

# Health Plus

 Amerigroup  
RealSolutions®

Real



Solutions

## Manual Para Miembros

New York

Managed Long-Term Care Program



[healthplus.amerigroup.com](http://healthplus.amerigroup.com)

Estimado(a) miembro:

Bienvenido a HealthPlus, an Amerigroup Company. Nos complace que haya seleccionado a HealthPlus Amerigroup como su plan de cuidado administrado a largo plazo y confiamos en que estará muy satisfecho con su elección.

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de HealthPlus Amerigroup en un plazo de 14 días después de su fecha efectiva de inscripción. Esta tarjeta le indicará la fecha de inicio de su afiliación a HealthPlus Amerigroup. Revise la tarjeta de identificación inmediatamente. En caso de que alguna información no esté correcta, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta.

Tómese un tiempo para revisar su manual del miembro y el directorio de proveedores que recibió durante la visita a su casa del coordinador de cuidado.

Se le ha asignado su propio encargado de cuidado, que es una enfermera certificada. Su encargado de cuidado evaluará su condición y ajustará sus servicios para que satisfagan sus necesidades individuales.

Su encargado de cuidado también estará disponible para responder sus preguntas por teléfono y trabajará con sus proveedores para asegurarse de tener el cuidado adecuado en el momento adecuado. Para comunicarse con su encargado de cuidado, solo tiene que llamar a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

También tenemos una **Nurse Advice Hotline (Línea directa de consejos de enfermería), Care Wise**. Puede llamar gratuitamente al 1-800-950-7679 para hablar con una enfermera después de horas laborales normales. Este servicio es **gratuito**.

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre HealthPlus Amerigroup, el manual del miembro o el directorio de proveedores, o si necesita copias adicionales del manual o del directorio. Además, asegúrese de informarnos si su dirección cambia. También puede contarnos sus ideas o dudas.

Atentamente,

Departamento de Servicios al Miembro

HealthPlus Amerigroup es una empresa culturalmente diversa. Recibimos a todas las personas elegibles en nuestros programas de cuidado de la salud, independientemente del estado de salud. Si tiene preguntas o dudas, llame al 1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884) y pida la extensión 34925. O visite [healthplus.amerigroup.com](http://healthplus.amerigroup.com).

# HealthPlus Amerigroup

## Plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo

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](http://healthplus.amerigroup.com)

### ÍNDICE

<b>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL MIEMBRO .....</b>	<b>1</b>
<b>BIENVENIDO AL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO DE HEALTHPLUS AMERIGROUP</b>	<b>1</b>
Cómo usar este manual.....	1
Cómo funciona el cuidado administrado a largo plazo .....	2
El plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup es especial .....	2
Su privacidad es importante para HealthPlus Amerigroup.....	2
Información importante sobre directivas anticipadas .....	3
<b>CÓMO UNIRSE A HEALTHPLUS AMERIGROUP.....</b>	<b>4</b>
Criterios de inscripción .....	4
El proceso de inscripción .....	5
Cómo obtener información .....	5
La evaluación de elegibilidad para inscripción .....	5
Denegación de inscripción.....	6
<b>SU EQUIPO DE CUIDADO.....</b>	<b>7</b>
Encargado de cuidado .....	8
Enfermera de reevaluación .....	8
Departamento de salud del comportamiento de HealthPlus Amerigroup.....	9
<b>CÓMO OBTENER AYUDA.....</b>	<b>9</b>
Departamento de Servicios al Miembro .....	9
Nurse Advice Hotline/Asistencia fuera de horas laborales.....	9
Servicios de intérpretes.....	10
Servicios para miembros con problemas visuales.....	10
Servicios para miembros con problemas auditivos.....	10
Manténganos informados .....	10
Ayude a mejorar las políticas del plan.....	10
Su tarjeta de identificación.....	11
<b>SUS BENEFICIOS DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO.....</b>	<b>11</b>
Servicios cubiertos.....	11
Servicios coordinados.....	12
Cómo obtener servicios cubiertos.....	13
Coordinación de servicios.....	17
Desarrollo y monitoreo del plan de cuidado .....	17
Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales .....	18
¿Cómo hago solicitudes de servicios? .....	18
Revisión acelerada .....	18
Autorización previa (nuevos servicios) .....	18
Revisión concurrente (más de los mismos servicios) .....	19
Extensiones en la revisión de solicitudes .....	19

Aprobaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente.....	19
Denegaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente .....	19
<b>SELECCIÓN DE PROVEEDORES .....</b>	<b>19</b>
Elección de sus propios médicos de cuidado primario .....	19
Selección de proveedores para servicios cubiertos .....	20
Afectación en miembros con cobertura de Medicare .....	20
Cambio de proveedor(es).....	20
Cuidado de emergencia.....	21
Definición de una emergencia.....	21
Después de una emergencia.....	21
Si está hospitalizado .....	21
Cuidado de transición, fuera de la red y fuera del área .....	21
Cuidado de transición .....	21
Cuidado fuera de la red .....	22
Si está dejando el área de servicio de HealthPlus Amerigroup.....	22
Cuidado de emergencia fuera del área .....	22
<b>CÓMO ATENDEMOS SUS PROBLEMAS E INQUIETUDES.....</b>	<b>22</b>
Reclamos y quejas .....	23
¿Qué es una queja? .....	23
El proceso de queja.....	23
¿Cómo apelo la decisión de una queja? .....	24
Acciones y apelaciones de acciones .....	24
¿Qué es una acción? .....	24
Tiempos de la notificación de acción .....	24
Contenido de la notificación de acción .....	24
¿Cómo presento la apelación de una acción?.....	25
¿Cómo contacto a HealthPlus Amerigroup para presentar una apelación?.....	25
Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación.....	26
¿Cuánto tiempo le tomará a HealthPlus Amerigroup para decidir mi apelación de una acción? ..	26
Proceso de apelación acelerada.....	27
Si HealthPlus Amerigroup deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer? .....	27
Audiencias imparciales del estado .....	27
Apelaciones externas del estado.....	28
<b>SI DESEA CANCELAR SU INSCRIPCIÓN (CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA) .....</b>	<b>28</b>
Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria).....	29
<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE HEALTHPLUS AMERIGROUP.....</b>	<b>30</b>
<b>FINANCIAMIENTO Y PAGO DE HEALTHPLUS AMERIGROUP .....</b>	<b>31</b>
Pago de proveedores de la red por parte de HealthPlus Amerigroup.....	31
Si tiene un excedente de Medicaid .....	31
Información que HealthPlus Amerigroup proveerá a petición .....	32
<b>NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES PARA EL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO DE HEALTHPLUS AMERIGROUP .....</b>	<b>34</b>
<b>NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD .....</b>	<b>35</b>

## **Bienvenido al plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup**

Nos complace que haya seleccionado a HealthPlus Amerigroup como su plan de cuidado administrado a largo plazo. Queremos estar seguros de que sus necesidades sean satisfechas adecuadamente y que cualquier pregunta sea respondida con prontitud. Los especialistas de inscripción y encargados de cuidado de HealthPlus Amerigroup, experimentados en la atención a personas con enfermedades crónicas, trabajarán estrechamente con usted, sus apoyos informales y sus médicos para ayudar a desarrollar un plan de cuidado que abordará efectivamente sus necesidades individuales.

**Si tiene alguna pregunta o duda, o quiere hablar con cualquier miembro del personal de HealthPlus Amerigroup, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.**

Un representante lo conectará con gusto con la persona adecuada para responder todas sus preguntas. Una vez más, le agradecemos por seleccionar a HealthPlus Amerigroup como su plan de cuidado administrado a largo plazo. Confiamos en que usted estará muy satisfecho con su elección.

### **Cómo usar este manual**

Use este manual del miembro como recurso importante para obtener información sobre HealthPlus Amerigroup. Este manual del miembro es suministrado a cada miembro del plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup. La información contenida en este manual del miembro, junto con cualquier adjunto o cambio, es el contrato total entre el miembro y HealthPlus Amerigroup. Al inscribirse, los miembros aceptan los términos y condiciones de la afiliación según lo descrito en este manual del miembro. Este contrato describe los derechos y responsabilidades de los miembros en relación con el recibo de beneficios cubiertos y los pasos que puede tomar con el fin de que HealthPlus Amerigroup funcione adecuadamente para usted.

Conserve este manual en un lugar conveniente para referencia futura. Si no puede encontrar la información que está buscando, o necesita información o ayuda adicional, nuestro departamento de Servicios al Miembro está a su disposición para ayudarlo. El departamento de Servicios al Miembro lo pondrá en contacto con su encargado de cuidado. Para contactar a Servicios al Miembro, use el número siguiente:

**Servicios al miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m. – 5:00 p.m.

**Después del horario normal de funcionamiento, su llamada será transferida automáticamente a la Nurse Advice Hotline. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.**

## **Cómo funciona el cuidado administrado a largo plazo**

Un plan de cuidado administrado a largo plazo, es un ente que recibe financiamiento de Medicaid para organizar, coordinar y pagar por servicios de cuidado de la salud y a largo plazo para personas con enfermedades crónicas y/o que tienen discapacidades.

HealthPlus Amerigroup ha sido aprobada por el Departamento de Salud del Estado de New York para ofrecerle cuidado administrado a largo plazo. A través de HealthPlus Amerigroup, recibirá coordinación de servicios médicos, especializados y de base domiciliaria y comunitaria para ayudar a mantener o mejorar su calidad de vida y su salud en general, a pesar de las enfermedades crónicas. Mediante nuestra coordinación y supervisión, lo ayudaremos a vivir plena y seguramente en su casa y/o comunidad el mayor tiempo posible.

Como miembro de HealthPlus Amerigroup, también recibirá:

- Un encargado de cuidado, una enfermera certificada que ayudará a garantizar que usted reciba cuidado adecuado y oportuno para satisfacer sus necesidades específicas
- Una enfermera de reevaluación, una RN que lo visitará a su casa para evaluar sus necesidades
- Un plan de cuidado personalizado que usted, el encargado de cuidado y su médico de cuidado primario diseñen justo para usted
- Amplias opciones en proveedores que ofrecen sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo
- Acceso a la Nurse Advice Hotline de HealthPlus Amerigroup las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder sus preguntas

## **El plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup es especial**

HealthPlus Amerigroup fue establecida a principios de la década de 1990 y es una de las organizaciones de cuidado administrado de Medicaid de más rápido crecimiento en la Ciudad de New York. Actualmente proveemos cobertura de cuidado de la salud a más de 115,000 neoyorquinos en todas nuestras líneas de productos que incluyen Medicaid Managed Care (Cuidado administrado de Medicaid), Child Health Plus (Salud infantil plus), Family Health Plus (Salud familiar plus), Managed Long-Term Care (Cuidado administrado a largo plazo) y nuestro nuevo producto Medicare Advantage Managed Care (Cuidado administrado de Medicare Advantage). El nombre HealthPlus Amerigroup representa un marco bien desarrollado de cuidado administrado y nos ayuda a coordinar y garantizar un nivel de servicio sobresaliente para satisfacer sus necesidades especiales. A través de nuestros años de experiencia en cuidado administrado de Medicaid, hemos establecido sólidos lazos comunitarios y una relación de respeto con organizaciones y proveedores locales de cuidado de la salud, que han sido seleccionados cuidadosamente para cumplir los estándares de cuidado más altos. Como miembro, recibirá un plan de cuidado personalizado a través de una gran variedad de servicios de de cuidado a largo plazo y relacionados con salud en su hogar, la comunidad y, de ser necesario, un asilo de ancianos. También lo ayudamos a obtener otros servicios que no están cubiertos por HealthPlus Amerigroup.

## **Su privacidad es importante para HealthPlus Amerigroup**

HealthPlus Amerigroup le hará preguntas para confirmar su identidad antes de conversar o proveer cualquier información con respecto a sus registros médicos.

Queremos proteger su derecho a la privacidad y confidencialidad. Solo divulgaremos información si es permitido específicamente por leyes estatales y federales o si se exige para uso de programas que revisan registros médicos para monitorear calidad de cuidado o para evitar fraude o abuso. También divulgaremos información si recibimos permiso por escrito de su parte o de otra persona que usted designe. Para miembros que son VIH positivos, seguimos todas las reglas aplicables del estado de New York que rigen la divulgación de información relacionada con el VIH.

### **Información importante sobre directivas anticipadas**

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre cuidado de la salud. Algunas veces, como resultados de un accidente o una enfermedad grave, eso no puede ser posible. Puede prepararse con antelación para situaciones donde tal vez no pueda tomar decisiones importantes sobre cuidado de la salud por su cuenta. Preparar una directiva anticipada ayudará a asegurar que se sigan todos sus deseos sobre cuidado de la salud. Hay muchos tipos distintos de directivas anticipadas:

#### **Poder para cuidado de la salud**

Este documento permite a adultos competentes proteger sus deseos sobre cuidado de la salud al designar a una persona de su confianza - un agente de cuidado de la salud - para decidir sobre tratamiento en su representación, cuando ellos no puedan decidir por sí mismos.

#### **Orden de no resucitar**

Usted tiene derecho a decidir si desea tratamiento de emergencia para reiniciar su corazón o sus pulmones si su respiración o circulación se detienen. Si no desea resucitación cardiopulmonar, debe hacer que sus deseos se conozcan por escrito. Su médico de cuidado primario puede proveer una orden de DNR (No resucitar) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario de DNR para llevarlo consigo y/o usar un brazalete que permitirá que cualquier proveedor médico de emergencia sepa acerca de sus deseos.

#### **Tarjeta de donante de órgano**

Esta tarjeta tamaño cartera dirá que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. También puede completar la parte posterior de su licencia de conducir o tarjeta de identificación que no sea de conducir del estado de New York para permitir que otros sepan si y cómo desea donar sus órganos.

#### **Testamento en vida**

Usted puede dar instrucciones específicas por escrito sobre tratamiento con antelación de situaciones donde tal vez no pueda tomar decisiones importantes sobre cuidado de salud por su cuenta.

Es su decisión si desea completar una directiva anticipada y cuál tipo de directiva anticipada es mejor para usted. Puede completar, alguna, todas o ninguna de las directivas anticipadas listadas arriba. La ley prohíbe cualquier discriminación en contra de proporcionar su cuidado médico en base a si tiene o no una directiva anticipada.

Para mayor información con respecto a directivas anticipadas, hable con su encargado de cuidado o su médico de cuidado primario. El paquete de inscripción de HealthPlus Amerigroup contiene formularios a completar para directivas anticipadas. Si necesita formularios adicionales, HealthPlus Amerigroup se los proveerá si desea completar una directiva anticipada. No tiene que usar a un abogado, pero podrá desear hablar con uno sobre este asunto importante. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Si desea hacer algún cambio, contacte a su encargado de cuidado.

## Cómo unirse a HealthPlus Amerigroup

La inscripción en HealthPlus Amerigroup es voluntaria. Si usted está solicitando, puede retirar su solicitud en cualquier momento antes de la inscripción. Si es miembro de HealthPlus Amerigroup, puede iniciar la cancelación de inscripción en cualquier momento, por cualquier motivo.

Cualquier persona que complete el acuerdo de inscripción, la autorización adecuada para divulgación de información médica y cumpla todos los criterios siguientes es elegible para HealthPlus Amerigroup, un plan de cuidado administrado a largo plazo. No se puede discriminar en contra de los solicitantes en base a su estado de salud y/o la necesidad o costo de servicios cubiertos.

### Criterios de inscripción

El solicitante debe:

- Tener 18 años de edad en adelante
- Ser elegible para Medicaid del estado de New York según lo determine la Administración de Recursos Humanos (HRA) de NYC
- Vivir en Brooklyn, Bronx, Manhattan, Queens o Staten Island
- Al momento de la solicitud, tener problemas de salud y/o limitaciones que calificarían para nivel de cuidado en asilo de ancianos\*
- Requerir al menos uno de los siguientes servicios y manejo de cuidado, de parte de HealthPlus Amerigroup por al menos 120 días desde la fecha efectiva de inscripción:\*

  - Servicios de enfermería a domicilio
  - Servicios privados de enfermería
  - Terapias a domicilio
  - Servicios de auxiliares de enfermería a domicilio
  - Servicios de cuidado personal a domicilio
  - Cuidado de la salud de adultos durante el día
  - Cuidado social diurno (si es usado como sustituto de servicios de cuidado personal a domicilio)

- Al momento de la inscripción, poder regresar a/o mantenerse seguro en el hogar sin riesgo para su salud\*

\*La determinación se toma en base a circunstancias individuales de conformidad con las normas de evaluación del estado de New York.

Si a través del proceso de selección se determina que el solicitante está inscrito en otro plan de cuidado administrado capitado por Medicaid, un programa de exención de Medicaid de servicios de base domiciliaria y comunitaria o programa de tratamiento diurno de la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o está recibiendo servicios de un hospicio, la persona puede ser inscrita en HealthPlus Amerigroup al finalizar su participación en dichos otros planes o programas.

Las solicitudes de inscripción pueden ser aceptadas de pacientes hospitalizados o residentes elegibles de otra forma de hospitales o centros residenciales bajo los auspicios de la Oficina Estatal de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios para Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la OPWDD del estado, pero la inscripción solo puede comenzar cuando el solicitante es dado de alta a su casa en la comunidad. A una persona que reside en un asilo de ancianos se le permite inscribirse en HealthPlus Amerigroup siempre y cuando se haya identificado un plan seguro para darle de alta.

### **El proceso de inscripción**

La elegibilidad para inscripción en HealthPlus Amerigroup debe ser establecida a través de un proceso de evaluación clínica y debe ser revisada y aprobada por la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York. La inscripción es voluntaria y usted puede elegir retirar su solicitud en cualquier momento.

### **Cómo obtener información**

Si quiere saber más sobre HealthPlus Amerigroup, un coordinador de inscripción puede hablar con usted por teléfono o visitarlo personalmente en su casa. Uno de nuestros coordinadores de inscripción lo contactará en un plazo de cinco días después de enterarse de su posible interés en HealthPlus Amerigroup. Los coordinadores de inscripción pueden revisar el cuadro de criterios de inscripción con usted (vea la sección Cómo unirse a HealthPlus Amerigroup), ayudarlo a determinar si cumple los requisitos mínimos de elegibilidad (edad, residencia, elegibilidad para Medicaid) para continuar con su indagatoria y explicar lo que puede esperar experimentar como miembro de HealthPlus Amerigroup. Si desea completar el proceso de solicitud de inscripción, el coordinador de inscripción programará la visita a su casa de una de nuestras RN especialistas en inscripción quien completará la evaluación de elegibilidad para inscripción.

### **La evaluación de elegibilidad para inscripción**

Los especialistas de inscripción son enfermeras certificadas que tienen experiencia y pericia en cuidado en el hogar y servicios de cuidado a largo plazo de base comunitaria. Los especialistas de inscripción determinan su elegibilidad clínica para HealthPlus Amerigroup al visitarlo en su hogar y completar una evaluación de salud para establecer el nivel de cuidado necesario, una evaluación de salud y seguridad y una evaluación social y ambiental. Las visitas de evaluación en el hogar son programadas lo más pronto posible, por lo general en un plazo de cinco días laborales después de expresar su interés en solicitar la afiliación a un coordinador de inscripción de HealthPlus Amerigroup, si usted cumple los requisitos mínimos de elegibilidad de edad, residencia y área de servicio.

Durante su visita en el hogar, el especialista de inscripción desarrollará un plan de cuidado para satisfacer sus necesidades.

Su participación es necesaria y se exhortan los comentarios de cualquier familiar o un apoyo informal. El especialista de inscripción le dará una solicitud de inscripción y un plan de cuidado propuesto para usted y cualquier familiar o apoyos informales que usted desea involucrar, para que lo revisen. Se le informará que HealthPlus Amerigroup es un programa voluntario y usted no está obligado a unirse.

Si está interesado en unirse a HealthPlus Amerigroup puede firmar un Acuerdo y declaración de inscripción, una Autorización para divulgación de información de la HIPAA y una Autorización para divulgación de información médica al final de la visita de inscripción. Solo se le pedirá que firme una Autorización para divulgación de información médica si cumple los criterios de elegibilidad y elige inscribirse en el plan. Es necesario firmar una Autorización para divulgación de información médica de modo que HealthPlus Amerigroup pueda hablar con su médico de cuidado primario (PCP) y sus otros proveedores de cuidado de la salud con el fin de establecer y coordinar los servicios incluidos en el plan de cuidado. Una Autorización para divulgación de información de la HIPAA permite a Amerigroup contactar a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York. Después de la visita de inscripción, HealthPlus Amerigroup contactará a su PCP para conversar sobre el plan de cuidado propuesto. Si su médico acepta colaborar con HealthPlus Amerigroup, su solicitud será enviada para procesamiento a la HRA. Si su médico no quiere colaborar con HealthPlus Amerigroup, usted será notificado antes de que su solicitud pueda ser procesada. Los motivos por los que su médico no quiere colaborar con HealthPlus Amerigroup serán discutidos con usted y usted puede decidir si quiere cambiar de médico.

Si quiere tiempo para pensar sobre unirse a HealthPlus Amerigroup o necesita más información, podemos programar visitas adicionales al hogar para responder cualquier pregunta que pueda tener.

Su inscripción en HealthPlus Amerigroup está sujeta a revisión y aprobación de la HRA.

Al inscribirse, le será suministrada una tarjeta de identificación de miembro de HealthPlus Amerigroup. **Es importante que traiga su tarjeta de afiliación junto con sus tarjetas de Medicare y Medicaid a todas las citas.**

### **Denegación de inscripción**

La HRA le puede denegar la inscripción a un solicitante por uno o más de los siguientes motivos:

- El solicitante no tiene por lo menos 18 años de edad
- El solicitante no es elegible para Medicaid
- El solicitante no es elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos
- El solicitante no es capaz de regresar a o permanecer en el hogar sin arriesgar su salud o seguridad al momento de la inscripción
- El solicitante no requiere servicios de cuidado a largo plazo del Plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup por 120 días o más
- El médico del solicitante no colaborará con el Plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup y el solicitante no quiere cambiar de médico de cuidado primario

(colaboración de un médico significa la disposición para escribir órdenes para servicios cubiertos que le permita recibir cuidado de parte de proveedores de la red)

- El solicitante ha cancelado su inscripción previa e involuntariamente de HealthPlus Amerigroup
- El solicitante está inscrito actualmente en otro plan de cuidado administrado de Medicaid, un programa de exención de servicios de base domiciliaria y comunitaria, un Programa de tratamiento diurno de la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o está recibiendo servicios de un hospicio y no desea finalizar su inscripción en uno de estos programas
- El solicitante es un paciente hospitalizado o residente de un hospital o centro residencial operado por la Oficina de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios para Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la OPWDD del estado; las solicitudes de inscripción pueden ser tomadas, pero la inscripción solo puede comenzar cuando el solicitante es dado de alta a su casa en la comunidad

Si HealthPlus Amerigroup determina que la inscripción debe ser denegada en base al no cumplimiento de los criterios de inscripción, HealthPlus Amerigroup recomendará a la HRA que la solicitud de inscripción debe ser denegada. HealthPlus Amerigroup también le enviará una carta. La HRA toma la determinación final de la denegación de inscripción y le notificará de sus derechos. Usted puede retirar su solicitud en cualquier momento antes de la fecha efectiva de inscripción al indicar sus deseos oralmente o por escrito y le será enviado un acuso de recibo por escrito de su retiro.

Si se determina que no es elegible debido a edad, ubicación de la residencia, o elegibilidad para Medicaid, HealthPlus Amerigroup le informará. Si no está de acuerdo con HealthPlus Amerigroup en que usted no es elegible debido a edad, residencia o elegibilidad para Medicaid, cualquier información que haya provisto a HealthPlus Amerigroup será enviada por escrito a la HRA con una copia a usted. La HRA decidirá si HealthPlus Amerigroup estaba en lo correcto al informarle que usted no era elegible para inscribirse en HealthPlus Amerigroup. Si la HRA está de acuerdo en que usted no es elegible para inscribirse, entonces su inscripción será denegada.

Si se determina que usted no es clínicamente elegible para HealthPlus Amerigroup, le será informado y puede retirar la solicitud. La no elegibilidad clínica significa que, en base a la evaluación en el hogar, usted no requiere un nivel de cuidado de asilo de ancianos (puntuación SAAM de cinco o más); y/o usted no cumple los criterios de salud y seguridad; y/o usted no requiere servicios de cuidado administrado a largo plazo del plan por al menos 12 días. Si no desea retirarla, la solicitud será procesada como denegación propuesta, pendiente de aceptación de la HRA.

## **Su equipo de cuidado**

El beneficio más importante de unirse a HealthPlus Amerigroup es que tendrá un solo número al que llamar para acceder al cuidado apropiado y médicamente necesario para sus necesidades de salud: 1-800-950-7679. Todo su cuidado será coordinado y organizado por una enfermera certificada encargada de cuidado. Un coordinador de HealthPlus Amerigroup, una enfermera certificada con experiencia en cuidado en el hogar de base comunitario, también hará visitas periódicas a su hogar para reevaluar su condición.

Nuestra primera prioridad es ayudarlo a manejar su condición crónica y vivir en la comodidad de su propio hogar lo más independientemente posible el mayor tiempo posible. HealthPlus Amerigroup organiza la provisión del cuidado adecuado en el momento adecuado en base a la necesidad médica. Podemos cambiar su plan de cuidado tan rápido como sus necesidades cambian. (Vea la sección sobre Sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo para ver las reglas de necesidad médica).

Su equipo de cuidado constará de su encargado de cuidado asignado, su médico de cuidado primario y otro personal de apoyo de HealthPlus Amerigroup. Cualquier otro médico que le provea cuidado será involucrado en el proceso de planificación de cuidado. El personal de apoyo de HealthPlus Amerigroup consta de coordinadores de Servicios al Miembro, trabajadores sociales médicos, coordinadores de derechos y nuestro director médico. En conjunto, HealthPlus Amerigroup trabajará con usted y sus médicos para ayudar a garantizar que usted reciba los servicios apropiados en su plan de cuidado. En caso de que en cualquier momento el encargado de cuidado observe cambios en su estado de salud, abordará el problema con usted y su PCP.

### **Encargado de cuidado**

El encargado de cuidado es un empleado de HealthPlus Amerigroup y es la persona con la que habla cuando llama a HealthPlus Amerigroup sobre sus necesidades de cuidado a largo plazo. Su encargado de cuidado es responsable por buscar y coordinar soluciones creativas para satisfacer sus necesidades de salud y cuidado a largo plazo, mientras garantiza resultados de calidad con la meta de realzar su funcionalidad y calidad de vida. Su encargado de cuidado creará un plan de cuidado que considere sus deseos y necesidades de salud y cuidado a largo plazo, obtendrá autorización para sus servicios y facilitará lo más posible su acceso a servicios necesarios al coordinar e integrar servicios de cuidado agudo y a largo plazo cubiertos y no cubiertos. Cada encargado de cuidado es una enfermera certificada cuyo campo de experiencia es atender a personas con necesidades médicas crónicas. Su encargado de cuidado, hablará con usted, el coordinador de cuidado comunitario y sus médicos para autorizar y ordenar servicios delineados en el plan de cuidado diseñado personalmente para usted. Su encargado de cuidado trabajará conjuntamente con su médico de cuidado primario al igual que con otros profesionales de cuidado de la salud (tales como su proveedor de cuidado de la salud en el hogar, enfermeras y terapeutas físicos) para coordinar todas sus necesidades de cuidado de la salud para ambos servicios cubiertos y no cubiertos. Su encargado de cuidado es apareado, basado en la disponibilidad, para satisfacer mejor sus necesidades individuales de idioma y culturales.

### **Enfermera de reevaluación**

La enfermera de reevaluación es una enfermera certificada que es empleada de HealthPlus Amerigroup o una designada calificada y es responsable por la administración y supervisión de base comunitaria de su cuidado. La enfermera de reevaluación realiza evaluaciones clínicas en su hogar, ayuda con el desarrollo del plan de cuidado y lo visita periódicamente para reevaluarlo clínicamente de modo que su encargado de cuidado pueda ajustar su plan de cuidado a medida que su condición cambia. Su enfermera de reevaluación es apareada, en base a la disponibilidad, para satisfacer mejor sus necesidades individuales de idioma y culturales.

**Para contactar a su encargado de cuidado asignado, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.**

### **Departamento de salud del comportamiento de HealthPlus Amerigroup**

El Departamento de salud del comportamiento de HealthPlus Amerigroup trabajará estrechamente con usted y su encargado de cuidado para ayudarlo con sus preocupaciones sociales y ambientales. HealthPlus Amerigroup está a disposición para aconsejar a miembros y sus familias sobre cómo afrontar enfermedades crónicas y problemas sociales. Con un referido de su encargado de cuidado, un trabajador social médico ayudará en la coordinación de cuidado de la salud del comportamiento. Los coordinadores de derechos también pueden ayudarlo al solicitar cualquier derecho (a saber: programa de asistencia de energía en el hogar y/o cupones de alimentos), la solicitud de Medicaid y el proceso de recertificación al igual que cualquier otro beneficio para el cual usted es elegible. Si necesita asistencia, informe a su encargado de cuidado.

Si tiene una situación que requiere intervención intensiva, contacte a su encargado de cuidado para solicitar que un trabajador social médico vaya a su casa para reunirse con usted y su familia o apoyos informales.

## **Cómo obtener ayuda**

### **Departamento de Servicios al Miembro**

HealthPlus Amerigroup desea que usted entienda su plan de cuidado administrado a largo plazo y reciba el mejor cuidado posible. Para este fin existe el departamento de Servicios al Miembro. Si necesita comunicarse con su encargado de cuidado, tiene alguna pregunta sobre beneficios, servicios o procedimientos o reemplazar una tarjeta de identificación perdida, o si tiene una duda sobre algún aspecto de HealthPlus Amerigroup, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Nuestros coordinadores de Servicios al Miembro están a disposición por teléfono para ayudarlo con respecto a su afiliación, incluidas preguntas sobre beneficios, cuáles servicios están no o cubiertos, verificar la fecha y hora en que tiene citas programadas o si necesita organizar transporte médico. Estos atentos miembros del personal trabajan con su equipo de cuidado para programar sus citas y pedir los suministros y servicios que usted necesita. También acogemos cualquier idea o sugerencia que usted podría tener con respecto a HealthPlus Amerigroup. Llame a Servicios al Miembro con sus comentarios para ayudarnos a mejorar los servicios que le prestamos.

**Servicios al Miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m. – 5:00 p.m.

### **Nurse Advice Hotline/Asistencia fuera de horas laborales**

Si tiene preguntas médicas y no puede comunicarse con su PCP o encargado de cuidado, o si es después de horas laborales normales (8:30 am – 5:00 pm), siempre puede llamar a HealthPlus Amerigroup y hablar directamente con una enfermera. La Nurse Advice Hotline puede darle orientación sobre si debe ir a la sala de emergencias, cómo afrontar una crisis personal en el hogar, o proveerle instrucciones sobre cómo tomar sus medicamentos de acuerdo con su receta.

A través de la Nurse Advice Hotline tendrá acceso a todos los servicios de intérpretes descritos a continuación.

**Servicios al Miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m. – 5:00 p.m.

### **Servicios de intérpretes**

Deseamos que sepa cómo usar su plan de cuidado administrado a largo plazo sin importar el idioma que habla. El personal de HealthPlus Amerigroup habla una variedad de idiomas, pero si usted habla un idioma que nuestro personal no sabe, podemos acceder a un servicio de interpretación oral (ATT Language Line) para asegurarnos de que usted reciba toda la información que necesita y que sus preguntas sean respondidas en su idioma. También tenemos información escrita en los idiomas de mayor prevalencia (inglés, español y chino) de nuestros miembros. También tenemos disponible interpretación oral de material escrito de HealthPlus Amerigroup para todos nuestros miembros en distintos idiomas. Versiones grabadas en cinta (inglés y español) de nuestro manual del miembro están disponibles también.

Llame con toda confianza a Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 y pida hablar con un intérprete o solicite materiales escritos en su idioma.

### **Servicios para miembros con problemas visuales**

HealthPlus Amerigroup tiene un manual en letras GRANDES disponible a petición de aquellos miembros que tienen problemas visuales. Versiones en Braille (inglés y español) de nuestro manual del miembro están disponibles también. Nuestro personal también puede leer el manual a aquellos miembros que tienen problemas visuales. Póngase en contacto con Servicios al Miembro para revisar estas opciones.

### **Servicios para miembros con problemas auditivos**

Los miembros con problemas auditivos que desean hablar con un representante de Servicios al Miembro deben primero ponerse en contacto con nuestro operador del Servicio de Retransmisión de AT&T al **1-800-421-1220**. El operador entonces facilitará las llamadas entre miembros con problemas auditivos y HealthPlus Amerigroup. También podemos coordinar y pagar para que le ayude una persona que conozca el lenguaje de señas.

### **Manténganos informados**

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

- Usted cambie su nombre, dirección o número telefónico
- Usted tenga un cambio en circunstancias que pueda afectar su elegibilidad para cuidado administrado a largo plazo, tales como cambios en ingresos/recursos o condiciones de vida
- Usted adquiera cobertura bajo otro seguro de salud tal como seguro de salud privado

### **Ayude a mejorar las políticas del plan**

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que den mejor servicio a nuestros miembros al compartir sus ideas con nosotros.


Infórmenos si tiene una idea que desea compartir o desea trabajar con uno de nuestros comités o juntas consultivas de miembros. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 para saber cómo puede ayudar.

## Su tarjeta de identificación

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup. Los números telefónicos de HealthPlus Amerigroup aparecerán en el frente y dorso de esta tarjeta. Porte su tarjeta de identificación de miembro en todo momento. Puede usar su tarjeta de identificación para recibir servicios y beneficios cubiertos por el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup. También tendrá cobertura continua a través de Medicare y/o Medicaid de pago por servicios y puede tener cobertura de seguro privado para algunas de sus necesidades médicas. Es importante que porte todas sus tarjetas de identificación junto con su tarjeta de HealthPlus Amerigroup.

No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup antes de recibir cuidado de emergencia. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

A continuación está un ejemplo que indica cómo se verá su tarjeta de identificación de HealthPlus Amerigroup.

 <p>HealthPlus, an Amerigroup Company</p> <p>Member Name: Medicaid Number: Medicare Number: Primary Care Provider (PCP): Member Services: 1-800-950-7679</p> <p><small>New York Managed Long-Term Care Benefits Only</small></p>	<p>Effective Date: Date of Birth: Subscriber #:</p> <p><b>MEMBERS:</b> Please carry this card at all times. Show this card before you receive any covered Managed Long-Term Care services. You do not need to show this card before you receive emergency care. If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. If you have questions or want to speak with someone about the care you received, call Member Services toll free at 1-800-950-7679. If you are deaf or hard of hearing, please call 1-800-855-2880.</p> <p><b>PHYSICIANS:</b> This individual is enrolled in a New York State-approved Managed Long-Term Care plan that provides coverage for long-term care. Physician services will be paid directly by Medicaid fee-for-service or Medicare. If the member has Medicare and/or other private insurance, their benefits are not effected by their Managed Long-Term Care coverage. Please do not attempt to collect a copay or deductible from this individual.</p> <p><b>HOSPITALS:</b> This individual is enrolled in a New York State-approved Managed Long-Term Care plan that provides coverage for long-term care. Please notify us of any inpatient activity incurred by this member, as we are responsible for discharge planning. Preadmission certification is not required. Your claim will be paid directly by Medicaid, Medicare and/or other private insurance.</p> <p><b>SUBMIT CLAIMS TO:</b> HEALTHPLUS AMERIGROUP • PO BOX 61010 • VIRGINIA BEACH, VA 23466-1010</p> <p><b>USE OF THIS CARD BY ANY PERSON OTHER THAN THE MEMBER IS FRAUD.</b></p> <p><small>NY01 04/12</small></p>
--	---

## Sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo

A continuación está una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos (coordinados) de HealthPlus Amerigroup disponibles bajo el plan de cuidado administrado a largo plazo. Todos los beneficios y servicios son provistos cuando sean necesarios por motivos médicos.

**Necesarios por motivos médicos** – Servicios que son necesarios para evitar, diagnosticar, corregir o curar condiciones del inscrito que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, resultan en enfermedad o padecimiento, interfieren con la capacidad de dicho inscrito para realizar actividades normales o amenazan con causar alguna discapacidad significativa.

## Servicios cubiertos

Servicios cubiertos son aquellos servicios disponibles a través de la afiliación a cuidado administrado a largo plazo, por lo general son prestados por un proveedor de la red y son pagados por HealthPlus Amerigroup.

El servicio específico y la frecuencia y duración de ese servicio están basados en su condición médica, salud y necesidades sociales. Todos los servicios cubiertos pueden ser organizados por HealthPlus Amerigroup en su nombre. Para programar citas con proveedores u organizar transporte que no sea de emergencia, contacte a su encargado de cuidado o al departamento de Servicios al Miembro de HealthPlus Amerigroup quienes harán todo eso por usted.

### Servicios coordinados

Servicios coordinados son aquellos servicios que no están cubiertos por HealthPlus Amerigroup. Puede elegir cualquier proveedor para aquellos servicios no cubiertos siempre y cuando ese proveedor acepte Medicaid y/o Medicare, su cobertura de seguro de terceros o usted pague privadamente, según aplica para el servicio. Su encargado de cuidado de HealthPlus Amerigroup está a su disposición para ayudarlo al organizar y coordinar estos servicios para usted. Es sumamente importante que haya comunicación entre todos los proveedores involucrados en su cuidado al igual que colaboración con usted y su familia o apoyos informales. Su encargado de cuidado es una fuente invaluable de información y asistencia, ya que el trabajo principal del encargado de cuidado es servir como enlace entre usted y todos sus proveedores de cuidado de la salud para garantizar el suministro fluido y uniforme de cuidado independientemente de la fuente de pago.

Servicios cubiertos	Servicios coordinados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de cuidado</li> <li>• Cuidado de la salud en el hogar +</li> <li>• Enfermería               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auxiliar de salud en el hogar</li> <li>– Terapia física</li> <li>– Terapia ocupacional</li> <li>– Terapia del habla</li> <li>– Servicios sociales médicos</li> <li>– Cuidado de la salud de adultos durante el día</li> <li>– Cuidado personal</li> </ul> </li> <li>• Suministros médicos/quirúrgicos</li> <li>• Equipos médicos duraderos +</li> <li>• Prótesis y ortótica +</li> <li>• Suplementos enterales y parenterales</li> <li>• Sistema de respuesta de emergencia personal</li> <li>• Transporte que no sea de emergencia</li> <li>• Podiatría +</li> <li>• Odontología</li> <li>• Optometría/anteojos</li> <li>• Audiología/prótesis auditivas; baterías para prótesis auditivas</li> <li>• Comidas entregadas en casa o comidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de sala de emergencias +</li> <li>• Servicios médicos (incluidos servicios provistos en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar) +</li> <li>• Servicios para pacientes hospitalizados +</li> <li>• Servicios ambulatorios de hospital +</li> <li>• Servicios de laboratorio +</li> <li>• Servicios de radiología y radioisótopos +</li> <li>• Medicamentos recetados y sin recetas +</li> <li>• Transporte de emergencia +</li> <li>• Servicios de clínica de salud rural +</li> <li>• Diálisis renal crónica +</li> <li>• Servicios de salud mental +</li> <li>• Servicios para abuso de alcohol y sustancias +</li> <li>• Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo +</li> <li>• Servicios de planificación familiar +</li> </ul>

Servicios cubiertos	Servicios coordinados
conjuntas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado diurno social</li> <li>• Terapia física, ocupacional, del habla o de otra naturaleza en un entorno distinto al hogar +</li> <li>• Terapia respiratoria +</li> <li>• Consejería nutricional</li> <li>• Apoyos sociales y modificaciones al hogar</li> <li>• Servicios privados de enfermería</li> <li>• Cuidado en asilo de ancianos *+</li> </ul>	

\*Aplican reglas de elegibilidad para Medicaid Institucional; + Puede aplicar cobertura de Medicare

**Cómo obtener servicios cubiertos**

Para algunos servicios cubiertos listados en el cuadro de beneficios de HealthPlus Amerigroup, puede necesitar la orden de un médico y/o la aprobación previa de HealthPlus Amerigroup. Para otros, puede acceder al servicio directamente. Comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro llamando al 1-800-950-7679. El representante de Servicios al Miembro lo ayudará gustosamente con sus necesidades o transferirá su solicitud a su encargado de cuidado.

La autorización es el proceso por el cual se determina que un servicio cubierto en cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup es necesario por motivos médicos para la condición, enfermedad o padecimiento del miembro por parte del médico del miembro y/o HealthPlus Amerigroup.

El cuadro a continuación lo ayudará a determinar cuándo necesita autorización para acceder a servicios cubiertos y si la necesitará de su médico, Amerigroup o ambos.

<b>Beneficio de HealthPlus Amerigroup</b>	<b>Orden médica requerida</b>	<b>Autorización de HealthPlus Amerigroup requerida</b>
Cuidado de la salud en el hogar	✓	✓
Cuidado de adultos durante el	✓	✓
Cuidado personal	✓	✓
Equipos médicos duraderos	✓	✓
Suministros médicos/quirúrgicos	✓	✓
Prótesis	✓	✓
Ortótica	✓	✓
Suplementos enterales y	✓	✓
Sistema de respuesta de		✓
Transporte que sea de emergencia		Llame a Servicios al Miembro para programar
Podiatría	El miembro puede acceder directamente	
Odontología		✓
Optometría/anteojos		✓
Audiología/prótesis auditivas		✓
Baterías para prótesis auditivas		✓
Comidas entregadas en		✓
Cuidado diurno social		✓
Terapia ambulatoria	✓	✓
Terapia respiratoria	✓	✓
Consejería nutricional	✓	
Apoos sociales y modificaciones al hogar		✓
Servicios privados de enfermería	✓	✓
Cuidado en asilo de ancianos	✓	✓

**Cuidado de la salud de adultos durante el día** es cuidado y servicios dados en un centro residencial de cuidado de la salud u otro centro aprobado bajo la dirección médica de un doctor a un miembro que tiene discapacidades de funcionamiento, pero que no están confinado en casa y que requiere ciertos servicios o artículos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.

**Audiología y prótesis auditivas** incluye exámenes o análisis auditivos, evaluación para prótesis auditivas y receta o recomendaciones para prótesis auditivas; los servicios incluyen seleccionar, adaptar y dispensar prótesis auditivas y chequeos de prótesis auditivas después de dispensarlas y reparaciones de prótesis auditivas. Los productos incluyen prótesis auditivas, moldes auditivos, baterías, adaptaciones especiales y partes de repuesto.

**Odontología** incluye exámenes preventivos y limpiezas, profilaxis y otro cuidado dental y aparatos de ortótica si se requieren para aliviar una condición grave de salud.

**Equipos médicos duraderos (DME)** incluye **fórmula enteral y parenteral y baterías para prótesis auditivas**. Los equipos médicos duraderos son dispositivos y equipos, distintos a aparatos y dispositivos protésicos u ortóticos, que han sido ordenados por un profesional de la salud en el tratamiento de una condición médica específica; las medias de compresión solo serán cubiertas cuando sean usadas en el tratamiento de una úlcera venosa abierta.

**Suministros médicos y quirúrgicos** son artículos para uso médico distintos a medicamentos, aparatos y dispositivos protésicos u ortóticos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico, que tratan una condición médica específica; por lo general son desechables y no reutilizables y son para un propósito específico.

**Cuidado en el hogar** incluye los siguientes servicios, que son de naturaleza preventiva, de rehabilitación terapéutica, de orientación sobre salud y/o de apoyo: servicios de enfermería, servicios de auxiliar de salud en el hogar, servicios nutricionales, servicios de trabajo social, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla/lenguaje.

**Comidas entregadas en el hogar/conjuntas** son comidas proporcionadas para ayudar a apoyar el plan de cuidado específico de un miembro.

**Servicios médicos sociales** significa evaluar la necesidad de, organizar y proveer ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde dichos servicios son realizados por parte de un trabajador social calificado y provistos dentro de un plan de cuidado. Estos servicios deben ser provistos por un trabajador social calificado.

**Servicios de enfermería** incluye servicios de enfermería intermitentes, de tiempo parcial y continuos ordenados y delineados por un doctor e incluyen cuidado dado para tratar o mantener la salud.

**Cuidado en asilo de ancianos** es cuidado de tiempo completo provisto a miembros por parte de un centro certificado.

**Consejería nutricional** significa ofrecer al miembro educación y consejería nutricional para satisfacer necesidades normales y terapéuticas; los servicios pueden incluir evaluar el estado nutricional y las preferencias alimenticias, desarrollar y planificar ingesta alimenticia apropiada, evaluación regular y revisión de planes nutricionales.

**Terapia ocupacional** es uno o más servicios de rehabilitación ofrecidos por un terapeuta ocupacional autorizado y certificado para reducir discapacidad física o mental y restaurar a un miembro a su mejor nivel funcional.

**Optometría** incluye los servicios de un doctor de los ojos u optometrista e incluye exámenes y anteojos; lentes de contacto y lentes de policarbonato necesarios por motivos médicos, ojos artificiales (estándares o hechos a la medida) y ayudas para poca visión.

**Ortótica** son aparatos y dispositivos usados para apoyar una parte débil o deformada del cuerpo o para restringir o eliminar movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada.

**Terapias ambulatorias** son servicios de rehabilitación provistos por un terapeuta certificado y autorizado; estos servicios deben ayudar al miembro a restaurar lo más posible su función física o mental. La terapia ocupacional, física del habla está limitada a 20 visitas por terapia al año, excepto para niños menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene una discapacidad del desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.

**Cuidado personal** significa asistencia parcial o total con actividades tales como higiene personal, vestirse y alimentarse y apoyo nutricional y ambiental en el hogar.

**Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)** es un dispositivo electrónico usado por ciertos pacientes de alto riesgo de modo que puedan recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o medioambiental.

**Podiatría** son servicios que incluyen cuidado de rutina de los pies cuando haya enfermedad, lesión o síntomas que involucran los pies y que presentan un peligro, o cuando son realizados según sean necesarios para cuidado médico.

**Servicios privados de enfermería** es cuidado de enfermería continuo y especializado dado en el hogar por enfermeras prácticas profesionales o certificadas apropiadamente certificadas y autorizadas.

**Prótesis** es un servicio o dispositivo que incluye brazos, piernas, partes internas del cuerpo, mamas (incluida cirugía de reconstrucción de mamas) y ojos artificiales. La cobertura de calzado recetado necesario por motivos médicos está limitada al tratamiento de diabetes, o cuando un zapato sea parte de una abrazadera de pierna (vea ortótica arriba) o para complicaciones del pie en niños menores de 21 años.

**Terapia respiratoria** es cuidado para evitar problemas de respiración, para mantener la salud de la respiración o rehabilitar la respiración usando medicinas, máquinas y educación al paciente.

**Apoyos sociales y ambientales** son servicios y artículos que apoyan las necesidades médicas del miembro y están incluidos en el plan de cuidado del miembro; incluyen tareas de mantenimiento del hogar, servicios de oficios domésticos, modificaciones al hogar y cuidado de relevo.

**Cuidado social diurno** es un programa completo y estructurado que ofrece a personas con deterioro de su funcionalidad socialización, supervisión y monitoreo, cuidado personal y nutrición en un entorno de protección durante cualquier parte del día y puede incluir mantenimiento y mejoramiento de habilidades para la vida diaria, transporte, ayuda de cuidador y coordinación y asistencia de caso.

**Servicios sociales** incluye información, referidos y ayuda para obtener y mantener beneficios, que incluye ayuda financiera, ayuda médica, cupones para alimentos u otros programas de apoyo.

**Transporte:** significará transporte por ambulancia, ambulette, taxi o servicio de transferencia o transporte público para obtener cuidado y servicios médicos necesarios.

## **Coordinación de servicios**

### **Desarrollo y monitoreo del plan de cuidado**

Cuando se inscribe, su médico de cuidado primario, especialista de inscripción y su encargado de cuidado asignado trabajarán en conjunto con usted para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades. Su plan de cuidado es una descripción escrita de todos los tipos de servicios que usted recibirá para ayudar a mantener y mejorar su estado de salud y ser lo más independiente posible. Su plan de cuidado incluirá ambos servicios cubiertos y no cubiertos de HealthPlus Amerigroup. Su plan de cuidado es desarrollado en base a evaluaciones iniciales y de seguimiento (llamadas reevaluaciones) de sus necesidades de cuidado de la salud por parte del coordinador de cuidado comunitario. Su plan de cuidado inicial se basa en la visita de evaluación en el hogar del especialista de inscripción en colaboración con las recomendaciones de su médico para abordar sus necesidades específicas de cuidado. Las reevaluaciones se harán lo más rápido que su condición lo requiera para a más tardar en 180 días desde la evaluación anterior.

Una copia del plan de cuidado aprobado de HealthPlus Amerigroup le será provista en no más de 14 días calendario desde cuando su evaluación o reevaluación estén completadas o lo más rápido que su condición lo requiera. Además, recibirá una carta de confirmación por cada servicio cubierto listado en su plan de cuidado que sea organizado y que será pagado por HealthPlus Amerigroup en su nombre. La carta de confirmación explica, por tipo de servicio, la duración (cantidad de tiempo) y frecuencia (cuán a menudo) de cada servicio cubierto en el cuadro de beneficios de HealthPlus Amerigroup, al igual que la fecha en que expira la autorización.

Su plan de cuidado es evaluado y revisado periódicamente con usted para ayudar a garantizar que los tipos de servicios que está recibiendo satisfagan sus necesidades específicas. Si sus necesidades de cuidado de la salud cambian, usted puede requerir servicios distintos o los mismos servicios, solo con mayor o menor frecuencia. Esto requerirá que su plan de cuidado cambie. Su encargado de cuidado revisará el plan de cuidado con usted y su médico de cuidado primario y discutirá cualquier cambio a su plan de cuidado. La estabilidad de su condición crónica determinará la frecuencia con que su plan de cuidado es ajustado y su duración. Siempre puede ser cambiado en cualquier momento a medida que sus necesidades médicas aumenten o disminuyan y le notificaremos sobre cualquier cambio.

Usted es un miembro importante de su equipo de cuidado de la salud, así que es importante que nos informe lo que necesita. Hable con su proveedor de cuidado primario y encargado de cuidado si tiene una necesidad por cualquier servicio que no está recibiendo actualmente o desea hacer cambios a su plan de cuidado (vea la sección sobre Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales a continuación). Además, su encargado de cuidado trabajará con usted para ayudar a garantizar que sus condiciones médicas estén siendo monitoreadas apropiadamente.

## **Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales**

### **¿Cómo hago solicitudes de servicios?**

Las solicitudes de beneficios o servicios nuevos o adicionales pueden ser hechas oralmente o por escrito a su encargado de cuidado. Su proveedor, en su nombre, también puede hacer una solicitud por usted. Cualquier solicitud que haga será enviada a su encargado de cuidado asignado para revisión.

Para algunas solicitudes, su encargado de cuidado o su médico realizarán una determinación de necesidad médica (vea la sección sobre Necesidad médica) para ayudar a garantizar que su solicitud de un servicio particular o la cantidad de servicios sea la más adecuada para su condición. Si se requiere una evaluación, la misma será realizada por el coordinador de cuidado comunitario, o su médico, lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales después de recibir su solicitud.

Una vez sea completada la determinación de necesidad médica, el encargado de cuidado discutirá la evaluación con usted, su familia o apoyos informales.

### **Revisión acelerada**

Si HealthPlus Amerigroup determina o su proveedor indica que un retraso en aprobar cualquier servicio solicitado pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, la solicitud será acelerada. Usted también puede solicitar una revisión acelerada. Si HealthPlus Amerigroup deniega la solicitud de una revisión acelerada, la misma será manejada usando los periodos de tiempo para revisión estándar. HealthPlus Amerigroup le enviará una notificación escrita indicando que la solicitud no será manejada como solicitud acelerada, sino como una solicitud estándar. Usted o su proveedor pueden presentar una queja con respecto a la determinación de HealthPlus Amerigroup para completar la revisión usando periodos de tiempo estándares. El encargado de cuidado le notificará cualquier decisión por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera.

### **Autorización previa (nuevos servicios)**

Cuando usted, o un proveedor en su nombre, soliciten un nuevo beneficio o servicio que nunca ha tenido antes, se considera como una solicitud de autorización previa. Una solicitud para cambiar un servicio en el plan de cuidado para un periodo de autorización futuro también es considerada como solicitud de aprobación previa.

Una decisión de la solicitud de autorización previa será suministrada por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales desde el recibo de toda la información necesaria, pero a más tardar en catorce días desde el recibo de su solicitud. Para una solicitud acelerada de autorización previa, le será notificada a más tardar en tres días laborales después de la solicitud de servicio.

### **Revisión concurrente (más de los mismos servicios)**

Cuando usted, o un proveedor en su nombre, soliciten servicios adicionales (más del mismo) que estén autorizados actualmente en el plan de cuidado, la solicitud es considerada una revisión concurrente.

Una decisión de la revisión concurrente será suministrada por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales desde el recibo de toda la información necesaria, pero a más tardar en 14 días desde el recibo de su solicitud por parte de HealthPlus Amerigroup. Para una revisión concurrente acelerada, se le notificará la decisión en un día laboral después del recibo de la información necesaria, pero a más tardar en tres días laborales del recibo de la solicitud de servicios.

### **Extensiones en la revisión de solicitudes**

HealthPlus Amerigroup puede extender el periodo de revisión por hasta 14 días si justificamos la necesidad de información adicional y la extensión es en su mejor interés. Usted, o un proveedor en su nombre, también puede solicitar una extensión oralmente o por escrito. HealthPlus Amerigroup le enviará una notificación escrita de cualquier extensión que iniciemos.

### **Aprobaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente**

Si su solicitud es concedida por HealthPlus Amerigroup, los servicios serán autorizados y ordenados y se le enviará por correo una carta de confirmación.

### **Denegaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente**

Si la determinación por parte de HealthPlus Amerigroup es denegar la cobertura de su solicitud de autorización previa o revisión concurrente, recibirá por correo una Carta de notificación de acción del plan que le explicará la decisión. Usted o su proveedor pueden apelar la decisión comunicada por HealthPlus Amerigroup (vea la sección sobre Acciones y apelaciones de acciones).

## **Selección de proveedores**

### **Elección de sus propios médicos de cuidado primario**

Los servicios de cuidado primario y agudo no son servicios cubiertos en el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup. En su lugar, estos servicios son cubiertos por Medicaid y/o Medicare. Esto le da la oportunidad de mantener su relación su actual médico de cuidado primario (PCP) para garantizar que no haya interrupción en el cuidado médico a la vez que gana una persona de apoyo adicional, el encargado de cuidado, para ayudar a guiar su cuidado. Sin embargo, si desea cambiarse a un PCP distinto, su encargado de cuidado lo asistirá con gusto a ubicar un PCP calificado.

## **Selección de proveedores para servicios cubiertos**

Para servicios cubiertos por HealthPlus Amerigroup, puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores que ofrezca el servicio que usted necesita. Ya que estos proveedores de la red tienen una obligación contractual con HealthPlus Amerigroup, tenemos la capacidad de monitorear sus servicios y sujetarlos a nuestros estándares profesionales.

## **Afectación en miembros con cobertura de Medicare**

Si tiene beneficios de Medicare, su afiliación a HealthPlus Amerigroup no afecta su elegibilidad para Medicare. Continuará estando cubierto por Medicare para sus consultas médicas, hospitalizaciones, análisis de laboratorio, ambulancia y otros beneficios de Medicare.

No necesita autorización de HealthPlus Amerigroup para recibir servicios de Medicare. Si se agotan sus beneficios de Medicare y HealthPlus Amerigroup se convierte en el pagador primario para un servicio cubierto, necesitará cambiarse a uno de los proveedores de nuestra red.

Sin embargo, para servicios cubiertos por Medicare, HealthPlus Amerigroup puede:

- Referirlo a un médico calificado (si ya no tiene uno)
- Programar citas médicas y organizar transporte que no sea de emergencia para usted
- Organizar transporte que no sea de emergencia para laboratorio, radiografías o análisis diagnósticos que sean ordenados por su médico
- Ayudar con los arreglos de alta si es admitido a un hospital
- Organizar servicios de cuidado en el hogar cubiertos por Medicare

Si está recibiendo algún servicio que esté cubierto por ambos HealthPlus Amerigroup y Medicare, a Medicare se le facturará como su seguro primario. Si Medicare no cubre el costo total del servicio, entonces a HealthPlus Amerigroup se le facturará por cualquier deducible o coseguro.

Si está recibiendo actualmente un servicio cubierto por Medicare, puede continuar usando ese proveedor. HealthPlus Amerigroup recomienda que use un proveedor de nuestra red de modo que no tendrá que cambiar de proveedores si se cumplen los límites de cobertura de Medicare y HealthPlus Amerigroup se convierte en responsable por el pago primario del cuidado. Si el proveedor de su elección no es un proveedor de la red de HealthPlus Amerigroup, contacte a su encargado de cuidado o a Servicios al Miembro para discutir sus opciones.

## **Cambio de proveedor(es)**

HealthPlus Amerigroup desea que usted esté satisfecho con su proveedor para servicios cubiertos y no cubiertos. Si no está satisfecho, deseamos saberlo y podemos ayudarlo a cambiar su proveedor.

Con el fin de cambiar su proveedor para servicios cubiertos, contacte a nuestro departamento de Servicios al Miembro. La transición de un proveedor a otro puede ocurrir tan rápido como en un día laboral, pero puede tomar más tiempo. Siempre tratamos de hacer concordar su proveedor con su ubicación, idioma primario y necesidades específicas de cuidado de la salud.

HealthPlus Amerigroup también está disponible para ayudarlo a seleccionar o cambiar de proveedores para servicios no cubiertos. Solo póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios al Miembro.

## **Cuidado de emergencia**

**NO se requiere que obtenga preautorización o autorización previa de HealthPlus Amerigroup para recibir cuidado de emergencia.**

### **Definición de una emergencia\***

Una emergencia es una enfermedad, accidente o lesión repentina o inesperada que podría causar dolor graves, lesión grave o muerte si no es tratada inmediatamente. Si tiene una emergencia y necesita atención médica inmediata, **llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano**. De ser posible, llame a su PCP o a su encargado de cuidado en HealthPlus Amerigroup.

### **Después de una emergencia**

Notifique a su PCP y a su encargado de cuidado en HealthPlus Amerigroup en un plazo de 24 horas de la emergencia. Puede estar necesitando servicios de cuidado a largo plazo que solo pueden ser provistos por HealthPlus Amerigroup.

## **Si está hospitalizado**

### **Cuidado de transición, fuera de la red y fuera del área**

Si está hospitalizado, un miembro de la familia o apoyo informal debe contactar a HealthPlus Amerigroup en un plazo de 24 horas de la admisión. Su encargado de cuidado cancelará sus servicios de cuidado en el hogar y otras citas. Si está en el hospital, asegúrese de pedir a su médico de cuidado primario o planificador de alta del hospital que contacte a HealthPlus Amerigroup. Trabajaremos con ellos para planificar su cuidado después de ser dado de alta del hospital.

### **Cuidado de transición**

Al inscribirse en HealthPlus Amerigroup, puede continuar un curso de tratamiento en marcha por un periodo de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de cuidado de la salud que no sea de la red. Si su proveedor de cuidado de la salud abandona la red de HealthPlus Amerigroup, su curso de tratamiento en marcha puede ser continuado por un periodo de transición de hasta 90 días. Los criterios listados a continuación deben ser cumplidos con el fin de que HealthPlus Amerigroup autorice y pague por cuidado de transición:

- Su proveedor acepta las tarifas de reembolso de HealthPlus Amerigroup como pago completo

---

**\*Condición médica de emergencia** se define como una condición médica o del comportamiento, cuya aparición sea repentina, que se manifieste por síntomas de gravedad, incluido dolor grave, que una persona común y prudente que posea un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en (i) colocar la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o en el caso de una condición del comportamiento, colocar la salud de la persona o de otros en riesgo grave ; o (ii) deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona; o (iii) disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona; o (iv) desfiguración grave de dicha persona.

- Su proveedor pone a disposición de HealthPlus Amerigroup cualquier información médica relacionada con su cuidado
- Su proveedor acepta acatar las políticas y procedimientos de HealthPlus Amerigroup

Si siente que tiene una condición que cumple los criterios para servicios de cuidado de transición, notifique a su encargado de cuidado.

### **Cuidado fuera de la red**

Como miembro de HealthPlus Amerigroup, puede obtener un referido a un proveedor de cuidado de la salud fuera de la red en el caso de que HealthPlus Amerigroup no tenga un proveedor con capacitación o experiencia apropiadas para satisfacer sus necesidades. En el caso de que requiera un proveedor fuera de la red, póngase en contacto con su encargado de cuidado para ayudarlo a obtener una autorización.

Al usar un proveedor fuera de la red de HealthPlus Amerigroup para servicios cubiertos, usted debe obtener una autorización de HealthPlus Amerigroup antes de acudir al proveedor. Sin obtener primero la autorización requerida, el proveedor no recibirá pago por sus servicios. Si tiene alguna pregunta en relación con este proceso, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.

### **Si está dejando el área de servicio de HealthPlus Amerigroup**

El área de servicio de HealthPlus Amerigroup es el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island y los condados Nassau y Putnam. Si está planeando pasar algún tiempo fuera de casa, infórmelo inmediatamente a su encargado de cuidado. Si está fuera del área de servicios por 60 días o menos, haremos todos los esfuerzos para ayudarlo a organizar servicios temporales para usted mientras está fuera. Informe a HealthPlus Amerigroup por lo menos una semana por anticipado para obtener autorización por servicios si está planeando estar fuera del área de servicio. Si está planeando dejar el área de servicio por más de 60 días consecutivos, será difícil para HealthPlus Amerigroup monitorear sus necesidades de salud apropiadamente. Si ocurre esta situación, HealthPlus Amerigroup ya no será apropiado para usted y su inscripción debe ser cancelada. En este caso, debe llamar a su encargado de cuidado para conversar sobre sus opciones.

### **Cuidado de emergencia fuera del área**

En el caso de una emergencia médica, llame al 911 o busque cuidado en una sala de emergencias incluso si está fuera de su área de servicio. Después de la emergencia médica, su familia o apoyo informal debe contactar a HealthPlus Amerigroup en un plazo de 24 horas, de ser posible, para que podamos ofrecer la ayuda que podamos y también ajustar su plan de cuidado para satisfacer cualquier cambio en sus necesidades médicas.

## **Cómo atendemos sus problemas e inquietudes**

HealthPlus Amerigroup hará su mejor esfuerzo para atender sus inquietudes o problemas lo más rápidamente posible y a su satisfacción. Puede usar ya sea nuestro proceso de queja o nuestro proceso de apelación, dependiendo de la clase de problema que tenga.

No habrá cambio en sus servicios o en la forma en que es tratado por el personal o un proveedor de cuidado de la salud de HealthPlus Amerigroup debido a que usted presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad.

Le daremos cualquier ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluyen proveerle servicios de intérprete o ayuda si tiene problemas de la vista y/o audición. Usted puede elegir a alguien (como un pariente o amigo o un proveedor) para que actúe por usted. Para presentar una queja o para apelar un plan de acción, llame al: 1-800-950-7679 o escriba a:  
HealthPlus Amerigroup  
Grievance and Appeals  
P.O. Box 1198  
New York, NY 10116

Cuando nos contacte, deberá darnos su nombre, dirección, número telefónico y los detalles del problema.

## **Reclamos y quejas**

### **¿Qué es una queja?**

Una queja es cualquier comunicación de usted hacia nosotros de insatisfacción sobre el cuidado y tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero hacia usted o no le gusta la calidad del cuidado o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentarnos una queja.

### **El proceso de queja**

Puede presentarnos una queja oralmente o por escrito. La persona que recibe su queja la registrará y el personal apropiado del plan supervisará la revisión de la queja. Si su queja puede ser decidida inmediatamente (el mismo día) a su satisfacción, no responderemos por escrito. Le enviaremos una carta diciéndole que recibimos su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión si no podemos resolver el asunto a su satisfacción tan rápido como el mismo día. Nuestro acuse de recibo de la queja será enviado en un plazo de 15 días de recibirla. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta dentro de uno de dos periodos de tiempo:

- Si un retraso aumentaría significativamente el riesgo a su salud, decidiremos en un plazo de 48 horas después de recibir la información necesaria y en no más de siete días calendario. Será notificado por teléfono y también recibirá notificación escrita de la decisión en un plazo de tres días laborales de la decisión.
- Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días después de recibir la información necesaria, pero el proceso debe ser completado en un plazo de 60 días del recibo de la queja. El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es en su interés. Recibirá notificación escrita de la decisión en un plazo de tres días laborales de la decisión.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su queja y nuestra decisión sobre su queja. Todas las quejas, ya sea respondidas por escrito o no, serán registradas, documentadas y rastreadas para fines de mejora de la calidad.

## **¿Cómo apelo la decisión de una queja?**

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, usted puede solicitar una segunda revisión de su asunto presentando una apelación de la queja. Debe presentar una apelación de la queja por escrito.

Debe ser presentada en un plazo de 60 días laborales después de recibir nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez recibamos su apelación, le enviaremos un acuso de recibo por escrito diciéndole el nombre, dirección y número telefónico de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán dirigidas por profesionales apropiados, incluidos profesionales de cuidado de la salud para quejas que involucran asuntos clínicos, que no estaban involucrados en la decisión inicial.

Para apelaciones estándares, tomaremos la decisión de la apelación en un plazo de 30 días laborales después de recibir toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en la toma de nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo a su salud, usaremos el proceso acelerado para apelación de quejas. Para apelaciones aceleradas de quejas, tomaremos nuestra decisión en un plazo de dos días laborales del recibo de la información necesaria. Para ambas apelaciones estándares y aceleradas de quejas, le proveeremos notificación por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá los motivos detallados para nuestra decisión y, en casos que involucran asuntos clínicos, los fundamentos clínicos para nuestra decisión.

## **Acciones y apelaciones de acciones**

### **¿Qué es una acción?**

Cuando HealthPlus Amerigroup deniega o limita cobertura de servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud para un referido; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; reduce, suspende o finaliza cobertura de servicios que ha autorizamos; deniega pago por servicios; no provee servicios oportunamente; o no toma determinaciones de quejas o apelaciones dentro de los periodos de tiempo requeridos, esas son consideradas acciones del plan. Una acción está sujeta a apelación.

(Vea la sección sobre ¿Cómo presento una apelación de una acción? para más información).

### **Tiempos de la notificación de acción**

Si decidimos denegar o limitar servicios que solicitó o decidimos no pagar por todo o parte de un servicio, le enviaremos una notificación cuando tomemos nuestra decisión.

Si estamos proponiendo reducir, suspender o finalizar un servicio que esté autorizado, nuestra carta será enviada por lo menos 10 días antes de que pretendamos cambiar el servicio.

### **Contenido de la notificación de acción**

Cualquier notificación que le enviemos sobre una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o pretendamos tomar
- Citará los motivos para la acción, incluidos los fundamentos clínicos, si hay

- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluido si también puede tener derecho al proceso de apelación externa del estado)
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica usados para tomar la decisión, si la acción involucró asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o investigativo
- Describirá la información, de haber alguna que debe ser provista por usted y/o su proveedor con el fin de que podamos tomar una decisión sobre la apelación

Si estamos reduciendo, suspendiendo o finalizando un servicio autorizado, la notificación también le dirá sobre su derecho a que los servicios continúen mientras decidamos sobre su apelación; cómo solicitar que los servicios sean continuados y las circunstancias bajo las cuales usted podría tener que pagar por servicios si son continuados mientras estábamos revisando su apelación.

### **¿Cómo presento la apelación de una acción?**

#### **¿Cómo contacto a HealthPlus Amerigroup para presentar una apelación?**

Si no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, usted puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos examinar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una acción ante el plan oralmente o por escrito. Cuando el plan le envíe una carta sobre una acción que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar por servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 45 días calendario desde la fecha de nuestra carta que le notifica la acción. Si nos llama para presentar su solicitud de una apelación, debe enviar una solicitud escrita a menos que pida una revisión acelerada.

Se puede comunicar con nosotros llamado al **1-800-950-7679** o escribiendo a:  
 Grievance and Appeals  
 HealthPlus Amerigroup  
 P.O. Box 1198  
 New York, NY 10116

Si necesita ayuda para presentar su apelación debido a barreras de idioma, problemas auditivos, de habla o de otra naturaleza, nuestro departamento de Servicios al Miembro lo ayudará.

La persona que recibe su apelación la registrará y el personal apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación y cómo la manejaremos.

Si su apelación fue presentada oralmente, también le proveeremos un resumen de la apelación tal como usted la describió. Su apelación será revisada por personal clínico conocedor que no estuvo involucrado en la decisión inicial del plan o la acción que está apelando.

## **Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación**

Si está apelando la cobertura de una reducción, suspensión o finalización de servicios que está autorizado actualmente para recibir, puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras estamos decidiendo su apelación.

Debemos continuar dando su servicio si nos lo solicita a más tardar en 10 días desde nuestro correo con la notificación sobre nuestra intención de reducir, suspender o finalizar la cobertura de sus servicios, o antes de la fecha efectiva pretendida de nuestra acción si el periodo original cubierto por la autorización de servicio no ha expirado. Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación, se haya cumplido el periodo de autorización original para sus servicios o hasta 10 días después que le enviemos por correo su notificación sobre nuestra decisión de la apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que usted haya solicitado una Audiencia imparcial de Medicaid del Estado de New York con continuación de servicios. (Vea la sección sobre Audiencias imparciales del estado para más información.)

Aunque puede solicitar una continuación de servicios mientras su apelación está en revisión, si su apelación no es decidida a su favor, tal vez le exijamos que pague por estos servicios si fueron provistos solo porque usted pidió continuar recibéndolos mientras su apelación estaba siendo revisada.

## **¿Cuánto tiempo le tomará a HealthPlus Amerigroup para decidir mi apelación de una acción?**

A menos que usted pida una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito lo más pronto que su condición de salud lo requiera, pero a más tardar en 30 días desde el día en que recibimos una apelación. El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es en su interés. Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de examinar cualquier de sus registros que sean parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que tomamos sobre su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si reversamos nuestra decisión de denegar o limitar la cobertura de servicios solicitados, o reducimos, suspendemos o finalizamos servicios y los servicios no fueron suministrados mientras su apelación estaba pendiente, le proveeremos los servicios en disputa lo más pronto que su condición de salud lo requiera.

En algunos casos, usted puede solicitar una apelación acelerada (vea la sección de Proceso de apelación acelerada a continuación para más información).

## **Proceso de apelación acelerada**

Si usted o su proveedor sienten que tomar el tiempo para una apelación estándar podría dar como resultado un problema grave a su salud o vida, usted puede pedir una revisión acelerada de su apelación de la acción. Le responderemos con nuestra decisión en un plazo de dos días laborales después de recibir toda la información necesaria. En ningún caso, el tiempo para emitir nuestra decisión será de más de tres días laborales después de recibir su apelación. (El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es en su interés).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar su apelación, haremos nuestro mejor esfuerzo para contactarlo en persona e informarle que hemos denegado su solicitud para una apelación acelerada y la manejaremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud para una apelación acelerada en un plazo de dos días después de recibir su solicitud.

### **Si HealthPlus Amerigroup deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?**

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, la notificación que reciba explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede aparecer en la audiencia en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar el recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud. Si denegamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o investigativo, la notificación también explicará cómo pedir al estado de New York una apelación externa de nuestra decisión.

## **Audiencias imparciales del estado**

Si no decidimos la apelación totalmente a su favor, usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York en un plazo de 60 días desde la fecha en que le enviamos la notificación sobre nuestra decisión de su apelación.

### **Un miembro de HealthPlus Amerigroup debe agotar el proceso de apelación interna de HealthPlus Amerigroup antes de que pueda solicitar una audiencia imparcial del estado.**

Si su apelación involucraba la reducción, suspensión o finalización de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted ha solicitado una audiencia imparcial, también puede solicitar el continuar recibiendo estos servicios mientras está esperando la decisión de la audiencia imparcial. Debe marcar la casilla en el formulario que envía para solicitar una audiencia imparcial para indicar que usted desea los servicios en cuestión para continuar. Su solicitud para continuar los servicios debe ser hecha en un plazo de 10 días desde la fecha en que la decisión de la apelación fue enviada a nosotros o antes de la fecha efectiva pretendida de nuestra acción para reducir, suspender o finalizar sus servicios, lo que ocurra posterior. Sus beneficios continuarán hasta que retire la apelación; finalice el periodo de autorización original para sus servicios; o el oficial de audiencia imparcial del estado emita una decisión de la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el oficial de la audiencia imparcial revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa con prontitud, lo más pronto que su condición de salud lo requiera. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables por el pago de los servicios cubiertos ordenado por el oficial de la audiencia imparcial.

Aunque usted puede solicitar el continuar servicios mientras está esperando por la decisión de su audiencia imparcial, si su audiencia imparcial no es a su favor, usted puede ser responsable por el pago de los servicios que eran el sujeto de la audiencia imparcial.

### **Apelaciones externas del estado**

Si denegamos su apelación porque determinamos que la cobertura del servicio no es necesaria por motivos médicos o es experimental o investigativa, puede pedir una apelación externa del estado de New York. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan para nosotros o el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o en base a que el servicio es experimental o investigativo, le proveeremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluyendo un formulario en el cual presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante Departamento de Seguros del Estado de New York en un plazo de cuatro meses desde la fecha en que denegamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Podrá ser necesario más tiempo (hasta cinco días laborales) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión final en un plazo de dos días laborales después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decir que un retraso causará grave perjuicio a su salud. Esto se conoce como una apelación externa acelerada. El revisor de apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta informándole la decisión.

Puede pedir tanto una audiencia imparcial y una apelación externa. Si pide una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la audiencia imparcial será la decisión final.

### **Si desea cancelar su inscripción (Cancelación de inscripción voluntaria)**

Puede iniciar la cancelación de la inscripción en cualquier momento y por cualquier motivo mediante notificación oral o escrita a HealthPlus Amerigroup. Si cancela la inscripción oralmente, le daremos una confirmación escrita del recibo de su solicitud oral.

Su encargado de cuidado discutirá su decisión por teléfono y, a petición suya, una enfermera de reevaluación puede reunirse con usted en su casa e intente resolver la circunstancia que lo llevó a solicitar cancelar su inscripción. Si no podemos resolver el asunto, lo ayudaremos a planear su cuidado después de la cancelación de su inscripción. La fecha efectiva de cancelación de su inscripción es el primer día del mes después de que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York procese la solicitud.

HealthPlus Amerigroup continuará dando y organizando servicios cubiertos hasta la fecha efectiva de cancelación de su inscripción. HealthPlus Amerigroup le notificará la fecha en que la cancelación de su inscripción entre en vigencia.

Si usted necesita servicios continuos que vayan a ser proporcionados por la HRA, la fecha efectiva de cancelación de su inscripción puede ser afectada por el periodo de tiempo que toma a la HRA aprobar su solicitud de servicios.

Se considera que cualquier miembro del plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup que se une y/o recibe servicios de otro plan de cuidado administrado capitado por Medicaid, un programa de exención de servicios de Medicaid de base domiciliaria y comunitaria o un programa de tratamiento diurno de la OPWDD o está participando en un programa de hospicio ha iniciado la cancelación de su inscripción del plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup.

### **Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria)**

Si HealthPlus Amerigroup siente que es necesario cancelar su inscripción involuntariamente, debemos obtener autorización de la HRA. HealthPlus Amerigroup no cancelará su inscripción involuntariamente en base a un cambio adverso en su estado de salud o la necesidad y/o costo de servicios cubiertos. Los motivos para la cancelación involuntaria de su inscripción están delineados a continuación. La HRA notificará a los miembros cuya inscripción fue cancelada involuntariamente de sus derechos de apelación. HealthPlus Amerigroup continuará dando y organizando servicios cubiertos hasta la fecha efectiva de cancelación de su inscripción.

Su inscripción en el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup puede ser cancelada si:

- Usted, su familia, apoyo informal o cuidador informal se involucra en conducta o comportamiento que perjudique gravemente la capacidad de HealthPlus Amerigroup para ofrecer servicios a usted o a otros inscritos.
- No paga, o hace arreglos para pagar, cualquier monto adeudado como spend down (aportación limitada)/excedente de Medicaid a HealthPlus Amerigroup en un plazo de 30 días después del vencimiento del monto, siempre y cuando durante ese periodo de 30 días HealthPlus Amerigroup haga primero un esfuerzo razonable para cobrar el monto, incluida una solicitud de pago por escrito e informándole por escrito de la posible cancelación de su inscripción
- Deliberadamente no completa y envía cualquier consentimiento o divulgación necesaria

- Deliberadamente presenta información falsa o de otra forma engaña a HealthPlus Amerigroup o participa en conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto significativo de su afiliación al plan
- Su médico se rehúsa a colaborar con HealthPlus Amerigroup y el inscrito en el desarrollo e implementación del plan de cuidado; colaboración del médico significa la voluntad de usar proveedores de la red y escribir órdenes para servicios cubiertos

Su inscripción en el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup será cancelada si:

- Ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid
- Ya no reside en el área de servicio
- Ha estado ausente del área de servicio por más de 60 días consecutivos
- Está hospitalizado o ha entrado a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o la Oficina de Servicios para Abuso de Alcohol y Sustancias por 45 días o más
- Clínicamente requiere cuidado en asilo de ancianos pero no es elegible para dicho cuidado bajo las reglas institucionales del programa Medicaid
- Ya no es elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos según lo determinado en la última evaluación integral del año calendario usando la herramienta de evaluación prescrita por el Departamento de Salud del Estado de New York; a menos que la HRA y HealthPlus Amerigroup aceptan que la finalización de servicios provistos por HealthPlus Amerigroup podría resultar en que usted sea elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos dentro del periodo subsiguiente de seis meses

## **Derechos y responsabilidades como miembro de HealthPlus Amerigroup**

### **Sus derechos incluyen<sup>†</sup>:**

- Tiene derecho a recibir cuidado necesario por motivos médicos
- Tiene derecho a negarse a acceso oportuno a cuidado y servicios
- Tiene derecho a privacidad sobre sus registros médicos y cuando recibe tratamiento
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles en una forma y lenguaje que entienda
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que entienda; puede recibir servicios de traducción oral gratuitamente
- Tiene derecho a recibir información necesaria para dar consentimiento informado antes del inicio del tratamiento
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y pedir que los registros sean enmendados o corregidos
- Tiene derecho a participar en decisiones sobre su cuidado de la salud, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento

---

<sup>†</sup> (Estos derechos están basados en requisitos encontrados en PHL 4408, 10 NYCRR 98-1.14 y 42 CFR 438.100)

- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usada como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza
- Tiene derecho a recibir cuidado sin importar el sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad de origen, orientación sexual, estado civil o religión
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de cuidado administrado a largo plazo, incluyendo cómo puede recibir beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en el red de HealthPlus Amerigroup
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o el Departamento de Servicios Sociales de su localidad; y, el derecho a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York o en algunas instancias solicitar una apelación externa del estado de New York
- Tiene derecho a designar a alguna persona para que hable por usted sobre su cuidado y tratamiento
- Tiene derecho a hacer directivas anticipadas y planes sobre su cuidado

**Sus responsabilidades incluyen:**

- Recibir todos sus beneficios cubiertos a través de HealthPlus Amerigroup y obtener autorización para servicios según se requiera
- Proporcionar información médica y personal clara y completa sobre su persona a sus proveedores y representantes de HealthPlus Amerigroup
- Ponerse en contacto con nosotros cuando necesite ayuda o tiene una pregunta
- Seguir su plan de cuidado que fue acordado y solicitar cambios según sea necesario
- Hacer todo esfuerzo posible para pagar a HealthPlus Amerigroup cualquier monto excedente de Medicaid adeudado
- Mantener elegibilidad para Medicaid
- Notificar a HealthPlus Amerigroup cuando está lejos o fuera de la ciudad

**Financiamiento y pago de HealthPlus Amerigroup**

Cuando se inscribe, HealthPlus Amerigroup recibe un solo pago mensual de Medicaid para proporcionar y pagar por todos los servicios cubiertos listados en el cuadro de beneficios de HealthPlus Amerigroup. No se le cobrará ninguna prima, copago o deducible.

**Pago de proveedores de la red por parte de HealthPlus Amerigroup**

Todos los proveedores de la red están bajo contrato con HealthPlus Amerigroup para los servicios que proveen. Los proveedores de HealthPlus Amerigroup nunca deben cobrarle un copago. Si recibe una factura directamente de un proveedor, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 y ellos le resolverán la situación.

**Si tiene un excedente de Medicaid**

En el estado de New York, usted puede recibir Medicaid aun si sus ingresos mensuales están por encima de la tasa permitida por Medicaid, siempre y cuando esté dispuesto a pagar lo que Medicaid llama spend down (aportación limitada).

Este monto es determinado por la HRA y HealthPlus Amerigroup es responsable por cobrarle ese monto a usted. Si usted adeuda un excedente mensual, recibirá una factura de HealthPlus Amerigroup por el monto adeudado. Si usted no paga el monto adeudado en un plazo de 30 días después de recibir la factura, HealthPlus Amerigroup tiene derecho a iniciar el proceso de cancelación de su inscripción. Si tiene un excedente de Medicaid, le serán explicados los detalles específicos con respecto al proceso de pago. Vea la sección sobre Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria) para más información. El plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup coordinará con otros pagadores.

Los proveedores enviarán facturas a Medicare y a otras aseguradoras externas antes de que el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup vaya a pagar por los servicios. Usted no es responsable por ningún pago relacionado con servicios cubiertos. Si un proveedor de servicios cubiertos le envía una factura directamente, debe ponerse en contacto con el departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 para que ellos puedan ayudarlo a resolver este asunto.

### **Información que HealthPlus Amerigroup proveerá a petición**

La siguiente información deberá ser provista a petición de un miembro o potencial miembro:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y posiciones oficiales de los miembros de la Junta Directiva y oficiales de HealthPlus Amerigroup, incluyendo personas controladoras, propietarios o socios de HealthPlus Amerigroup
- Información sobre la estructura y funcionamiento de HealthPlus Amerigroup
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de HealthPlus Amerigroup, incluyendo un balance general y un resumen de recibos y desembolsos preparado por un contador público autorizado
- Los procedimientos para proteger la confidencialidad de registros médicos y otra información del miembro
- Una descripción escrita de arreglos organizacionales y procedimientos corrientes del programa de aseguramiento de calidad de HealthPlus Amerigroup
- Afiliaciones individuales de los profesionales de salud con los hospitales participantes, de haber alguna
- Procedimientos seguidos por HealthPlus Amerigroup en la toma de decisiones sobre la naturaleza experimental o investigativa de medicamentos individuales, dispositivos o tratamiento médico en pruebas clínicas
- Los procedimientos de solicitud y requisitos de calificación mínimos escritos para proveedores de cuidado de la salud considerados por HealthPlus Amerigroup
- Criterios de revisión clínica específicos por escrito relacionados con una condición o enfermedad en particular

Si desea alguna de la información anterior, usted o su representante designado pueden llamar al 1-800-950-7679 o escribir a:

HealthPlus, an Amerigroup Company  
P.O. Box 1198  
New York, NY 10116

Simplemente indique cuáles documentos está solicitando y se los enviaremos por correo en un plazo de 10 días laborales.

## Números telefónicos importantes para el plan de cuidado administrado a largo plazo de HealthPlus Amerigroup

### HealthPlus Amerigroup

Servicios al Miembro..... 1-800-950-7679

HealthPlus Amerigroup TTY ..... 1-877-563-7974

Servicio de Retransmisión de AT&T para discapacidades auditivas..... 1-800-421-1220

Nurse Advice HotLine..... 1-800-950-7679

Encargado de cuidado ..... 1-800-950-7679

Qué debe hacer en una emergencia médica  
Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Línea directa para reclamos de cuidado administrado a largo plazo del Estado de New York

**Departamento de Salud del Estado de New York (Reclamos) .....1-866-712-7197**

Oficina del plan de salud comunitaria de HealthPlus Amerigroup

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

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

ESTA NOTIFICACIÓN ESTÁ EN VIGENCIA DESDE EL 14 DE ABRIL DE 2003.

## ¿DE QUÉ SE TRATA ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación le informa:

- Cómo HealthPlus Amerigroup maneja su información médica protegida
- Cómo HealthPlus Amerigroup usa y divulga su información médica protegida
- Sus derechos sobre su información médica protegida
- Las responsabilidades de HealthPlus Amerigroup sobre la protección de su información médica protegida

Esta Notificación sigue las Normas de privacidad de la ley de transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA). Estas reglas han sido emitidas por el gobierno federal. El gobierno federal le exige a empresas como HealthPlus Amerigroup que siga los términos de estas reglas y esta Notificación.

NOTA: Es posible que también reciba una Notificación de prácticas de privacidad del estado y de otras organizaciones.

## ¿QUÉ ES INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Información médica protegida (PHI): Las Normas de Privacidad de la HIPAA definen información médica protegida como:

- Información que lo identifica a usted o que puede ser usada para identificarlo
- Información que provenga de usted o que haya sido creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud, un plan de salud, su empleador u otro centro de documentación de cuidado de la salud
- Información sobre su salud o condición mental o física, la forma en que se le provee cuidado de la salud o cómo se paga el cuidado de la salud que le proveen

En esta Notificación, información médica protegida se escribirá como PHI.

## ¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DE HEALTHPLUS AMERIGROUP HACIA USTED SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

La PHI de usted y de su familia es personal. Tenemos reglas sobre mantener la privacidad de esta información. Estas reglas están diseñadas para cumplir con los requisitos 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

- 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 usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, excepto como se describe en esta Notificación.

### **¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Las secciones que siguen informan sobre las formas en que podemos usar y compartir su PHI sin su autorización por escrito.

**PARA PAGO:** Es posible que usemos su PHI para que se puedan pagar los servicios de tratamientos que reciba. Por ejemplo, es posible que se pague una factura que nos envíe su proveedor usando información que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos o análisis y los suministros que fueron usados.

**PARA OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD:** Es posible que usemos su PHI para operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su registro para revisar el cuidado y los resultados en su caso y otros casos similares. Luego esta información será usada para mejorar la calidad y el éxito del cuidado de la salud que reciba. Otro ejemplo de esto es usar la información para ayudarlo a inscribirse para cobertura de cuidado de la salud.

Podemos usar su PHI para ayudarlo a obtener cobertura para tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtengamos de un proveedor (enfermero, médico u otro miembro de un equipo de cuidado de la salud) será registrada y usada para ayudar a decidir la cobertura para el tratamiento que necesita. También podemos usar o compartir su PHI para:

- Enviarle información sobre uno de nuestros programas de manejo de enfermedades o de casos
- Enviar tarjetas para recordarle que es hora de que haga una cita o reciba servicios como EPSDT o Child Health Checkup
- Responder una solicitud de servicio al cliente realizada por usted
- Evaluar cualquier caso de fraude o abuso y asegurar el cumplimiento de las reglas
- Tomar decisiones sobre solicitudes de reclamos y apelaciones para los servicios que recibió

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**SOCIOS COMERCIALES:** Podemos celebrar contratos con socios comerciales quienes proveerán servicios a HealthPlus Amerigroup usando su Información médica protegida (PHI). Los servicios que nuestros socios comerciales pueden proveer incluyen servicios dentales para miembros, un servicio de fotocopiado que haga copias de su registro y proveedores de software de computadoras. Usarán su PHI para realizar el trabajo que les hemos solicitado. El socio comercial debe firmar un contrato en que acepte proteger la privacidad de su PHI.

**PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU CUIDADO O EN EL PAGO DE SU CUIDADO:** Es posible que compartamos su PHI con un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano u otro representante personal que usted escoja.

Esto dependerá de la forma en que la persona esté involucrada en su cuidado o el pago relacionado con su cuidado. Podemos compartir su información con padres o tutores, si así lo permite la ley.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY:** Podemos compartir su PHI si así lo solicitan autoridades de cumplimiento de la ley. Compartiremos su PHI en los casos que lo exija la ley o como respuesta a citaciones, pedidos de presentación de pruebas y otras órdenes legales o de la corte.

**OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS:** Podemos usar o compartir su PHI para ayudar a los proveedores de cuidado de la salud relacionados con el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con un proveedor de cuidado de la salud de modo que pueda tratarlo.

**ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:** Podemos usar o compartir su PHI para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos utilizar o compartir información para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos compartir información con una autoridad de salud pública autorizada para obtener informes de abuso de menores, abandono de menores o violencia doméstica.

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN MÉDICA:** Podemos compartir su PHI con una agencia de supervisión médica para realizar actividades aprobadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, actividades de concesión de licencias o disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales que se ocupan del sistema de cuidado de la salud, programas de beneficios incluyendo Medicaid, SCHIP o Healthy Kids y otros programas de regulación gubernamental.

**INVESTIGACIÓN:** Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en que una junta revisora institucional o una junta de privacidad hayan cumplido con los requisitos de información de la HIPAA.

**MÉDICOS FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS:** Podemos compartir su PHI para identificar una persona fallecida, determinar la causa de una muerte o realizar otros deberes de los médicos forenses o examinadores médicos permitidas por la ley. También podemos compartir información con directores de funerarias, según lo permite la ley. Además, podemos compartir PHI con organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, córneas o tejidos.

**PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O SEGURIDAD:** Podemos compartir su PHI si estimamos que es necesario para prevenir o reducir una amenaza seria y probable a la salud o seguridad de una persona o del público.

**ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL:** En determinadas condiciones, podemos compartir su PHI si usted está o estuvo en las Fuerzas Armadas. Tal puede ser el caso de actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas.

**DIVULGACIONES AL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS:** Debemos compartir su PHI con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Esto sucede cuando el Secretario evalúa o decide si estamos cumpliendo las Normas de privacidad de la HIPAA.

### **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Deseamos que conozca cuáles son sus derechos sobre su PHI y de la PHI de los demás integrantes de su familia miembros de HealthPlus Amerigroup.

### **DERECHO A RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HEALTHPLUS AMERIGROUP**

Estamos obligados a enviar a cada jefe de caso o cabeza de familia de HealthPlus Amerigroup, una copia impresa de esta notificación a más tardar el 14 de abril de 2003. Después de esa fecha, cada jefe de caso o cabeza de familia recibirá una copia impresa de la Notificación en el paquete de Bienvenida al Nuevo Miembro.

Tenemos derecho a cambiar esta notificación. Una vez que esto suceda, se aplicará a la PHI que tengamos al momento en que se haga 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 a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Si tiene problemas auditivos, llámenos a través de nuestro número TTY al 1-800-855-2884.

### **DERECHO A 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 Miembro de HealthPlus Amerigroup. Para solicitar un formulario de representante personal, comuníquese con Servicios al Miembro. Le enviaremos un formulario que debe completar. La dirección y el número telefónico están al final de esta notificación.

### **DERECHO DE ACCESO**

Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de toda la información relativa a inscripción, reclamaciones, pagos y manejo de casos que esté en los archivos de HealthPlus Amerigroup. Este archivo de información se denomina conjunto de registros designados. Le suministraremos la primera copia gratis en cualquier periodo de 12 meses.

Si desea una copia de su PHI, debe solicitarla por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup. La dirección está al final de esta Notificación. Responderemos a su solicitud por escrito en 30 días calendario.

Es posible que solicitemos 30 días calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le informaremos si necesitamos el tiempo adicional.

- No conservamos copias completas de sus registros médicos. Si desea una copia de su registro médico, debe ponerse en contacto con su médico u otro proveedor. Siga las instrucciones del médico o proveedor para obtener una copia. Su médico u otro proveedor pueden cobrarle el costo de copiado y/o envío del registro.
- 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 podría ocasionarle un daño a usted o a otras personas. O, si la información fue recolectada o creada para investigación o como parte de un procedimiento civil o penal. Le notificaremos la razón por escrito. También le daremos información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **DERECHO DE ENMIENDA**

Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información en su registro médico si considera que ésta no es correcta. Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar un formulario. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

- Indique la razón por la que solicita un cambio
- Si el cambio que solicita es en su registro médico, póngase en contacto con el médico que lo redactó; el médico le indicará qué debe hacer para modificar el registro médico

Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días después de recibirla. Es posible que solicitemos 30 días adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le informaremos si necesitamos el 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 guardada 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 compartimos su información para fines ajenos a las operaciones de pago y de cuidado de la salud.

La mayoría de las divulgaciones de su PHI por parte de nuestros socios comerciales o por nosotros mismos será para realizar operaciones de pagos o de cuidado de la salud.

Para solicitar una lista de divulgaciones, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar.

Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están 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 A SOLICITAR RESTRICCIONES**

Usted tiene derecho a solicitar que no se utilice o comparta su PHI. No tiene derecho a solicitar límites cuando compartimos su PHI por exigencia de una autoridad de cumplimiento de la ley, oficiales de la corte, o agencias estatales y 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 una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, puede comunicarse con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están 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

Analizaremos su solicitud y decidiremos si aceptamos o denegamos la solicitud en un plazo de 30 días. En caso de denegarla, le enviaremos una carta explicándole la razón.

### **DERECHO A CANCELAR UNA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Debemos tener su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su PHI por cualquier motivo ajeno a las operaciones de pagos y cuidado de la salud, u otros usos y divulgaciones descritos en Otros usos de la 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 Miembro de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, puede comunicarse con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta notificación. Esta cancelación solo se aplicará a las solicitudes para usar y compartir la información solicitada después de recibida su notificación.

### **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de un modo determinado o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente a la de su hogar.

Las solicitudes para cambiar la forma en que nos comunicamos con usted se deben presentar por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar.

Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. Su solicitud debe indicar el modo y el lugar en que desea que nos pongamos en contacto con usted.

**¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE QUE PRESENTAR UN RECLAMO SOBRE EL MODO EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS COMERCIALES MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante HealthPlus Amerigroup o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar un reclamo ante HealthPlus Amerigroup o apelar una decisión sobre su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de HealthPlus Amerigroup o comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

Para presentar un reclamo 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 cuidado de la salud si presenta un reclamo. Incluso si presenta un reclamo, seguirá recibiendo cobertura de cuidado de la salud de HealthPlus Amerigroup mientras sea miembro.

**¿DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR LAS SOLICITUDES O PREGUNTAS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Puede llamarnos a nuestra línea gratuita al 1-800-600-4441. O puede enviarnos preguntas o solicitudes, como los ejemplos listados 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 retrasadas.

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