Mujer

No necesita una remisión o un libreto de su PCP para ver a uno de nuestros proveedores participantes dos veces al año si:

- Está embarazada o necesita realizarse una prueba de embarazo
- Necesita servicios de un obstetra/ginecólogo
- Necesita servicios de planificación familiar
- Desea consultar a una partera
- Necesita un examen de mamas o de la pelvis

Planificación Familiar

Usted puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar:

- Asesoramiento para el control de la natalidad
- Prescripción médica para el control de la natalidad
- Pruebas de embarazo
- Esterilización
- Un aborto necesario desde el punto de vista médico

Durante su visita, también puede someterse a análisis para la detección de infecciones de transmisión sexual, un examen para la detección de cáncer de mama o un examen pélvico.

No necesita una derivación o un libreto de su PCP para obtener estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup para consultar a uno de los proveedores de planificación familiar o concurrir a alguna de las farmacias contratadas por HealthPlus Amerigroup. Si desea ayuda para encontrar a un proveedor, consulte el directorio de proveedores de HealthPlus Amerigroup o llame a Servicios al Miembro.

Pruebas Y Asesoramiento Sobre El VIH

Puede someterse a pruebas del VIH y obtener asesoramiento sobre este problema siempre que reciba servicios de planificación familiar. No necesita una derivación de su PCP para esto. Bastará con que haga una cita con un proveedor de planificación familiar.

Si usted desea realizarse análisis y recibir asesoramiento sobre el VIH, pero no como parte de un servicio de planificación familiar, su Médico de Atención Primaria puede encargarse de los trámites. También puede visitar un centro anónimo de pruebas y asesoramiento sobre el VIH. Para obtener información, llame a la línea directa de apoyo psicológico para el VIH del Estado de New York: 1-800-872-2777 ó 1-800-541-AIDS.

Si usted necesita tratamiento para el VIH después de las pruebas y servicios de asesoramiento, su PCP le ayudará a obtener la atención de seguimiento.

Cuidado Oftalmológico

No necesita una derivación de su PCP para un examen ocular, para obtener gafas nuevas. Sólo tiene que elegir uno de nuestros proveedores participantes. No olvide que existe un límite de un examen ocular y un par de gafas cada dos años. Si usted necesita consultar a un oftalmólogo para la atención de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo derivará.

Los inscritos con diagnóstico de diabetes pueden autorremitirse para un examen de fondo de ojo (de retina) una vez al año en cualquier período de 12 meses.

Evaluación De La Salud Del Comportamiento

Puede someterse a una evaluación de salud mental y una de dependencia de sustancias químicas (incluido el alcohol y el abuso de sustancias), sin una derivación y en cualquier período de 12 meses. Debe utilizar un proveedor de HealthPlus Amerigroup, pero no necesita una derivación de su PCP. Si usted necesita asistir a más visitas, su PCP lo ayudará a conseguir una derivación.

Atención Odontológica

Los servicios cubiertos incluyen servicios odontológicos regulares y de rutina y suministros y dispositivos requeridos para aliviar condiciones de salud; estos servicios son proporcionados por su odontólogo de atención primaria. Los servicios profesionales de un odontólogo para cirugía dental realizada en un entorno de hospitalización o ambulatorio no están cubiertos.

Servicios Para La Tuberculosis

Puede acudir a su PCP para obtener un diagnóstico y tratamiento de la TB. También puede ir a una clínica del Departamento de Salud de la Ciudad de New York. No necesita una derivación para obtener estos servicios en una de estas clínicas.

Emergencias

Usted siempre tiene cobertura para los servicios de emergencia. Una emergencia implica un trastorno médico o del comportamiento:

- Que se presenta repentinamente
- Está acompañado de dolor u otros síntomas

Esta situación hará que una persona con un conocimiento medio de temas de salud sienta temor de que alguien pueda sufrir deformaciones severas, daños graves en su cuerpo o a sus funciones corporales si no recibe atención inmediata. Ejemplos de una emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho
- Una hemorragia que no se detiene o una quemadura grave
- Fractura de huesos
- Dificultad para respirar/convulsiones/pérdida del conocimiento
- Cuando siente que puede lastimarse o lastimar a los demás
- Si está embarazada y tiene síntomas como por ejemplo, dolor, hemorragia, fiebre o vómitos

Ejemplos de situaciones que no representan una emergencia son: resfríos, dolores de garganta, descomposturas de estómago, lastimaduras y magulladuras o músculos distendidos.

Llame a su PCP para una cita. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre de una cerca de Centro de Atención Urgente.

Si piensa que tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si considera que se trata de una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana. No necesita la aprobación de HealthPlus Amerigroup o de su PCP para recibir atención de emergencia y no se le exige que utilice nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP o a HealthPlus Amerigroup al 1-800-600-4441 y siga las opciones para hablar con una enfermera en la Nurse HelpLine, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Diga a la persona con quien habla lo que está sucediendo. Su PCP o una enfermera de HealthPlus Amerigroup en vivo:

- Qué hacer en su casa
- Que se presente en el consultorio del PCP
- Que acuda a la sala de emergencia más cercana

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia vaya a la sala de emergencia más cercana.

Recuerde

1. No se necesita aprobación previa para solicitar servicios de emergencia.
2. Use la sala de emergencia únicamente si tiene una emergencia.
3. La Sala de emergencia NO debe usarse para problemas como por ejemplo, gripe, dolores de garganta o infecciones de oído
4. Si desea formular alguna pregunta, llame a su Médico de atención primaria o a HealthPlus Amerigroup al 1-800-600-4441.

Línea de Ayuda de Enfermería

Si no está seguro si ir a una sala de emergencias o si solo necesita ayuda para recibir consejo médico, puede llamar a la Nurse HelpLine de HealthPlus Amerigroup en cualquier momento por ayuda con sus preguntas de atención médica. Para hablar con un miembro del personal de enfermería, comuníquese con la Línea de ayuda de enfermería de HealthPlus Amerigroup al 1-800-600-4441, y siga las instrucciones; puede llamar en cualquier momento durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Atención de Urgencia

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no se considere una emergencia pero que, de todos modos, necesite atención de urgencia. Podría ser el caso de un episodio de vómitos persistentes o diarrea. También podría tratarse de un esguince de tobillo o una astilla importante que no puede quitar.

Puede obtener una cita para recibir atención de urgencia en el mismo día o al día siguiente. Ya sea que esté en su casa o no, llame a su PCP a cualquier hora, de día o de noche. Si no logra localizar a su PCP, llámenos al 1-800-600-4441 y siga las instrucciones para hablar con un miembro del personal de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Diga a la persona que contesta lo que le ocurre y ésta le indicará qué hacer.

Cuidado fuera de Estados Unidos

Cualquier cuidado recibido fuera de Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana no estará cubierto por HealthPlus Amerigroup.

Queremos Ayudarlo A Que Conserve Su Salud

Además de los controles médicos regulares que usted necesita, aquí encontrará otras maneras para ayudarlo a conservar su buena salud:

- Visitas prenatales a domicilio
- Visitas postnatales a domicilio
- Atención y nutrición prenatal
- Recursos para dejar de fumar
- Manejo del estrés
- Línea de ayuda de enfermería
- Control del peso
- Educación sobre el asma
- Lectura de cuentos para niños
- Control del colesterol
- Prevención del cáncer cervical y de mama
- Educación sobre la salud dental
- Campamentos de verano sobre la salud
- Apoyo por sufrimiento o pérdida
- Educación sobre salud en su boletín del miembro
- Asesoramiento acerca de la diabetes y capacitación de automanejo
- Asesoramiento sobre el asma y capacitación de automanejo
- Atención del recién nacido y asesoramiento sobre la lactancia
- Clases de educación para la salud para los niños y sus familias
- Campamentos de verano sobre la salud

Si desea participar de alguno de estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. También puede obtener una lista de las próximas clases.

Programa de Servicios Sociales de HealthPlus Amerigroup

Para ayudarlo a mantenerse saludable, el equipo del Programa de servicios sociales de HealthPlus Amerigroup lo llamará de vez en cuando.

Un representante del Programa de servicios sociales se encargará de ver si usted ha recibido los servicios preventivos recomendados y podrá ayudarlo a concertar las citas. Los servicios recomendados incluyen:

- Exámenes físicos anuales
- Visitas anuales al dentista
- Pruebas de detección de cáncer cervical
- Pruebas de detección de cáncer de mama
- Atención del diabético

El alcance se hace por correo y a través de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, cuando sea apropiado. Esto garantiza que los niños se mantengan al día con respecto a sus vacunas y su programación de chequeo de niño sano. El representante del Programa de servicios sociales lo ayudará a solicitar una cita con su PCP, dentista u obstetra/ginecólogo, en caso de que usted no haya recibido estos servicios.

Unidad de Atención Centralizada Para el Manejo de Enfermedades

HealthPlus Amerigroup cuenta con un programa de la Unidad de Atención Centralizada para el Manejo de Enfermedades (Disease Management Centralized Care Unit, DMCCU). Un equipo de trabajadores sociales y enfermeros autorizados, llamados administradores de atención de la DMCCU, le educan sobre su afección y le ayudan a aprender a manejar su atención.

Su proveedor de atención primaria o PCP y nuestro equipo de administradores de atención de la DMCCU le ayudarán con sus necesidades de atención médica.

Los administradores de atención de la DMCCU brindan apoyo por teléfono para miembros acerca de las siguientes afecciones:

- Diabetes
- VIH/SIDA
- Afecciones cardíacas
- Asma
- Esquizofrenia
- Hipertensión
- Afecciones pulmonares
- Enfermedad coronaria
- Obstrucción pulmonar crónica
- Afecciones de la salud del comportamiento
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresivo mayor
- Insuficiencia cardíaca congestiva

Los administradores de atención de la DMCCU pueden trabajar con usted para crear metas de salud y ayudarle a desarrollar un plan para alcanzarlas. Como miembro del programa, se beneficiará porque contará con un administrador de atención que se encarga de lo siguiente:

- Le escucha y se toma el tiempo para comprender sus necesidades específicas
- Le ayuda a crear un plan de atención para alcanzar sus metas de atención médica
- Le da las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que pueden ayudarle a mejorar su calidad de vida
- Le proporciona información de salud que puede ayudarle a tomar mejores decisiones
- Le ayuda a coordinar la atención con sus proveedores

Como miembro de HealthPlus Amerigroup inscrito en la Unidad de Atención Centralizada para el Manejo de Enfermedades (DMCCU), usted tiene determinados derechos y obligaciones. Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información sobre HealthPlus Amerigroup. Esto incluye todos los programas y servicios del HealthPlus Amerigroup al igual que la formación y experiencia laboral de nuestro personal. También incluye los contratos que tenemos con otras empresas o agencias.
- Negarse a formar parte o desafilarse de los programas y servicios que ofrecemos
- Saber qué miembros del personal coordinan sus servicios de atención médica y a quiénes solicitarles un cambio
- Obtener ayuda de HealthPlus Amerigroup para tomar decisiones junto con sus médicos acerca de su atención médica
- Aprender acerca de todos los tratamientos relacionados con la DMCCU. Estos incluyen aquellos mencionados en las pautas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por HealthPlus Amerigroup. Tiene derecho a analizar todas las opciones con sus médicos.
- Mantener su información personal y médica en forma confidencial en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA); saber quién tiene acceso a su información; saber qué hace HealthPlus Amerigroup para mantener su privacidad
- Ser tratado con cortesía y respeto por el personal de HealthPlus Amerigroup

- Presentar una queja ante HealthPlus Amerigroup y a ser informado sobre cómo proceder para hacerlo. Esto incluye conocer los estándares de respuesta oportuna de HealthPlus Amerigroup ante quejas y resolver las cuestiones de calidad
- Recibir información que pueda entender
- Que HealthPlus Amerigroup actúe en su defensa en caso de que sea necesario

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Que escuche y conozca las consecuencias de aceptar o rechazar recomendaciones de atención médica
- Que proporcione a HealthPlus Amerigroup la información necesaria para poder brindar nuestros servicios
- Que informe a HealthPlus Amerigroup y a sus médicos si usted decide desafilarse del programa de la DMCCU

Si tiene alguna de estas afecciones o desea obtener más información acerca de nuestra DMCCU, llame al 1-888-830-4300 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este. Pida hablar con un administrador de atención de la DMCCU. También puede visitar nuestro sitio Web en healthplus.amerigroup.com.

PARTE 2 — SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual es para su información, cuando la necesite. Esta parte enumera las prestaciones cubiertas y no cubiertas disponibles en FHPlus. Si desea presentar un reclamo, encontrará en el manual la forma de hacerlo. El manual contiene información adicional que puede resultarle útil. Consérvelo donde pueda encontrarlo fácilmente cuando lo necesite.

Beneficios

FHPlus abarca un conjunto completo de prestaciones o beneficios de atención médica. HealthPlus Amerigroup proporcionará o coordinará todas las prestaciones cubiertas.

Puede obtener algunas prestaciones, sin embargo, sin pasar por su PCP. Estas prestaciones incluyen: atención de emergencia, planificación familiar/pruebas y asesoramiento sobre el VIH y los servicios de consulta sin necesidad de derivación médica que se mencionan en la Parte 1.

Copagos

Los miembros de Family Health Plus deben realizar copagos cuando reciben determinada atención médica y servicios. Algunos miembros están exentos y no deben pagar. Lea la siguiente lista de servicios que requieren copagos y la información sobre los miembros que están exentos.

PRESTACIÓN	COPAGO
Medicamentos recetados de marca	\$6 para cada receta médica y renovación de la receta
Medicamentos recetados genéricos	\$3 para cada receta médica y renovación de la receta
Consulta clínica	\$5 por consulta
Consulta médica	\$5 por consulta

PRESTACIÓN	COPAGO
Consulta odontológica	\$5 por consulta hasta un total de \$25 por año
Pruebas de laboratorio	\$0.50 por prueba
Servicios de radiología - como radiografías de diagnóstico, servicios de ecografía, medicina nuclear y oncología	\$1 por servicios de radiología
Hospitalización	\$25 por estadía hospitalaria
Ingreso no urgente a la sala de emergencia	\$3 por ingreso
Medicamentos de venta libre (solamente para dejar de fumar e insulina)	\$0.50 por medicamento
Suministros médicos (solamente para diabetes y fórmulas enterales)	\$1 por suministro

Si tiene dudas, puede consultar los Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 o llamar a la Línea de información de Family Health Plus del Departamento de salud al 1-877-934-7587. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la farmacia, llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga autorizaciones previas de nuestra parte antes de escribir su receta. Su médico puede trabajar con HealthPlus Amerigroup para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Aprenda más sobre autorización previa más adelante en este manual.

Usted tiene una opción sobre dónde abastece sus recetas. Puede ir a cualquier farmacia que participa con nuestro plan o puede abastecer sus recetas usando una farmacia de pedido por correo. Para más información sobre sus opciones, contacte a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884).

Las siguientes prestaciones no requieren copagos:

- Servicios de emergencia
- Clínicas de salud mental
- Medicamentos para la tuberculosis
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Medicamentos para pacientes con enfermedades mentales (psicotrópicos)
- Clínicas para pacientes con dependencia de sustancias químicas
- Medicamentos recetados para un residente de un centro de atención para adultos

No debe realizar un copago si:

- Es menor de 21 años
- Está embarazada

- Vive en un centro residencial en la comunidad habilitado por la Oficina de salud mental o la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo
- No puede abonar el copago en ningún momento e informa a su proveedor que le es imposible pagarlo

No se puede denegar una prestación a los miembros de Family Health Plus que no están en condiciones de realizar el copago por no poder afrontar el gasto.

Su proveedor no puede rehusarse a brindarle atención o prestación médica porque usted no puede pagar. (Sin embargo, adeudará el monto del copago a su proveedor y éste puede pedirle que le pague más adelante o enviarle una factura).

Prestaciones Cubiertas Por HealthPlus Amerigroup

Debe solicitar estos servicios a los proveedores de HealthPlus Amerigroup. Todos los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico y ser proporcionados o derivados por su PCP.

Asistencia Básica

- Visitas al consultorio de su PCP
- Derivaciones a especialistas
- Examen ocular/auditivo

Atención Médica Preventiva

- Chequeos regulares
- Análisis y procedimientos ordenados por su PCP o especialista
- Acceso a servicios de Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) para afiliados de 19 y 20 años de edad
- Consejería para dejar de fumar; los inscritos son elegibles para seis sesiones en un año calendario

Atención Durante La Maternidad

Las mujeres inscritas en Family Health Plus que queden embarazadas serán elegibles para Medicaid ya que las exigencias financieras son diferentes y el tamaño de la familia se modifica. Si usted queda embarazada mientras está inscrita en Family Health Plus, tiene que tomar una decisión. Quizás desee cambiar su cobertura de Family Health Plus por Medicaid.

Medicaid cubre más prestaciones que Family Health Plus, que usted podría necesitar o no de acuerdo con sus necesidades médicas. Sin embargo, es posible que si decide pasarse a Medicaid, deba cambiar de médico. Debe analizar sus opciones con su médico y el departamento local de servicios sociales o la Administración de recursos de la salud (HRA) para tomar la mejor decisión según sus necesidades.

Su bebé será elegible para Medicaid. Family Health Plus no brinda cobertura a bebés ya que es un programa para adultos de 19 a 64 años de edad. Para asegurarse de que su hijo tendrá acceso a todas las prestaciones cubiertas por Medicaid, deberá notificar su embarazo a su departamento local de Servicios sociales o a la Administración de recursos de la salud, y su médico deberá informar a HealthPlus Amerigroup. La cobertura de su bebé se comienza a organizar antes del nacimiento, independientemente de la opción que haya elegido para usted misma. Le recomendamos que elija el médico de su bebé lo antes posible.

Si decide quedarse en Family Health Plus, tendrá cobertura para:

- Atención durante el embarazo
- Médicos o parteras y servicios hospitalarios
- Atención postparto

Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome[®] es un programa de HealthPlus Amerigroup para todas las mujeres embarazadas que sean miembros. Cuando esté embarazada, HealthPlus Amerigroup le enviará un paquete educativo sobre el embarazo. Este incluye:

- Una carta de bienvenida al programa *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome*
- Un libro de cuidado personal
- Un folleto del programa de recompensas *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome*

El libro de cuidado personal le brinda información sobre el embarazo. También puede utilizar el libro para registrar cosas que suceden durante su embarazo. Los folletos de *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome* le brindan información acerca de cómo obtener sus regalos por recibir atención prenatal.

Mientras esté embarazada, debe cuidar muy bien de su salud. Podrá obtener alimentos saludables del programa Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC). Llame a Servicios al Miembro para obtener el número de teléfono del programa WIC más cercano a su hogar. Simplemente llámenos.

Mientras esté embarazada, debe consultar a su PCP u obstetra/ginecólogo al menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses
- Cada dos semanas durante el 7.º y el 8.º mes
- Todas las semanas durante el último mes

Su PCP u obstetra/ginecólogo pueden aconsejarle que realice consultas más seguidas dependiendo de sus necesidades médicas.

Después del parto, usted y su bebé pueden permanecer en el hospital al menos:

- Cuarenta y ocho horas después de un parto vaginal
- Noventa y seis horas después de un parto por cesárea

Puede permanecer en el hospital menos tiempo si su PCP u obstetra/ginecólogo y el médico del bebé consideran que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé abandonan el hospital antes, su PCP u obstetra/ginecólogo pueden pedirle que haga una cita para una visita al consultorio o que un integrante del personal de enfermería le efectúe una visita domiciliaria dentro de las 48 horas posteriores.

Recuerde llamar a Servicios al Miembro de HealthPlus Amerigroup lo antes posible para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos también obtener información sobre su bebé. Posiblemente ya haya seleccionado un PCP para su bebé antes de su nacimiento. De lo contrario, podemos ayudarla a seleccionar un PCP para el bebé.

Después del nacimiento de su bebé, HealthPlus Amerigroup le enviará el paquete educativo de postparto *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome*.

Este incluye:

- Una carta de bienvenida a la etapa de postparto del programa *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome*
- Un libro de cuidados para el bebé
- Un folleto del programa de recompensas *Cuidando a Mi Bebé y Cuidándome* acerca de asistir a la visita de postparto
- Un folleto sobre depresión postparto

Puede utilizar el libro de cuidados para el bebé para registrar cosas que suceden durante el primer año de vida de su bebé. Este libro le proporcionará información sobre el crecimiento de su bebé.

Atención Médica Domiciliaria

HealthPlus Amerigroup puede coordinar visitas de atención médica domiciliaria (hasta 40 por año) pero, por lo general, esto se hace sólo para evitar que usted deba quedarse en el hospital. Su médico debe confirmar que sus necesidades médicas pueden cubrirse en su hogar con este tipo de asistencia. Éstos son algunos casos en los que la atención médica en el hogar tendrá cobertura:

- Una visita postparto de salud en el hogar necesaria por motivos médicos; visitas adicionales según sea necesario por motivos médicos para mujeres de alto riesgo
- Cuando su PCP/especialista indica la necesidad de otras visitas

Atención Oftalmológica

Los miembros tienen la opción de pagar como clientes privados para anteojos no estándares no cubiertos por nosotros y nosotros podemos pagar por los marcos estándares. Los miembros también pueden pagar como clientes privados para marcos no estándares no cubiertos por nosotros y nosotros podemos pagar por los anteojos estándares. Los miembros también pueden ir a clínicas gratuitas afiliadas al Colegio de Optometría de la Universidad Estatal de New York sin un referido o autorización previa de nosotros.

Family Health Plus cubre atención oftalmológica de emergencia y la siguiente atención oftalmológica preventiva y de rutina una vez por cada período de veinticuatro meses:

- Un examen ocular
- Un par de gafas recetadas y un marco o lentes de contacto recetados cuando sea necesario desde el punto de vista médico
- Un par de gafas de trabajo cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Las gafas de trabajo son un tipo de gafas especiales que lo ayudan a desempeñar sus tareas laborales.

Atención Dental

HealthPlus Amerigroup piensa que proporcionarle una buena atención odontológica es importante para su atención médica en general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con Healthplex, empresa enfocada en proveer servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios odontológicos regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para chequear cualquier cambio o anomalía que pueda necesitar tratamiento y/o atención de seguimiento para usted. ¡No necesita una remisión de su PCP para ver a un odontólogo!

Cómo Acceder a Servicios Odontológicos

Una vez se afilie a HealthPlus Amerigroup, recibirá una carta de nuestro departamento de Servicios al Miembro informándole que es hora de elegir su PCD. Debe elegir un PCD en un plazo de 30 días desde la fecha de esta carta, o elegiremos uno por usted.

- Si necesita encontrar un odontólogo o cambiar el suyo, llame a la línea gratuita de Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-0778), de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Hay representantes de servicios al miembro para ayudarlo. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con servicios de interpretación telefónica.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a beneficios odontológicos. No recibirá una tarjeta de identificación odontológica separada. Cuando visite a su odontólogo, debe mostrar su tarjeta de identificación del plan.
- También puede auto remitirse a una clínica dental que sea operada por un centro odontológico académico. Para más información sobre cómo encontrar un centro odontológico académico, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Como parte de sus beneficios dentales, usted tendrá un dentista de atención primaria (PCD), que forma parte de la red Healthplex de dentistas. Podrás ver tu PCD para todas sus necesidades de atención dental general. Si usted necesita atención médica que su PCD no puede dar, él o ella le referirá a un especialista.

Si desea cambiar su PCD, puede hacerlo en cualquier momento. Comuníquese con Healthplex para elegir un PCD nuevo o si tiene preguntas acerca de sus beneficios dentales. Le invitamos a que se comunique con su PCD en cuanto pueda para realizarse un chequeo dental. Esto le permitirá a su dentista saber cuáles son sus necesidades dentales y le permitirá a usted hablar sobre las inquietudes dentales que pueda tener. Cuando llame para coordinar su primera visita al dentista, diga en el consultorio que usted es miembro de HealthPlus Amerigroup.

Si tiene una emergencia, comuníquese con el consultorio de su PCD. Si tiene problemas para comunicarse con este dentista, comuníquese con Healthplex a fin de obtener ayuda para recibir atención dental de emergencia.

Atención Hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Laboratorio, radiografías y otros análisis

Servicios Para Enfermos Terminales

La atención para enfermos terminales es un programa coordinado de servicios domiciliarios y en hospital que brinda servicios de apoyo y médicos no relacionados con la curación para personas que, según la certificación del médico, son enfermos terminales y tienen una esperanza de vida de seis meses o menos.

Los miembros de la familia son elegibles para asistir a un máximo de cinco sesiones de terapia por la pérdida de un ser querido.

Atención de Emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o prestaciones necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de haber recibido atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de asistencia para asegurarse de que su estado siga estable. De acuerdo con sus necesidades, puede ser atendido en la sala de emergencia, en una sala de hospital para pacientes hospitalizados o en otro lugar. Éstos se denominan Servicios de post-estabilización.
- Para obtener más información acerca de los servicios de emergencia, vea la página 7

Servicios de Salud del Comportamiento

HealthPlus Amerigroup cubrirá hasta 60 consultas por año de pacientes ambulatorios y hasta 30 de pacientes hospitalizados por servicios de salud del comportamiento. Estos servicios incluyen Servicios por dependencia de sustancias químicas (incluidos los servicios por abuso de alcohol y sustancias químicas) y Servicios de tratamiento de la salud mental.

Los servicios de desintoxicación (desintoxicación de pacientes hospitalizados y servicios por síntomas de abstinencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios) no se cuentan en relación con los límites mencionados anteriormente.

Atención Médica Especializada

Incluye los servicios de otros proveedores, incluyendo:

- Terapeutas ocupacionales, físicos y del habla — limitado a 20 visitas por terapia por año calendario
- Parteras
- Audiólogos
- Rehabilitación cardíaca

Otros Servicios Cubiertos

- Traslado de emergencia
- Equipamiento médico duradero (DME, por su sigla en inglés)
- Audífonos/Suministros
- Prótesis/dispositivos ortóticos
- Servicios dentales
- Servicios dispuestos por orden judicial
- Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB) — Puede elegir consultar a su PCP o acudir a un organismo de salud pública del condado para obtener un diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una derivación para acudir al organismo de salud pública del condado

Beneficio de Farmacia

Los miembros de Family Health Plus deben usar su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup para obtener medicamentos recetados, productos para dejar de fumar, incluyendo insulina y suministros diabéticos (por ejemplo: jeringas para insulina, tiras para análisis de glucosa en sangre, lancetas y paños con alcohol), productos de audífonos, suministros para diabetes, fórmula entérica y productos seleccionados de venta libre (OTC) tales como Prilosec OTC, Loratadine, Zyrtec y vitaminas y baterías para prótesis auditivas. Debe usar una farmacia que acepte nuestro plan.

Rigen copagos para la mayoría de los medicamentos. Para algunos miembros no es obligatorio pagar estos copagos. Para obtener una lista de los copagos, consulte la tabla de copago que se encuentra.

Es posible que ciertos medicamentos exijan que su médico obtenga autorización previa de HealthPlus Amerigroup antes de escribir la receta. Su médico puede trabajar con HealthPlus Amerigroup para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Aprenda más sobre autorización previa más adelante en este manual.

Transporte para Family Health Plus

Para miembros de 19 hasta 20 años de edad que están en el programa C/THP, LogistiCare maneja viajes no de emergencia o de rutina hacia citas médicas necesarias por motivos médicos. El transporte está disponible en el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Staten Island, Queens y el Condado de Nassau.

Sin embargo, si tiene una emergencia médica y necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Para programar un viaje de rutina hacia una cita médica, llame a LogistiCare por lo menos 48 horas por adelantado a:

- Línea para reservaciones: 1-866-481-9488
- Asistencia para viajes: 1-866-481-9489

LogistiCare está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del Este. Ellos también pueden ayudarlo a programar un viaje de regreso después de su cita. Solo tiene que llamar al número de la línea para reservaciones. Para organizar un viaje de reemplazo en caso de que su viaje programado esté más de 15 minutos retrasado, llame al número de la línea de asistencia para viajes.

Prestaciones No Cubiertas por HealthPlus Amerigroup

Estos servicios no están disponibles en HealthPlus Amerigroup. Si utiliza alguno de estos servicios, es posible que deba pagar la factura. Además, si antes de recibir un servicio, usted acepta ser un paciente de pago privado o auto pago, tendrá que pagar por el servicio.

- Cirugía estética, si no es necesaria desde el punto de vista médico
- Servicios de un podiatra (para las personas de 21 años de edad y mayores)
- Artículos personales y de comodidad
- Tratamientos de la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no pertenece a HealthPlus Amerigroup (a menos que HealthPlus Amerigroup o su PCP lo derive a ese proveedor)
- Los servicios que su PCP no autorizó con anticipación
- Servicios de atención personal
- Servicios de enfermería privada
- Suministros médicos (como vendas) y medicamentos no recetados (como aspirina)
- Estadías permanentes en hogares de reposo
- Exámenes físicos con fines de empleo
- Transporte que no es de emergencia (a menos que usted tenga 19 ó 20 años de edad y esté en el programa C/THP)

- Para recibir transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a LogistiCare al 866-481-9488 para reservaciones y a Ride Assist al 1-866-481-9489 para coordinar un transporte de reemplazo. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a LogistiCare al menos tres días antes de su cita médica y proveer la fecha y hora de su cita, la dirección a la que va a ir y el médico que va a ver. El transporte que no sea de emergencia incluye vehículo personal, bus, taxi, ambulette y transporte público.

Es posible que tenga que pagar los servicios que su PCP no apruebe. Además, si antes de recibir un servicio, usted se compromete a ser un paciente privado de pago o auto de pago, usted tendrá que pagar por el servicio. Éstos incluyen:

- Servicios no cubiertos (indicados arriba)
- Servicios no autorizados
- Servicios prestados por proveedores que no forman parte de HealthPlus Amerigroup

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Cómo se Paga a Nuestros Proveedores

Usted tiene el derecho de preguntarnos si tenemos algún arreglo financiero especial con nuestros médicos que pudiera afectar el uso que usted hace de nuestros servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que la mayoría de nuestros proveedores recibe sus pagos en una o más de las siguientes modalidades:

- Nuestros PCP pueden percibir un honorario fijo mensual por cada paciente que los elige como su PCP. Los honorarios no se modifican si el paciente necesita realizar una o varias consultas, o incluso ninguna. Esto se denomina capitación.
- El Plan de salud HealthPlus Amerigroup también paga incentivos adicionales a los proveedores cuando brindan a sus miembros los servicios recomendados de atención preventiva mediante el sistema de honorario por prestación
- Los proveedores pueden además percibir honorarios por prestación. Esto significa que cobran un honorario acordado con HealthPlus Amerigroup por cada servicio que brindan.

Usted Puede Colaborar Con Las Políticas del Plan

Sus ideas son importantes para nosotros. Usted puede ayudarnos a crear normas que nos permitan dar el mejor servicio a nuestros miembros. Si tiene ideas, nos gustaría conocerlas. Tal vez quiera colaborar con una de nuestras juntas o comités asesores. Para averiguar cómo puede brindar ayuda, llame a Servicios Miembro al 1-800-600-4441.

Información de Servicios al Miembro

Si llama a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 puede obtener la siguiente información:

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de los miembros del directorio, funcionarios, partes mayoritarias, propietarios y socios de HealthPlus Amerigroup
- Una copia de las declaraciones financieras/balances generales, resúmenes de ingresos y gastos más recientes Una copia del contrato individual más reciente del suscriptor de pago directo
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre los reclamos de los consumidores en relación con HealthPlus Amerigroup

- Cómo mantenemos en privado las historias clínicas y la información de los miembros
- Por escrito, le informaremos la forma en que HealthPlus Amerigroup supervisa la calidad de atención que reciben los miembros
- Con qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud
- Si lo solicita por escrito, le informaremos los criterios que utilizamos para la revisión clínica de los trastornos o enfermedades que cubre nuestro plan
- Si lo solicita por escrito, le informaremos qué calificaciones debe reunir un proveedor y cómo debe postularse para ser parte de nuestro plan
- Si lo solicita, le comunicaremos: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo médico, que afectan el uso de los servicios de derivación y, de ser así, 2) información sobre el tipo de incentivo utilizado; y 3) si los médicos y grupos de médicos reciben protección para limitar las pérdidas
- Información acerca de la organización y el funcionamiento de nuestra compañía

Alternativas Para Cancelar Su Membresía

Si Usted Desea Retirarse de HealthPlus Amerigroup

Podrá probarnos durante 90 días. Usted podrá pedir retirarse de nuestro plan por cualquier motivo en cualquier momento durante esos 90 días si hay otro plan de Family Health Plus disponible en su lugar de residencia. Si no se retira durante los primeros 90 días de su cobertura, deberá permanecer en el plan durante nueve meses más, salvo que tenga una buena razón motivo justificado. Al final de su primer año en nuestro plan, si lo desea, puede cambiar a otro plan si hay otro plan Family Health Plus disponible en su lugar de residencia. Ejemplos de motivo justificado son:

- No podemos proporcionar un PCP adecuado para usted en el plazo de tiempo y la norma de distancia aceptables (30 minutos ó 30 millas de su domicilio, si eso es lo habitual donde usted vive)
- Nuestro plan de salud no satisface los requisitos del estado de New York y los miembros se perjudican por este motivo
- Se muda fuera del área de prestaciones
- Usted, el plan y la LDSS acuerdan que la cancelación de su membresía es lo mejor para usted
- No le ofrecemos un servicio cubierto por Family Health Plan que usted puede obtener de otro plan de Family Health Plus
- Necesita un servicio que se relacione con un beneficio que nosotros hemos elegido no cubrir y obtener el servicio en forma independiente sería un riesgo para su salud
- No hemos podido brindarle los servicios como corresponde según nuestro contrato con el estado

Llame a OPCIÓN de Medicaid en New York al 1-800-505-5678 y comuníquese que desea cambiarse a otro plan de Family Health Plus. Necesitará un Paquete de transferencia que le indicará los demás planes disponibles en su zona. Este paquete también contendrá dos formularios. Deberá llenar el Formulario de cancelación de membresía HealthPlus Amerigroup. Los miembros con VIH/SIDA pueden solicitar una transferencia de HealthPlus Amerigroup a un plan de Necesidades Especiales para VIH u otro plan médico en cualquier momento.

También deberá elegir otro plan de salud, y completar el Formulario de membresía del plan nuevo. Llene los formularios y envíelos por correo a OPCIÓN de Medicaid en New York. Recibirá una notificación que le informará la fecha en que se efectivizará el cambio. En la mayoría de los casos, le brindaremos la atención que necesite hasta dicha fecha.

Tomará entre dos y seis semanas para procesar, dependiendo de cuándo se recibe su solicitud. Puede pedir una acción más rápida si piensa que el tiempo del proceso regular causará daño adicional a su salud. También puede pedir una acción más rápida si ha reclamado porque no está de acuerdo con la inscripción. Solo tiene que llamar al Departamento de Servicios Sociales de su localidad o a New York Medicaid CHOICE.

Si Usted Pierde Su Elegibilidad Para el Programa Family Health Plus de HealthPlus Amerigroup

Puede ser preciso que se retire de HealthPlus Amerigroup en cualquiera de estos casos:

- Se muda fuera del condado o el área de prestaciones del plan
- Se produce un cambio en sus ingresos que no lo hace elegible para Family Health Plus
- Se inscribe en una HMO u otro plan de seguro a través del trabajo
- Recibe cobertura de Medicare
- Se inscribe en un Programa de atención médica domiciliaria de largo plazo
- Es enviado a prisión
- Cumple 65 años de edad

Tendrá una cobertura “garantizada” por HealthPlus Amerigroup durante los seis primeros meses de su inscripción, aun cuando ya no sea elegible para Family Health Plus. Los motivos para su pérdida de elegibilidad no deben ser fallecimiento, mudanza fuera del estado o encarcelamiento. Durante este tiempo, usted puede recibir las prestaciones cubiertas por nuestro plan. La cobertura garantizada no se aplica si elige retirarse de HealthPlus Amerigroup.

Podemos Pedirle Que se Vaya HealthPlus Amerigroup

Usted también puede perder su membresía en HealthPlus Amerigroup si a menudo:

- Se niega a trabajar con su PCP con respecto a su atención
- No concurre a las citas
- Acude a la sala de emergencia para recibir atención que no reviste emergencia
- No respeta las reglas de HealthPlus Amerigroup
- No llena los formularios en forma honesta o no proporciona información verdadera (fraude)
- Se abusa o provoca daños a miembros, proveedores o personal del plan
- Se comporta de una manera que hace difícil que podamos hacer lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas

Usted Puede Cambiar de Family Health Plus a Medicaid con Spend Down

Family Health Plus no cubre todos los servicios que abarca Medicaid (como suministros médicos), y algunos servicios tienen límites que Medicaid no tiene. Si usted tiene necesidades médicas que Medicaid cubriría de manera más adecuada, y reúne los requisitos, podría ser elegible para Medicaid conforme al plan “spend down” (usted paga una parte).

Si su ingreso es superior a lo permitido para Medicaid pero tiene facturas médicas que superan el valor por el cual sus ingresos exceden el monto permitido por Medicaid, esas facturas podrían contribuir con su elegibilidad para Medicaid. Esta situación sólo se aplica a las personas que cumplen con uno de los siguientes requisitos:

- Tienen menos de 21 años de edad
- Son discapacitados o no videntes
- Tienen hijos de menos de 21 años de edad
- Tienen más de 65 años de edad
- Están embarazadas (ver la información a continuación también)

Debe comunicarse con su departamento local de servicios sociales o con la Administración de recursos de la salud para determinar si esta opción es conveniente para usted. De ser así, se le solicitará que cancele su membresía de HealthPlus Amerigroup para que pueda recibir los beneficios de Medicaid. Puede solicitar que el cambio se haga rápidamente porque siente que la espera dañará su salud o si ha presentado un reclamo porque no estuvo de acuerdo con la inscripción a Family Health Plus.

Si Queda Embarazada Mientras Está Inscrita en Family Health Plus

Si queda embarazada, será elegible para Medicaid. Tiene la opción de quedarse en Family Health Plus o cambiarse a Medicaid. Puede decidir cambiar su cobertura a Medicaid porque tendrá más Servicios a su disposición. Puede permanecer en HealthPlus Amerigroup, pero debería preguntarle a su médico si seguirá atendiéndola como paciente de Medicaid si usted se cambia.

Su bebé recién nacido será automáticamente elegible para Medicaid y será inscripto en HealthPlus Amerigroup. Deberá contactar a HealthPlus Amerigroup y a la oficina del departamento de servicios sociales o HRA de su localidad para analizar estas opciones y la decisión que tomará.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y ACCIONES

Autorización Previa Y Periodos De Tiempo

Hay algunos tratamientos y servicios que requieren aprobación antes de que pueda recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Tanto usted como alguien de su confianza pueden solicitarla.

Los siguientes tratamientos y servicios necesitan aprobación antes de que usted los reciba:

- Quimioterapia
- Diálisis
- Equipamiento médico duradero
- Pruebas genéticas
- Evaluación de trasplantes
- Audífonos
- Atención médica domiciliaria
- Terapia de oxígeno hiperbárico
- Hospitalización
- Litotripsia
- Prótesis y dispositivos ortóticos
- La mayoría de las cirugías ambulatorias
- Evaluación y terapia con hormona del crecimiento
- Equipamiento de oxígeno — Terapia respiratoria
- Ambulancia cuando no se trata de una emergencia
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla
- Servicios obstétricos (a excepción de los servicios de planificación familiar)

También deberá obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero debe continuar con el servicio u obtener más atención médica. Esto se denomina revisión simultánea. Pedir la aprobación de la cobertura de un tratamiento o servicio, que incluye una solicitud de derivación o de servicio no cubierto, se denomina solicitud de autorización de servicio. Esto incluye una solicitud para atención médica domiciliaria mientras esté en el hospital o después de haber salido del hospital.

Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios:

- Usted o su médico deberán llamar al Departamento de evaluación de la utilización de HealthPlus Amerigroup al 1-800-454-3730. Si fuera necesario, su médico podrá solicitar una aprobación fuera del horario de trabajo o durante los fines de semana, llamando a este número. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Solicitudes De Autorización De Servicios

El plan de salud tiene un equipo de Gerenciamiento Médico, cuya misión es asegurarse de que usted reciba los servicios que aprobamos cuando usted solicita una autorización. El equipo de revisión esta compuesto por médicos y personal de enfermería. Su tarea es verificar que el tratamiento o servicio solicitado tenga cobertura (que sea necesario desde el punto de vista médico y que lo reconozca su plan). Para ello, comparan su plan de tratamiento con las normas aceptables por razones médicas.

Toda decisión de rechazar una solicitud de autorización de la cobertura de un servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina una medida. Estas decisiones estarán a cargo de un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que la cobertura de la prestación solicitada no es necesaria desde el punto de vista médico, la decisión estará a cargo de un revisor clínico experto, que puede ser un médico o un profesional de atención médica que habitualmente brinda la atención solicitada. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas criterios de evaluación clínica, que se utilizan para tomar decisiones frente a acciones relacionadas con una necesidad médica.

Qué Sucede Una Vez Que Recibimos Su Solicitud de Autorización de Servicio

Después de recibir su solicitud, la analizaremos mediante un procedimiento estándar o acelerado. Su médico o usted pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora podría ocasionar un daño grave a su salud. Si usted está en el hospital o acaba de salir del mismo y recibimos una solicitud para atención médica domiciliaria, manejaremos la solicitud como una revisión acelerada.

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su trastorno médico lo requiera; nunca más tarde del plazo indicado abajo. Informaremos a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito, si su solicitud ha sido aprobada o denegada.

También le informaremos el motivo de tal decisión. Le explicaremos las opciones de apelaciones o audiencias imparciales que están a su disposición si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos Para Solicitudes de Autorización Previa

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los tres días hábiles posteriores al momento en que obtengamos toda la información necesaria. Si no disponemos de toda la información requerida para analizar su solicitud, se lo informaremos dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión.

- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y le informaremos dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para revisar su solicitud. Le informaremos aproximadamente el tercer día hábil si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su solicitud de revisión.

En caso de que HealthPlus Amerigroup reciba una solicitud para atención médica domiciliaria durante una admisión al hospital o inmediatamente después de que usted es dado de alta del hospital, procesaremos esa solicitud como una revisión acelerada y tomaremos una decisión en un plazo de un día hábil. En casos donde la solicitud es hecha un viernes o el día antes de un feriado, la notificación de una decisión debe ser enviada en un plazo de 72 horas después de recibir la información necesaria.

Plazos Para Solicitudes de Revisión Simultánea

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud el primer día hábil posterior al momento en que obtengamos toda la información necesaria. Si no disponemos de toda la información requerida para analizar su solicitud de revisión simultánea, se lo informaremos dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión simultánea.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud el primer día hábil posterior al momento en que obtengamos toda la información necesaria para hacerlo. Sin embargo, si usted está en el hospital o acaba de salir del mismo y pide atención médica domiciliaria un viernes o el día antes de un día feriado, tomaremos una decisión a más tardar en 72 horas de cuando tengamos toda la información que necesitamos. En cualquier caso, tendrá noticias nuestras a más tardar tres días laborales después de que recibamos su solicitud. Le informaremos aproximadamente el tercer día hábil si necesitamos más información para tomar una decisión.

Si necesitamos más información para tomar una decisión, ya sea estándar o acelerada, sobre su solicitud de servicio, entonces:

- Le informaremos por escrito la información que necesitamos. Si su solicitud está bajo una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y luego le enviaremos una notificación por escrito
- Le informaremos el motivo por el cual la demora es por su bien
- Tomaremos una decisión dentro de los 14 días posteriores al momento en que solicitamos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitarnos que dediquemos más tiempo a tomar una decisión. Esto podría ser si usted tiene más información para aportar al plan a fin de facilitar la decisión sobre su caso.

Y puede solicitarlo llamando al 1-800-600-4441 o por escrito a:

Director of Member Services
 HealthPlus, an Amerigroup Company
 21 Penn Plaza
 360 W. 31st St., Fifth Floor
 New York, NY 10001

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo al plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de disponer de más tiempo para revisar su solicitud.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo sobre el plazo de la revisión ante el Departamento de salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Le informaremos al respecto cerca de la fecha en que caduca nuestro tiempo para la revisión. Sin embargo, si por algún motivo no tiene noticias nuestras para esa fecha, debe interpretarse como un rechazo a su solicitud de autorización de la cobertura del servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar la apelación de una medida ante nosotros. Consulte la sección “Apelaciones de autorización de servicios (Apelación de medidas)” que está más adelante en este manual.

Otras Decisiones Acerca de su Atención

En algunas ocasiones realizaremos una revisión simultánea sobre la atención que está recibiendo para verificar si su atención está todavía cubierta. También podemos revisar otros tratamientos y Servicios que haya recibido. Esto se denomina revisión retrospectiva. Le informaremos si iniciamos otras medidas.

Plazos para la notificación de otras medidas:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar la cobertura de un servicio que ya habíamos aprobado y que usted está recibiendo ahora, debemos informarle al respecto por lo menos 10 días antes de cambiar el servicio
- Si estamos verificando la atención que se brindó en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de la cobertura de un servicio, enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que se rechaza el pago. No deberá pagar por ninguna atención recibida bajo la cobertura del plan o de Family Health Plus, aun cuando luego le deneguemos el pago al proveedor.

Apelaciones de Autorización de Servicios (Apelación de Medidas)

Hay algunos tratamientos y servicios que requieren aprobación antes de que pueda recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio, que incluye una solicitud de derivación o de un servicio no cubierto, se denomina solicitud de autorización de servicio. Se describió este proceso con anterioridad en este manual. Toda decisión de rechazar una solicitud de autorización de la cobertura de un servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina una medida. Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, existen pasos a seguir.

Su Proveedor Puede Solicitar una Reconsideración

Si tomamos una decisión sobre que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria, o era experimental o investigativa y no hablamos con su médico sobre esto, su médico podrá pedir hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de un día laboral.

Usted Puede Presentar una Apelación de Medidas Para la Autorización de Servicios

Si no está satisfecho con una medida o decisión que tomamos acerca de su solicitud de autorización de servicio, dispone de 60 días hábiles luego de recibir la información para presentar una apelación de acción.

Puede hacer esto por su cuenta o pedir a una persona de confianza que presente la apelación de acción en su nombre. Si necesita ayuda para presentar una apelación de acción, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

No lo trataremos de mala manera ni haremos diferencia con usted en caso de que presente una apelación de acción. La apelación de acción se puede realizar por teléfono o por escrito. Si la realiza telefónicamente debe acompañarla por una apelación de acción por escrito:

Medical Appeals

HealthPlus, an Amerigroup Company

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Su apelación de una medida para la autorización de servicios será revisada bajo el proceso acelerado:

- Si usted o su médico solicitan la revisión de su apelación de acción bajo el proceso acelerado. Su médico deberá explicar por qué una demora sería perjudicial para su salud. Si su solicitud de revisión acelerada es denegada, le informaremos al respecto. Y su apelación de acción se revisará bajo un proceso de revisión estándar.
- Si su apelación de acción fue denegada cuando solicitó continuar la atención que recibe actualmente o prolongar un servicio que ya ha sido brindado. Para obtener más información, consulte la sección "Plazos para apelaciones de medidas para la autorización de servicios."

Las apelaciones aceleradas pueden realizarse por teléfono y no necesitan estar acompañadas por una presentación escrita.

Qué sucede una vez que recibimos su apelación:

En el caso de una apelación de acción estándar, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de acción. Esta carta se enviará dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su apelación de acción en HealthPlus Amerigroup.

Las apelaciones de medidas para la autorización de servicios sobre cuestiones clínicas se decidirán por profesionales de atención médica que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un revisor clínico experto.

Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan a un nivel superior en relación con las personas que tomaron la primera decisión.

Antes y durante la apelación de acción, usted o la persona autorizada pueden ver el expediente de su caso, incluidas las historias clínicas y los documentos y registros utilizados para tomar decisiones. Usted también puede proporcionar información que pueda utilizarse para tomar la decisión.

Puede suministrar dicha información tanto personalmente como por escrito. Llame a HealthPlus Amerigroup al 1-800-600-4441 si no está seguro qué información darnos.

Si está apelando nuestra decisión de que el servicio fuera de la red que solicitó no era diferente de un servicio que está disponible en nuestra red, pida a su médico que nos envíe:

- Una declaración escrita de que el servicio que usted pidió es diferente del servicio que tenemos en nuestra red y
- Dos muestras de evidencia médica (artículos publicados o estudios científicos) que muestren que el servicio que pidió es mejor para usted y no le ocasionará más daños que el servicio que tenemos en nuestra red.

Le explicaremos las razones de nuestra decisión y el fundamento clínico, si corresponde. Si sigue en desacuerdo con la decisión tomada, se le explicarán a usted o su representante personal cualquier otro derecho de apelación de acción que esté a su disposición. Para apelaciones posteriores, usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el Departamento de salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para apelaciones de medidas para la autorización de servicios:

Apelaciones de acción estándar: Si disponemos de toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de los treinta días hábiles a partir de la presentación de su apelación. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los dos días hábiles a partir de haber tomado la decisión.

Apelaciones aceleradas: Si disponemos de toda la información necesaria, tomaremos las decisiones sobre apelaciones de acción aceleradas dentro de los dos días hábiles a partir de la presentación de su apelación de acción. Le comunicaremos si necesitamos más información dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de su apelación de acción. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación escrita.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación de una medida para la autorización de servicios, entonces:

- Le informaremos por escrito la información que necesitamos. Si su solicitud está bajo una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y luego le enviaremos una notificación por escrito.
- Le informaremos el motivo por el cual la demora es por su bien
- Tomaremos una decisión dentro de los 14 días posteriores al momento en que solicitamos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitarnos que dediquemos más tiempo a tomar una decisión. Esto podría ser si usted tiene más información para aportar al plan de salud a fin de facilitar la decisión sobre su caso. Y puede solicitarlo llamando al 1-800-600-4441 o por escrito a:

Director of Member Services
HealthPlus, an Amerigroup Company
21 Penn Plaza
360 W. 31st St., Fifth Floor
New York, NY 10001

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo al plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de disponer de más tiempo para revisar su apelación de una medida.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo sobre el plazo de la revisión ante el Departamento de salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Si su denegación original se debió a que dijimos que el servicio no era médicamente necesario, era experimental o de investigación, o el servicio fuera de la red no era diferente de un servicio que está disponible en nuestra red y no le informamos nuestra decisión sobre su apelación de acción a tiempo, se revertirá la denegación original en su contra. Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Asistencia Para Continuar Con Los Servicios Mientras Apela Una Decisión Sobre Su Atención

En algunos casos podrá continuar con los servicios mientras espera que se resuelva su caso. Podrá continuar con aquellos servicios que estén programados para finalizar o ser reducidos en caso de que usted presente una apelación y solicite una audiencia imparcial:

- Dentro de los diez días de haber sido informado de que su solicitud de cobertura fue denegada o que la atención está cambiando
- Antes de la fecha en que esté programado el cambio de los servicios

Si su apelación o audiencia imparcial tiene como resultado otro rechazo de la cobertura, tendrá que pagar el costo por la continuación de cualquier beneficio que haya recibido. La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será la definitiva.

Apelaciones Externas

Si decidimos denegar cobertura para un servicio médico que usted y su médico pidieron porque:

- El servicio no era médicamente necesario
- El servicio era experimental o investigativo o
- El servicio fuera de la red no era diferente de un servicio que está disponible en nuestra red

Puede pedir al Estado de New York una apelación externa independiente. Esto se conoce como una apelación externa porque es decidida por revisores que no trabajan para HealthPlus Amerigroup o el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York.

El servicio debe estar en el paquete de beneficios de HealthPlus Amerigroup, ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de pedir una apelación externa:

- Debe presentar una apelación de acción ante el plan de salud y recibir la determinación adversa definitiva de HealthPlus Amerigroup o
- Si no ha recibido el servicio y pide una apelación de acción acelerada ante el plan, puede pedir una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que decir que una apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y HealthPlus Amerigroup podrán acordar omitir el proceso de apelaciones de HealthPlus Amerigroup e ir directamente a una apelación externa; o
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de acción

Para solicitar una apelación externa dispone de cuatro meses a partir de la recepción de la determinación final adversa de HealthPlus Amerigroup.

Si usted y HealthPlus Amerigroup acordaron evitar el proceso de apelación de HealthPlus Amerigroup, usted debe solicitar la apelación externa dentro de los cuatro meses del acuerdo.

Si tuvo una apelación de acción acelerada y no está satisfecho con la decisión del plan, puede escoger presentar una apelación de acción estándar ante el plan o pedir una apelación externa. Si elige presentar una apelación de acción estándar ante el plan y el plan mantiene su decisión, recibirá una nueva determinación adversa definitiva y tendrá otra oportunidad para pedir una apelación externa.

Tendrá a su disposición apelaciones adicionales ante HealthPlus Amerigroup, si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea una apelación externa, debe presentar la solicitud ante el Departamento de Servicios Financieros dentro de los cuatro meses de que HealthPlus Amerigroup le notificara la decisión final adversa o del momento en que usted acordara con HealthPlus Amerigroup omitir el proceso de apelación de HealthPlus Amerigroup.

Usted perderá su derecho a una apelación externa si la solicitud de la apelación no en el tiempo.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Usted y sus médicos tendrán que dar información acerca de su problema médico.

La aplicación para apelación externa dice qué información se necesitará. A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Consulte el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con HealthPlus Amerigroup al 1-800-600-4441

Su apelación externa se decidirá en 30 días hábiles. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Usted y HealthPlus Amerigroup serán notificados de la decisión final dentro de los dos días de tomada la determinación.

Usted podrá obtener una decisión más rápida si su médico declara que un retraso puede causar daños a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada.

El revisor decidirá una apelación externa acelerada en un plazo máximo de 72 horas. El revisor comunicará la decisión de inmediato a usted y a HealthPlus Amerigroup por teléfono o fax. Más adelante, usted recibirá una carta de notificación de la decisión.

También puede solicitar una audiencia imparcial si HealthPlus Amerigroup decidiera denegar, reducir o finalizar la cobertura de un servicio médico. Podrá solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial será la que tenga validez.

AUDIENCIAS IMPARCIALES

En algunos casos, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado de New York si:

- No está satisfecho con una decisión que tomó el departamento local de servicios sociales o el Departamento de salud del estado acerca de su permanencia en HealthPlus Amerigroup o su retiro del plan
- No está satisfecho con una decisión que tomamos acerca de la atención médica que usted recibía. Considera que la decisión limita sus beneficios de Family Health Plus o que no tomamos la decisión en un plazo de tiempo razonable.
- No está satisfecho con una decisión que tomamos por la cual se le negó cobertura de atención médica que usted deseaba. Considera que la decisión limita sus beneficios de FHPlus.
- No está satisfecho con la decisión de su médico de no solicitar los servicios que usted deseaba. Considera que la decisión de su médico suspende o limita sus beneficios de FHPlus. Debe presentar un reclamo y apelar ante HealthPlus Amerigroup. Si HealthPlus Amerigroup está de acuerdo con su médico, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

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

Si los servicios que está recibiendo ahora están programados para terminar, puede elegir pedir la continuación de los servicios que ordenó su médico mientras espera que se tome una decisión sobre su caso. Sin embargo, si elige pedir que los servicios sean continuados y la decisión de la audiencia imparcial es en su contra, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si desea solicitar una audiencia imparcial porque HealthPlus Amerigroup denegó cobertura de servicios médicos, usted debe hacer esta solicitud en un plazo de 60 días después de recibir la carta de denegación.

Puede utilizar una de las siguientes maneras para solicitar una Audiencia imparcial:

- Por teléfono, al servicio gratuito 1-800-342-3334
- Por fax, 518-473-6735
- Por Internet, www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo: New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

Recuerde que puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125. Si vive en New York, también puede llamar al Servicio telefónico de opción de Medicaid de New York al 1-800-505-5678.

RECLAMOS

Esperamos que nuestro plan de salud le resulte satisfactorio. Si tiene un problema, hable con su PCP, o llame o escriba a Servicios al Miembro.

La mayoría de los problemas pueden resolverse inmediatamente. Si tiene algún problema o inconveniente con nuestra atención o servicios, puede presentar un reclamo ante el plan. Los problemas que no se resuelvan inmediatamente por teléfono y todo reclamo recibido por correo se atenderán de acuerdo con el procedimiento de reclamos que se describe a continuación.

Podrá solicitar a una persona de su confianza (ya sea un representante legal, un familiar o un amigo) que presente el reclamo en su nombre. Si necesita ayuda por deficiencia auditiva o visual, o si precisa servicios de traducción o ayuda para completar los formularios, podemos ayudarlo. No le crearemos problemas ni tomaremos medidas en su contra por el hecho de que quiera presentar un reclamo. También tiene derecho a llamar al Departamento de salud del estado de New York al 1-800-205-8125 para comunicar su reclamo, o puede escribir a:

New York State Department of Health Division of Managed Care
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Room 1911
Corning Tower ESP
Albany, NY 12237

En la Ciudad de New York, también puede llamar al Servicio telefónico de opción de Medicaid de New York al 1-800-505-5678. También puede contactar a los Departamento de Servicios Sociales local en cualquier momento para comunicar su reclamo. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros de New York al 1-800-342-3736 si su reclamo se relaciona con un problema de facturación.

Cómo Presentar Un Reclamo Ante HealthPlus Amerigroup

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Si nos llama después de horas laborales, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos. Puede escribirnos para presentar su reclamo o llamar a Servicios al Miembro y solicitar un formulario de reclamos. Deberá enviarlo por correo a:

Director of Member Services
HealthPlus, an Amerigroup Company
21 Penn Plaza
360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, NY 10001

También puede enviar su reclamo por fax al 1-866-495-8716.

Qué ocurre después:

Si no resolvemos el problema de inmediato telefónicamente o después de recibir el reclamo por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le informará:

- Quién se está ocupando de su reclamo
- Cómo contactar a esta persona
- Si necesitamos información adicional

Uno o más revisores calificados estudiarán su reclamo. Uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su reclamo si se relaciona con cuestiones clínicas.

Después de revisar su reclamo:

- Le notificaremos nuestra decisión en 45 días de recibida toda la información necesaria para responder su reclamo. De todas maneras, nos comunicaremos con usted dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su reclamo. Le informaremos los motivos de nuestra decisión por escrito.
- Si una demora puede poner en peligro su salud, le notificaremos nuestra decisión en 48 horas de recibida toda la información necesaria para responder su reclamo. De todas maneras, nos comunicaremos con usted dentro de los siete días posteriores a la recepción de su reclamo. Lo llamaremos o trataremos de ubicarlo personalmente para notificarle nuestra decisión. Recibirá una carta dentro de los tres días hábiles posteriores a manera de seguimiento de nuestra comunicación.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos todos los formularios que pueda necesitar
- Si no podemos tomar una decisión con respecto a su reclamo por no disponer de la información necesaria, le enviaremos una carta para notificarlo

Apelaciones de Reclamos

Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su reclamo, usted o alguien de su confianza pueden presentar una apelación del reclamo ante el plan. Si desea presentarla, debe hacerlo dentro de los 60 días hábiles del momento en que recibió nuestra carta donde le informamos la decisión tomada sobre su reclamo.

Cómo Presentar Una Apelación del Reclamo

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de recibirla para presentar una apelación puede hacerlo por su cuenta o pedir a una persona de confianza que presente la apelación en su nombre.
- La apelación debe presentarse por escrito. Si la realiza telefónicamente, debe acompañarla por una apelación por escrito. Después de que nos llame, le informaremos un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolvérselo. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de volver a mandarnos el formulario.

Qué Sucede Una Vez Que Recibimos Su Apelación Del Reclamo:

Después de que recibamos su apelación del reclamo, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le informará:

- Quién se está ocupando de la apelación de su reclamo
- Cómo contactar a esta persona
- Si necesitamos información adicional

Su apelación del reclamo será revisada por una o más personas calificadas que trabajan a un nivel superior en relación con las personas que tomaron la primera decisión con respecto a su reclamo. Si su apelación del reclamo se relaciona con cuestiones clínicas, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados, con al menos un revisor clínico experto que no haya participado en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si disponemos de toda la información necesaria, conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora puede poner en peligro su vida, conocerá nuestra decisión en los 2 días hábiles posteriores al momento en que dispongamos de toda la información necesaria para decidir la apelación.

Le explicaremos las razones de nuestra decisión y el fundamento clínico, si corresponde. Si aún no está conforme, usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de salud del estado de New York al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Sus Derechos

Como miembro de HealthPlus Amerigroup, usted tiene derecho a:

Ser atendido con respeto independientemente del estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual (si tiene alguna pregunta o duda sobre este derecho, llame al 1-800-600-4441 y pida la extensión 34925 o visite healthplus.amerigroup.com).

- Que le digan, dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de HealthPlus Amerigroup
- Que su Proveedor de Atención Primaria (PCP) le diga lo que está mal, qué puede hacerse para ayudarlo y cuál será el resultado probable en un lenguaje que usted entienda
- Obtener una segunda opinión sobre su atención
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento o plan para su atención después que dicho plan le haya sido explicado en su totalidad
- Rechazar atención y que le digan qué puede estar arriesgando si lo hace
- Obtener una copia de su registro médico, hablar sobre el mismo con su PCP y pedir que su registro médico sea enmendado o corregido, de ser necesario
- Estar seguro que su registro médico sea privado y no será compartido con nadie excepto según lo requiera la ley o contrato o con su aprobación
- Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad que le informa sus derechos sobre la Información Médica Protegida (PHI) y la responsabilidad de HealthPlus Amerigroup de proteger su PHI; esto incluye el derecho a saber cómo HealthPlus Amerigroup maneja, usa y divulga su PHI
- Las Normas de Privacidad de la HIPPA definen PHI como información que:
 - Lo identifica a usted o que puede ser usada para identificarlo
 - Proviene de usted o haya sido creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro de documentación de atención médica
 - Tiene que ver con su condición física o de salud mental, la forma en que se le provee atención médica o cómo se paga la atención médica que le proveen
- Usar el sistema de reclamos de HealthPlus Amerigroup para resolver cualquier reclamo, o puede reclamar ante el Departamento de Salud del Estado de New York o el Departamento de Servicios Sociales de su localidad en cualquier momento en que sienta que no es tratado justamente
- Usar el sistema estatal de audiencia imparcial
- Nombrar a alguien (pariente, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre si no puede hablar por usted mismo sobre su atención y tratamiento o si simplemente desea que otra persona hable por usted
- Tener acceso a un PCP o a un PCP de respaldo las 24 horas al día, 365 días al año para recibir atención urgente; esta información está en su tarjeta de identificación de miembro de HealthPlus Amerigroup
- Elegir un PCP, elegir un nuevo PCP y conservar la privacidad durante una visita a un proveedor de atención primaria

- Ser remitido a un proveedor fuera de la red si HealthPlus Amerigroup no tiene un proveedor adecuadamente entrenado en nuestra red
- Recibir servicios médicos necesarios dentro de un periodo de tiempo razonable
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica con su proveedor de atención médica
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente del costo o cobertura de beneficio
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro libre de restricciones innecesarias
- Elegir cualquiera de nuestros especialistas de la red de HealthPlus Amerigroup después de recibir una remisión de su PCP
- Ser remitido a especialistas que tengan experiencia con el tratamiento de discapacidades, de ser necesario
- Recibir información sobre HealthPlus Amerigroup, sus servicios, políticas y procedimientos, proveedores, los derechos y responsabilidades del miembro y cualquier cambio realizado
- Recibir información sobre todos los beneficios y servicios disponibles de parte de HealthPlus Amerigroup
- Solicitar información sobre el plan, incluyendo criterios de revisión clínica usados por el plan en la decisión de la revisión de utilización sobre una enfermedad o afección específica
- Recibir un directorio actualizado de médicos dentro de la red de HealthPlus Amerigroup
- Conocer cómo HealthPlus Amerigroup le paga a sus proveedores de atención médica, de modo que pueda saber si hay incentivos o desincentivos financieros amarrados a las decisiones médicas
- Decidir por adelantado la clase de atención que desea si se enferma, queda lesionado o gravemente enfermo preparando un testamento en vida
 - Si usted es menor de 18 años, esperar poder participar en y tomar decisiones sobre su propia atención médica y la de su hijo(a) si usted está casado
- Continuar como miembro de HealthPlus Amerigroup a pesar de su estado de salud o necesidad de atención
- Llamar a la línea gratuita de nuestra Nurse Helpline las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-600-4441
- Llamar a la línea gratuita de nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. los días de la semana, excepto los días feriados estatales
- Recibir ayuda de alguna persona que hable su idioma
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades del miembro de HealthPlus Amerigroup

Sus Responsabilidades

Como miembro de HealthPlus Amerigroup, usted tiene la responsabilidad de:

- Averiguar cómo funciona su plan de atención médica
- Portar su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup en todo momento; debe reportar cualquier tarjeta perdida o robada a HealthPlus Amerigroup inmediatamente; también debe ponerse en contacto con HealthPlus Amerigroup si la información en su tarjeta de identificación es incorrecta o si su nombre, dirección o estado civil ha cambiado

- Mostrar sus tarjetas de identificación a cada proveedor e informar a HealthPlus Amerigroup sobre cualquier proveedor de atención médica al que esté acudiendo actualmente
- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud; dar a HealthPlus Amerigroup y su proveedor de atención médica la información que necesita para atender sus necesidades médicas
- Escuchar consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas
- Conocer y participar en su atención médica; debe hablar con su proveedor de atención primaria sobre tratamiento recomendado; luego debe seguir los planes e instrucciones de atención acordadas con su proveedor
- Obtener información para entender sus problemas de salud y considerar tratamientos de modo que pueda participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas antes que se presten los servicios
- Llamar o regresar a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que usted espera
- Decirnos si tiene problemas con cualquier miembro del personal de atención médica llamando a Servicios al Miembro
- Establecer con claridad su reclamo o duda
- Asistir a sus citas; si debe cancelar, llame lo más pronto posible
- Usar la sala de emergencias para emergencias; recibir sus servicios cubiertos y que no sean de emergencia de parte de proveedores de HealthPlus Amerigroup
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aun si es después de horas laborales
- Obtener una remisión de su PCP antes de ir a un hospital o ver a un especialista (excepto por emergencias y servicios de auto remisión)
- Preguntar a su PCP cómo tomar sus medicamentos de forma correcta
- Ser responsable por copagos según lo descrito en este manual del miembro
- Estar al tanto que el rechazo de un tratamiento sugerido por su proveedor o el de su hijo(a) puede tener graves consecuencias para su salud o la de su hijo(a)
- Informar a su PCP sobre su salud
- Autorizar a su PCP a recibir una copia de sus registros médicos antiguos
- Conocer y seguir las reglas de membresía del plan de salud de HealthPlus Amerigroup

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Es posible que llegue un momento en que no pueda decidir acerca del cuidado de su propia salud. Al planificar por adelantado, puede disponer ahora para que se lleven a cabo sus deseos.

- Primero, comunique a sus familiares, amigos y a su médico qué clases de tratamiento quiere o no quiere
- Segundo, puede nombrar a un adulto de su confianza para que tome decisiones en su nombre.
- Tercero, es mejor que exprese sus ideas por escrito. Los documentos listados a continuación le resultarán útiles. No es necesario que recurra a un abogado, pero podría hablar con uno acerca de esto. Puede cambiar de idea y modificar estos documentos en cualquier momento.

Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. No modifican su derecho a los beneficios de atención médica de calidad. El único objeto es permitir que otras personas sepan lo que usted quiere en caso de que no pueda hablar por su cuenta.

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

Reanimación cardiopulmonar — (CPR, por su sigla en inglés) y orden de no reanimar (DNR, por su sigla en inglés) — Usted tiene derecho a decidir si desea un tratamiento especial o de emergencia para reactivar la función de su corazón o pulmones en caso de que deje de respirar o tener circulación. Si no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (CPR) deberá expresar sus deseos por escrito. Su PCP proporcionará una orden de no reanimar (DNR) para su historia clínica. También podrá obtener un formulario de no reanimar para llevar con usted y/o un brazalete para usar que permita que cualquier proveedor médico de emergencia se entere de sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos — Esta tarjeta, que puede guardar en su billetera, dice que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando usted muera. También, marque la parte de atrás de su licencia de conducir para hacer saber a otras personas si desea donar sus órganos y cómo hacerlo.

CÓMO INFORMAR SOBRE EL USO INDEBIDO DEL PROGRAMA FAMILY HEALTH PLUS

Si sabe de alguien que esté haciendo uso indebido del programa Family Health Plus, puede informarlo. Para informar sobre PCP, clínicas, hospitales, hogares para ancianos o personas inscritas en Family Health Plus, llame o escriba a HealthPlus Amerigroup a:

Corporate Investigations Department
HealthPlus, an Amerigroup Company
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462
1-800-600-4441

También puede comunicarse con el Estado de New York, oficina de la Unidad de Fraude y Abuso del Inspector General de Medicaid al 1-877-873-7283.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revísela detenidamente.

Esta notificación entra en vigencia el 14 de abril de 2003.

¿De qué se trata esta notificación?

Esta notificación le informa:

- Cómo maneja HealthPlus Amerigroup su información médica protegida
- Cómo HealthPlus HealthPlus Amerigroup usa y divulga su información médica protegida

- Cuáles son sus derechos con respecto a su información médica protegida
- Cuáles son las responsabilidades de HealthPlus Amerigroup en la protección de su información médica protegida

Esta Notificación cumple con las Reglamentaciones de Privacidad de HIPAA (HIPAA Privacy Regulations). Estas reglamentaciones fueron emitidas por el gobierno federal. El gobierno federal exige que las compañías como HealthPlus HealthPlus Amerigroup cumplan con las condiciones de las reglamentaciones y de la presente notificación.

NOTA: Es posible que también reciba una Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) del Estado y otras organizaciones.

¿Qué es la información médica protegida?

Las Reglamentaciones de Privacidad HIPAA definen la información médica protegida (PHI, por su sigla en inglés) como:

- Información que lo identifica o puede servir para identificarlo
- Información que usted ha suministrado o que ha creado o recibido un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro informativo de atención médica
- Información relacionada con su estado de salud mental o física y con los servicios de atención médica que usted haya recibido o con los pagos por dichos servicios
- En esta notificación, la “información médica protegida” se denominará PHI

Responsabilidades de HealthPlus Amerigroup hacia su información médica protegida

La PHI de usted y de su familia es privada. Tenemos reglas para ayudar a mantenerla segura y privada. Estas reglas están propuestas para cumplir las leyes estatales y federales. HealthPlus Amerigroup debe:

- Mantener la privacidad de la PHI que tenemos o mantenemos sobre usted
- Proporcionarle esta notificación sobre cómo obtenemos y mantenemos su PHI a través de:
 - Capacitación del personal
 - Sistemas computacionales y oficinas seguras
 - Eliminación segura de material escrito que incluya PHI
 - Otros métodos técnicos
 - Proporcionarle esta notificación sobre cómo obtenemos y mantenemos su PHI
- Cumplir los términos de esta notificación
- Cumplir con las leyes de privacidad estatales, que no estén en conflicto ni sean más estrictas que las Normas de Privacidad de la HIPAA

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, salvo según se describe en esta notificación.

¿Cómo usamos su información médica protegida?

A continuación, se detallan algunas de las formas en que podemos utilizar y divulgar la PHI sin necesidad de su autorización escrita.

Pago: Es posible que utilicemos su PHI a fin de considerar el pago de los servicios de tratamiento que usted utilice. Por ejemplo, es posible que se pague una factura enviada por su médico a partir de la información que lo identifica, determina su diagnóstico, los procedimientos o las pruebas y los insumos utilizados.

Operaciones de atención médica: Es posible que utilicemos su PHI a los fines de realizar operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar la información en su historia o revisar la atención y los resultados obtenidos en su caso y en casos similares. Luego, se utilizará esta información para mejorar la calidad y el éxito de la atención médica que usted reciba. Otro ejemplo es el uso de información necesaria para afiliarlo a la cobertura de atención médica.

Podemos recurrir a su PHI para ayudar a mejorar la cobertura de los tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtenemos de un proveedor (enfermero, médico u otro miembro de un equipo de atención médica) se registra y utiliza para decidir la cobertura del tratamiento que usted necesita. Además, podemos utilizar o divulgar su PHI para:

- Enviarle información acerca de alguno de nuestros programas de administración de enfermedades o casos
- Enviarle recordatorios que le notifiquen que debe fijar una cita u obtener servicios como los Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por su sigla en inglés) o los servicios de control de la salud infantil
- Responder una solicitud de servicio de cliente realizada por usted
- Tomar decisiones acerca de las solicitudes de reclamaciones y las apelaciones por los servicios que usted haya recibido
- Evaluar los casos de fraude o abuso y asegurar el cumplimiento de las reglas exigidas

Otros usos de la información médica protegida

Socios comerciales: Es posible que celebremos contratos con socios comerciales que presten servicios a HealthPlus Amerigroup usando su PHI. Los servicios que pueden prestar nuestros socios comerciales incluyen las prestaciones odontológicas para los afiliados, un servicio de copias que hace copias de su historia clínica y los proveedores de software informático. Ellos harán uso de su PHI para realizar el trabajo encomendado por nosotros. El socio comercial debe firmar un contrato en el que acuerda proteger la privacidad de su PHI.

Personas que participan en su atención o en el pago por su atención: Podemos divulgar su PHI a un familiar, pariente, amigo cercano u otro representante personal que usted designe. Esto se basará en la participación de la persona en su atención o en el pago de ésta. En los casos en los que la ley lo permite, podemos compartir información con padres y tutores.

Cumplimiento de la ley: Es posible que debamos divulgar la PHI si así lo requiere una autoridad de cumplimiento de la ley. Divulgaremos su PHI en los casos en los que lo exija la ley, y en respuesta a citaciones, peticiones de presentación de pruebas y otras resoluciones legales.

Otras entidades cubiertas: Es posible que debamos divulgar su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica.

Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica de modo que el proveedor pueda tratarlo.

Actividades de salud pública: Es posible que utilicemos o divulguemos su PHI a los efectos de realizar actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar la información para ayudar a prevenir o controlar la enfermedad, las lesiones o la discapacidad. Además, podemos divulgar la información a una autoridad de salud pública autorizada para obtener informes de abuso de menores, abandono de menores o violencia doméstica.

Actividades de supervisión asociadas con la salud: Es posible que divulguemos su PHI a una agencia de supervisión de la salud para la realización de actividades autorizadas legalmente, como las auditorías, las investigaciones, las inspecciones, las acciones vinculadas con las licencias o las disciplinarias; o los procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Las agencias de supervisión incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica; los programas de beneficios, incluyendo Medicaid, CHIP o Healthy Kids; y otros programas de reglamentación gubernamental.

Investigación: Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en los que un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad haya cumplido con los requisitos relativos a la información de la HIPAA.

Jueces de instrucción, examinadores médicos, directores de funerarias y donación de órganos: Es posible que divulguemos su PHI para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte de alguien o para llevar a cabo cualquier otra tarea que deba realizar un juez de instrucción o un examinador médico de conformidad con la ley. También es posible que debamos divulgar la información a los directores de funerarias, según lo permita la ley. Además, es posible que divulguemos su PHI a organizaciones que administran la donación de órganos, córneas, tejidos y transplantes.

Para impedir una seria amenaza a la salud o a la seguridad: Es posible que divulguemos su PHI en caso de que consideremos que es necesario para impedir o reducir una amenaza seria y probable a la salud o a la seguridad de una persona o del público.

Actividad militar y seguridad nacional: En determinadas condiciones, es posible que debamos divulgar su PHI si usted es integrante del Ejército, o si lo fue en el pasado. Tal puede ser el caso de actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas.

Divulgaciones al ministro del departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos: Es posible que debamos divulgar su PHI al Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esto sucede cuando el Ministro evalúa el cumplimiento de las Reglamentaciones de Privacidad HIPAA (HIPAA Privacy Regulations).

¿Cuáles son sus derechos respecto de su información médica protegida?

Queremos que conozca cuáles son sus derechos respecto de su PHI y de la PHI de los demás integrantes de su familia afiliados a HealthPlus Amerigroup.

Derecho de recibir la notificación de las prácticas de privacidad de HealthPlus Amerigroup

Debemos enviar a cada “jefe de caso” o “cabeza de familia” de HealthPlus Amerigroup una copia impresa de esta Notificación antes del 14 de abril de 2003. Después de esa fecha, cada “jefe de caso” o “cabeza de familia” recibirá una copia impresa de esta notificación en el paquete de Bienvenida a los Nuevos Afiliados.

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación. Una vez que esto suceda, se aplicará a toda la PHI en nuestro poder al momento en que usted realice el cambio y a la PHI que teníamos antes del cambio. Se le enviará una nueva notificación que incluya los cambios y las fechas de vigencia de éstos a la dirección registrada a su nombre. Los cambios a nuestra notificación también se incorporarán a nuestro sitio Web.

Puede solicitar una copia impresa de la Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Llame gratuitamente a Servicios del Afiliado al 1-800-600-4441. Si tiene problemas auditivos, llámenos a través de nuestro número de teléfono de texto (TTY) al 1-800-855-2884.

Derecho de solicitar un representante personal

Usted tiene derecho a solicitar un representante personal para que actúe en su nombre, y HealthPlus Amerigroup tratará a esa persona como si fuese usted. A menos que usted imponga alguna restricción, su representante personal tendrá acceso ilimitado a todos sus registros de HealthPlus Amerigroup. Si desea designar un representante personal, HealthPlus Amerigroup le exigirá que presente su solicitud por escrito. Deberá completar un formulario de representante personal y enviarlo por correo a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. Para solicitar un formulario de representante personal, comuníquese con Servicios del Afiliado. Le enviaremos un formulario que debe completar. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación.

Derecho de acceso

Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de toda la información relativa a afiliación, reclamaciones, pagos y administración de caso que se encuentre en los archivos de HealthPlus Amerigroup. Este archivo de información se denomina un conjunto de historia médica designado. Le suministraremos la primera copia en 12 meses sin cargo.

Si desea una copia de su PHI, debe solicitarla por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. La dirección figura al final de esta notificación. Responderemos a su solicitud por escrito en 30 días de calendario. Es posible que solicitemos 30 días de calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le notificaremos si necesitamos de tiempo adicional.

- No conservamos copias completas de su historia clínica. En caso de que desee una copia de su historia clínica, debe ponerse en contacto con su médico u otro proveedor. Siga las instrucciones del médico o proveedor para obtener una copia. Es posible que su médico u otro proveedor le facture un cargo por el copiado y/o envío de la historia clínica.
- Nos reservamos el derecho a no permitirle el acceso total o parcial a su PHI por determinadas razones. Por ejemplo, si la divulgación de la información pudiera ocasionarle un daño a usted o a otras personas.

Por ejemplo, si la divulgación de la información pudiera causar daño a usted o a otras personas; o si la información fue reunida o creada para investigación o como parte de un procedimiento civil o penal. Le notificaremos la razón por escrito. También le daremos información acerca de cómo presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

Derecho de enmienda

Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información en su historia clínica si considera que ésta no es correcta. Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup . Podemos enviarle un formulario que debe completar. También puede llamar a Servicios del Afiliado para solicitar un formulario.

La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación.

- Indique la razón por la que solicita un cambio
- Si el cambio que solicita es en su historia clínica, póngase en contacto con el médico que la redactó. El médico le indicará qué debe hacer para modificar la historia clínica

Responderemos a su solicitud dentro de los 30 días de recibirla. Es posible que solicitemos 30 días de calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le notificaremos si necesitamos de tiempo adicional.

Podemos denegar la solicitud de cambio. Le enviaremos por escrito la razón de tal denegación si:

- La información no fue creada o ingresada por HealthPlus Amerigroup
- La información no es almacenada por HealthPlus Amerigroup
- Usted tiene prohibido por ley el acceso y copia de dicha información
- La información ya es correcta y completa

Derecho a un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI. Este informe es una lista de las veces que divulgamos su información para fines ajenos a las operaciones de pago y de atención médica. La mayoría de las divulgaciones de su PHI por parte de nuestros socios comerciales o por nosotros mismos será a los efectos de realizar operaciones de pagos o de atención médica.

Para solicitar una lista de divulgaciones, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación. En su solicitud, debe indicar un período de tiempo del que desea información. El período de tiempo no puede superar los seis años y no puede incluir las fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho de solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar que no se utilice o divulgue su PHI. No tiene derecho a solicitar los límites cuando compartimos su PHI por exigencia de una autoridad de cumplimiento de la ley, oficiales de los tribunales, o agencias estatales o federales en el cumplimiento de la ley. Nos reservamos el derecho de denegar una solicitud de restricción de su PHI.

Para solicitar un límite en el uso de su PHI, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación.

La solicitud debe incluir:

- La información que desea limitar y el motivo por el que desea restringir el acceso
- Si desea limitar la utilización o la divulgación de la información, o ambas cosas
- La persona o las personas a las que deben aplicarse los límites

Consideraremos su solicitud y determinaremos si aceptamos o denegamos la solicitud dentro de los 30 días. En caso de denegarla, le enviaremos una carta explicándole la razón.

Derecho de cancelar una autorización de privacidad para el uso o la divulgación de la información médica protegida

Debemos contar con su autorización escrita (permiso) para utilizar o divulgar su PHI por cualquier motivo ajeno a las operaciones de pagos y atención médica, u otros usos y divulgaciones descritos en Otros usos e Información médica protegida. Si necesitamos su autorización, le enviaremos un formulario de autorización que explique el uso de dicha información. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento, siguiendo las instrucciones que se presentan a continuación.

Envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación. Esta cancelación sólo se aplicará a las solicitudes para divulgar y utilizar la información solicitada después de recibida su solicitud de cancelación.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones con motivo de su PHI se realicen de un modo determinado o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a un lugar diferente de la dirección personal. Las solicitudes de modificación del modo en que nos comunicamos con usted se deben presentar por escrito ante la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación. En su solicitud, debe indicar el modo y el momento en que desea que nos pongamos en contacto con usted.

¿Qué hacer para presentar una queja respecto del modo en que HealthPlus Amerigroup u otros socios comerciales nuestros manejan la información médica protegida?

Si usted considera que se han infringido sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante HealthPlus Amerigroup o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services).

Para presentar una queja ante HealthPlus Amerigroup o apelar una decisión acerca de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de HealthPlus Amerigroup o comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta notificación. Para presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, envíe su solicitud por escrito a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
26 Federal Plaza, Suite 3313
New York, NY 10278

No perderá su afiliación a HealthPlus Amerigroup ni los beneficios de atención médica si presenta una queja. Incluso si presenta una queja, seguirá gozando de la cobertura de atención médica de HealthPlus Amerigroup mientras esté afiliado.

¿Dónde debe llamar o enviar las solicitudes o consultas acerca de su información médica protegida ?

Puede llamar a nuestro número gratuito: 1-800-600-4441. O puede enviarnos sus preguntas o consultas, como los ejemplos enumerados en esta notificación, a la siguiente dirección:

Member Privacy Unit
HealthPlus, an Amerigroup Company
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462

Envíe su solicitud a esta dirección de modo que podamos procesarla oportunamente. Las solicitudes que se envíen a otras personas, oficinas o direcciones que no sean las aquí indicadas podrían ser demoradas.

Si tiene problemas auditivos, llámenos a través de nuestro número de teléfono de texto (TTY) al 1-800-855-2884.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Su PCP _____
(escriba el número arriba)

HealthPlus, an Amerigroup Company

21 Penn Plaza
360 W. 31st St., Fifth Floor
New York, NY 10001

Servicios al Miembro1-800-600-4441
Dispositivo de teléfono de texto (TTY/TDD) de HealthPlus Amerigroup 1-800-855-2884
Línea directa de enfermería las 24 horas1-800-600-4441
Su sala de emergencia más cercana _____
(escriba el número arriba)

Departamento de salud Estado de New York (Reclamos) 1-800-206-8125
Administración de recursos humanos (HRA) 718-557-1399
Departamento de servicios sociales del condado de Putnam (LDSS) 1-845-225-7040
Departamento de servicios sociales de la Ciudad de New York (LDSS)1-877-472-8411

Servicio telefónico de Atención médica administrada del Estado de New York

OPCIÓN de Medicaid en New York 1-800-505-5678
Fuera de la Ciudad de New York 1-888-367-6557

Servicio telefónico de OPCIÓN de Medicaid en New York para

beneficiarios del Ingreso suplementario de seguridad (SSI) 1-800-774-4241
Servicio de Retransmisión de AT&T para personas sordas o
que tienen problemas auditivos1-800-855-2884
Farmacia local _____
(escriba el número arriba)

Otros proveedores de atención médica:

