



CHOICESM
Health Plans

MANUAL DE LOS MIEMBROS

SelectHealth

Revisado en Enero de 2016

If you do not speak English, call us at 1-866-469-7774. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can communicate with you in your language.

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al 1-866-469-7774. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 1-866-469-7774. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-866-469-7774. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Italian: Se non parli inglese chiamaci al 1-866-469-7774. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Russian: Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 1-866-469-7774. У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке.

Chinese (PRC) 如果您不会讲英语，请拨打会员服务号码 1-866-469-7774 与我们联系。我们提供各种口译服务，可以用您的语言帮助回答您的问题。此外，我们还可以帮您寻找能够用您的语言与您交流的医疗护理提供方。

Chinese (Taiwan) 如果您無法使用英語交談，請以下列電話號碼與我們聯繫：
1-866-469-7774。我們會使用口譯服務以您的語言來協助回答您的問題。我們也可以協助您找到能夠使用您母語溝通的健康照護提供者。



ESTADO DE NUEVA YORK PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES RELACIONADO CON EL VIH MANUAL DEL AFILIADO

Aprobado en enero de 2016

Este manual le indicará cómo usar su plan VNSNY CHOICE SelectHealth.

Coloque este manual en un lugar en donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

DIRECCIÓN DE CORREO DEL PLAN:

VNSNY CHOICE SelectHealth
1250 Broadway, 11th Floor
New York, New York 10001

1-866-469-7774
711 (TTY/TDD)

www.vnsnychoice.org/selecthealth

Nombre de su PCP: _____

N.º de teléfono de su PCP: _____

Nombre de su Administrador de casos: _____

N.º de teléfono de su Administrador de casos: _____

Aquí es donde puede encontrar la información que desea

BIENVENIDO

Cómo funcionan los Planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNPs)	2
Cómo utilizar este manual	5
Ayuda de Servicios del afiliado	5
Su Tarjeta de identificación del plan de salud	6

PARTE 1 LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegirá su proveedor de atención primaria (PCP)	7
Atención de salud regular y relacionada con el VIH.....	11
Cómo obtener atención especializada y remisiones.....	13
Puede obtener los siguientes servicios de nuestro plan, sin una remisión	15
Emergencias	18
Atención urgente.....	19
Queremos mantener su buena salud.....	20

PARTE 2 SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Beneficios.....	21
Servicios que cubre nuestro plan	21
Beneficios que puede recibir DE NUESTRO Plan o con su tarjeta de Medicaid	28
Beneficios al utilizar únicamente su tarjeta de Medicaid	29
Servicios NO cubiertos	30
Si recibe una factura.....	30
Acciones y autorizaciones de servicio	31
Plazos para las solicitudes de autorización previa.....	32
Plazos para solicitudes de revisión concurrente	32
Otras decisiones sobre su atención	34
Plazos para notificación de otras acciones	34
Cómo se les paga a nuestros proveedores.....	34
Usted puede ayudar con las políticas del plan	35
Información de Servicios del afiliado.....	35
Manténganos informados	35
Cancelación de la inscripción y transferencias	36
1. Si USTED quiere retirarse del plan.....	36
2. Puede dejar de ser elegible para recibir la Atención controlada de Medicaid y los Planes de necesidades especiales.....	37
3. Nosotros podemos pedirle que se retire de SelectHealth si con frecuencia usted:.....	37
4. Si pierde la cobertura de Medicaid: los Programas de atención para pacientes con VIH sin seguro médico pueden ayudarle.....	38
5. Sin importar la razón por la que cancela su inscripción, prepararemos un plan para el alta para ayudarle a obtener los servicios que necesita.....	38
Apelaciones de acciones	38
Apelaciones externas	42
Audiencias imparciales	44
Proceso de reclamos	45
Cómo presentar un reclamo con nuestro plan:	46
¿Qué sucede después?.....	46
Apelaciones de reclamos.....	46
Derechos y responsabilidades de los afiliados.....	47
Instrucciones anticipadas.....	48
Números de teléfono importantes	50

Manual del afiliado del Plan de necesidades especiales relacionado con el VIH

BIENVENIDO

a VNSNY CHOICE SelectHealth, un Plan de necesidades especiales relacionado con el VIH

Nos complace que se haya inscrito en VNSNY CHOICE SelectHealth (al cual nos referiremos como “SelectHealth” en este folleto). SelectHealth es un Plan de necesidades especiales, o SNP, relacionado con el VIH, autorizado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) para atender a los afiliados de Medicaid que padecen VIH/SIDA y a sus hijos, así como a los adultos y niños sin hogar. Somos un plan de atención médica especial con proveedores que tienen mucha experiencia en el tratamiento de personas con VIH/SIDA. Las personas con VIH están viviendo más tiempo, con vidas más saludables, gracias a tratamientos nuevos y más eficaces. Queremos que usted y su equipo de atención médica trabajen juntos para mantenerlo lo más saludable posible.

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

Queremos estar seguros de que tendrá un buen comienzo como nuevo afiliado de SelectHealth. Con el fin de conocerlo mejor, nos comunicaremos con usted en las próximas dos semanas. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga o solicitar ayuda para hacer citas. Si desea hablar con nosotros antes, solo llámenos al 1-866-469-7774 (TTY: 711). También puede visitar nuestro sitio web en www.vnsnychoice.org/selecthealth para obtener más información sobre SelectHealth.

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES (SPECIAL NEEDS PLAN)

El plan, nuestros proveedores y usted

Ya habrá escuchado acerca de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores reciben sus beneficios de salud a través de atención controlada, la cual proporciona un “hogar médico” central para su atención. Muchos condados en el Estado de Nueva York, incluso la Ciudad de Nueva York, ofrecen una selección de planes de atención médica controlada.

- Como afiliado del SNP relacionado con el VIH, usted tendrá disponibles beneficios que tenía en Medicaid regular y además obtiene la atención especial y apoyo que necesita. Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarse de que disfrute de la mejor salud física y emocional posible. Podrá obtener servicios especiales para una vida saludable, tales como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar. Si es seropositivo, podemos ofrecerle otros servicios que le ayudarán a controlar su infección por VIH.

- **Sus hijos** también pueden unirse al plan, ya sea que el niño esté infectado con el VIH o no. Sus parejas que NO tengan VIH/SIDA no pueden unirse al SNP relacionado con el VIH. Los niños y los adultos sin hogar también pueden unirse al plan.
- SelectHealth tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos a un grupo de proveedores de atención médica para que ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otros centros de atención médica forman parte de nuestra red de proveedores. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 o visitar nuestro sitio web en www.vnsnychoice.org/selecthealth.
- Cuando se una a SelectHealth, uno de nuestros proveedores le atenderá. La mayoría de las veces, esa persona será su **Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)**. Solo los proveedores que tienen experiencia en el tratamiento del VIH pueden ser PCP de los afiliados infectados con VIH. Si necesita hacerse una prueba, consultar a otro especialista o acudir al hospital, su PCP hará los arreglos pertinentes.
- Su PCP está a su disposición todos los días, de día y de noche. Si necesita hablarle fuera del horario de atención o durante el fin de semana, deje un mensaje y la manera en que puede comunicarse con usted. Su PCP se pondrá en contacto con usted lo más pronto posible. A pesar de que su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos puede consultar por su cuenta a ciertos médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 13 para obtener detalles.
- Si usted es seropositivo, nosotros lo enviaremos con proveedores y hospitales que tienen mucha experiencia en el tratamiento del VIH/SIDA. También podrá utilizar los siguientes grupos de proveedores de atención médica que se encuentran en nuestra red de proveedores:
 - centros designados del SIDA (Designated AIDS Centers, DAC): hospitales que tienen experiencia en el tratamiento de personas con VIH/SIDA,
 - centros pediátricos/de maternidad de atención especializada en VIH: proveedores que proporcionan atención integral para madres infectadas con VIH y sus hijos,
 - programas de atención primaria del VIH: atención primaria con atención especial para que mantenga una buena salud,
 - tratamiento con medicamentos y atención primaria: proveedores de tratamiento con medicamentos en la misma ubicación que los servicios de atención primaria y de VIH, y
 - atención especializada.
- SelectHealth ofrece nuevos servicios a los afiliados que califican, para ayudarles a mantenerse saludables y ayudarles con la recuperación. Estos servicios se llaman Servicios de atención conductual basados en la comunidad y en el hogar (Behavioral Health Home and Community Based Services, BHCBS). Los servicios BHCBS pueden ayudarle a:
 - encontrar vivienda,
 - vivir de manera independiente,
 - regresar a la escuela,
 - encontrar trabajo,

- obtener ayuda de personas que han estado allí,
 - controlar el estrés y
 - prevenir crisis.
- Los afiliados de SelectHealth que califican para BHHCBS también tendrán un Administrador de la atención Health Home quien trabajará con todos sus proveedores de salud física y conductual para prestar especial atención a todas sus necesidades de atención médica. El Administrador de la atención Health Home se asegurará de que usted obtenga los servicios sociales y de atención médica y conductual que pudiera necesitar, así como ayuda para obtener vivienda y comida.
 - Puede usar su tarjeta Medicaid para obtener un servicio de salud conductual que ahora está disponible a través de SelectHealth. Para verificar si SelectHealth proporciona ahora un servicio que usted ya recibe, comuníquese con Servicios del afiliado llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711).
 - Es posible que se le restrinja el acceso a ciertos proveedores del plan si usted:
 - recibe atención de varios médicos para el mismo problema,
 - recibe atención médica con más frecuencia de lo necesario,
 - usa medicamentos con receta médica de una manera que puede resultar peligrosa para su salud y
 - le permite a alguien además de usted utilizar su tarjeta de identificación del plan.

Confidencialidad

Respetamos su derecho de privacidad. SelectHealth reconoce la confianza necesaria entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención médica. SelectHealth nunca proporcionará su historial médico, historial de salud conductual o estado con respecto al VIH, sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán SelectHealth, su PCP, su Coordinador de atención del SNP relacionado con el VIH o el Administrador de casos, su Administrador de la atención Health Home, otros proveedores que le brindan atención y su representante autorizado. Su PCP o Coordinador de atención de SNP relacionado con el VIH o el Administrador de atención Health Home discutirán con usted con anticipación las remisiones a dichos proveedores. Se ha capacitado al personal de SelectHealth para que mantenga la confidencialidad estricta del afiliado.

CÓMO UTILIZAR ESTE MANUAL

- Este manual le indicará cómo funcionará su nuevo plan de atención médica y cómo puede obtener el máximo de SelectHealth. Este manual es su guía a los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos a seguir para que el plan funcione para usted.
- Las primeras páginas le indicarán lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo como referencia o revíselo poco a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este Manual o llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711). También puede llamar a la Línea de ayuda de New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678.

AYUDA DE SERVICIOS DEL AFILIADO

Alguien en Servicios del afiliado puede ayudarle
de lunes a viernes
de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

o en cualquier momento en que tenga una crisis
Llame al 1-855-735-6098 (TTY: 1-866-727-9441)

Si necesita ayuda en otras ocasiones, llámenos a los mismos números:
1-866-469-7774 (TTY: 711)

- Puede llamar a Servicios del afiliado para obtener ayuda **en cualquier momento cuando tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar a su PCP, para preguntar acerca de los beneficios y servicios, para obtener ayuda con remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, para informar que está embarazada, el nacimiento de un nuevo bebé o para preguntar acerca de cualquier cambio que pueda afectarle a usted o los beneficios de su familia.

La atención de su familia

- Si es seropositiva y **está embarazada o queda embarazada**, usted y su bebé necesitarán atención médica especial tan pronto como sea posible. Puede transmitir el VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. Es importante que usted, sus médicos y otros proveedores de atención trabajen conjuntamente para que pueda tener un bebé sano. Puede mejorar su propia salud y reducir las probabilidades de que su bebé se infecte con VIH recibiendo medicamentos especiales durante el embarazo. Asegúrese de llamarnos para recibir cuidado prenatal temprano y cuidarse bien usted misma.
- En la mayoría de ocasiones, su hijo pasará a formar parte de SelectHealth el día en que nazca. Esto sucederá, a menos que su hijo se encuentre en un grupo que no pueda unirse a la atención controlada. Debe llamarnos de inmediato si queda embarazada y permitirnos ayudarle a elegir al médico de su bebé, así como también deberá reunirse con el médico antes de que nazca el bebé para discutir la atención del bebé.

- **Sus hijos** también pueden unirse al plan, ya sea que estén infectados con el VIH o no. Sus parejas que NO tengan VIH/SIDA no pueden unirse al SNP relacionado con el VIH a menos que no tengan hogar.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarle más. Es un buen momento para que haga preguntas y conozca a otros afiliados. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para encontrar un momento y lugar que sea conveniente para usted.
- **Si no habla inglés**, podemos ayudarle. Queremos que sepa cómo usar su plan de atención médica, sin importar qué idioma hable. Solo llámenos y encontraremos una forma de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP que pueda hablar con usted en su idioma.
- **Para personas con discapacidades:** si usa una silla de ruedas, está ciego o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para personas en silla de ruedas o si está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, contamos con servicios como por ejemplo:
 - máquina TTY/TDD (nuestro número de teléfono TTY es 711),
 - información en letra grande,
 - manejo de casos,
 - ayuda para hacer citas o llegar a las citas, y
 - nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.
- **Si usted o su hijo reciben atención ahora en su hogar**, su enfermera o acompañante podría no saber que usted se inscribió en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarnos de que su atención en el hogar no se detenga de forma inesperada.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una **carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de SelectHealth debe llegar a más tardar 14 días después de su fecha de inscripción. Su tarjeta incluye el nombre y número de teléfono de su PCP. También tendrá su número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si tiene algún dato incorrecto en su tarjeta de identificación de SelectHealth, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no indica que tiene VIH o SIDA, que está en Medicaid ni que SelectHealth es un tipo especial de plan de salud.

Lleve consigo su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que reciba atención. Si necesita atención médica antes de recibir la tarjeta, su carta de bienvenida le servirá como comprobante de que es afiliado de SelectHealth. Debe guardar también su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará su tarjeta de Medicaid para obtener los servicios que SelectHealth no cubre.

PARTE 1

Lo primero que debe saber

CÓMO ELEGIRÁ SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Es posible que ya haya elegido a su PCP. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico en un plazo de 30 días, nosotros lo haremos por usted. Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir un PCP que se encargue de toda la familia. Si es seropositivo, un Especialista en VIH será su Proveedor de atención primaria. Servicios del afiliado, 1-866-469-7774 (TTY: 711), puede revisar si usted ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir a uno.
- La versión más actualizada del directorio de proveedores está disponible en línea en www.vnsnychoice.org/selecthealth. También puede obtener copias impresas llamando a Servicios del afiliado al número que aparece al final de la página. Dicho directorio es una lista de todos los proveedores, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades que trabajan con SelectHealth. Muestra la dirección, el teléfono y la especialización de los médicos. El directorio de proveedores mostrará qué médicos y proveedores aceptan pacientes nuevos. Debe llamar a sus consultorios para asegurarse de que aceptan nuevos pacientes, en el momento que elija un PCP. También puede encontrar una lista de proveedores en nuestro sitio web en www.vnsnychoice.org/selecthealth.

Será mejor que busque un médico:

- al que usted haya consultado antes,
 - que entienda sus problemas de salud,
 - que acepte pacientes nuevos,
 - que le hable en su idioma,
 - que sea fácil de localizar,
 - que se ubique en una clínica a la que usted asista.
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros médicos obstetras/ginecólogos (OB/GYN) para tratar los problemas de salud femeninos. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) del plan. Pueden realizarse chequeos de rutina, recibir atención de seguimiento si la necesitan y atención regular durante el embarazo.
 - También tenemos contrato con varios Centros de salud calificados federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Todos los FQHC proporcionan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean obtener su atención de los FQHC, porque los centros tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez quiera probarlos porque es fácil llegar a ellos. Debe saber que tiene una opción. Puede elegir uno de nuestros proveedores. O puede inscribirse con un PCP, en uno de los FQHC con los que trabajamos y que se indican a continuación. Solo tiene que llamar a Servicios del afiliado (1-866-469-7774 (TTY: 711)) para obtener ayuda.

Distrito municipal

Bronx

FQHC

Bronx Care Crotona Park Family Practice

CHN - The Bronx Center

Dr. Martin Luther King, Jr. Health Center

Help/PSI

La Casa De Salud

Promesa

Union Community Health Center

Brooklyn

CHN - CABS Center

CHN - Dr. Betty Shabazz Center

Help/PSI

Joseph P. Addabbo Family Health Center

Manhattan

APICHA Community Health Center

Betances Health Center

Callen - Lorde Community Health Center

CHN - Community League Center

CHN - Helen B. Atkinson Center

East Harlem Council for Human Services

Queens

CHN - Family Health Center

Help/PSI

Joseph P. Addabbo Family Health Center

The Floating Hospital

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de SelectHealth. Hay cuatro casos en los que aún puede **consultar a otro proveedor al que consultó antes de inscribirse en SelectHealth**. En estos casos, su proveedor debe estar de acuerdo en trabajar con SelectHealth. Puede continuar viendo a su proveedor si:
 1. Tiene más de tres meses de embarazo cuando se inscribe en SelectHealth y está recibiendo cuidado prenatal. En ese caso, puede continuar con su proveedor hasta después del alumbramiento y durante la atención posparto.
 2. En el momento que se inscribe en SelectHealth, tiene una enfermedad que pone en peligro su vida o una afección que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar continuar con su proveedor hasta por 60 días.
 3. En el momento que se inscribe en SelectHealth, recibe tratamiento para una afección de salud conductual. En ese caso, puede solicitar continuar con su proveedor por todo el tratamiento hasta por dos años.
 4. En el momento que se inscribe en SelectHealth, el plan Medicaid regular pagaba por su atención en el hogar y usted necesita continuar recibiendo esa atención por al menos 120 días. En ese caso, puede continuar con su misma agencia de atención en el hogar, su enfermera o acompañante, y continuar con la misma cantidad de atención en el hogar, por al menos 90 días. SelectHealth debe indicarle cualquier cambio a su atención en el hogar antes de que los cambios se implementen.

- **Si tiene otra enfermedad de larga duración** además del VIH/SIDA, su especialista en VIH, PCP y el coordinador de atención trabajarán con el otro especialista para administrar su atención. Si tiene una enfermedad que pone en peligro su vida, una enfermedad o afección que le produce una discapacidad y le gustaría que un especialista actúe como su PCP, comuníquese con Servicios del afiliado llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711) para recibir asistencia. El Director Médico de SelectHealth, su PCP y el especialista solicitado considerarán y tomarán una decisión sobre su solicitud.
- Si es necesario, puede **cambiar a su PCP** en los primeros 30 días posteriores a su primera cita con su PCP. Después de eso, puede cambiar una vez cada seis meses sin causa justificada, o más frecuentemente si tiene una buena razón. También puede cambiar a su obstetra/ginecólogo (OB/GYN) o al especialista al que su PCP lo remitió.
- Si su **proveedor se retira** de SelectHealth, le informaremos en el plazo de 5 días a partir del momento en que recibamos la información. Si lo desea, puede consultar a ese proveedor **si** tiene más de tres meses de embarazo o si recibe tratamiento continuo por una afección médica. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico durante la atención posparto. Si consulta a un médico de forma regular por un problema médico especial, puede continuar el curso actual del tratamiento hasta por 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con SelectHealth durante este tiempo. Si alguna de estas condiciones aplican a usted, consulte con su PCP o llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y ATENCIÓN

La Coordinación de beneficios y atención es una característica única que está disponible para TODOS los afiliados de los SNP relacionados con el VIH. SelectHealth es responsable de proporcionar y coordinar los servicios de su paquete de beneficios de Medicaid. También somos responsables de la coordinación de los servicios que SelectHealth no proporciona directamente.

Esto incluye servicios como:

- servicios de vivienda,
- servicios de apoyo, y
- manejo de casos basado en la comunidad.

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN HEALTH HOME

SelectHealth desea cubrir todas sus necesidades de salud. Si usted tiene múltiples problemas de salud, puede beneficiarse con la Administración de atención Health Home para que le ayude a coordinar todos sus servicios de salud.

SelectHealth es responsable de proporcionar y coordinar sus servicios de salud conductual y la atención de salud física. Usamos Health Home para coordinar servicios para los afiliados que califican. Es su decisión si desea inscribirse en Health Home y exhortamos a los afiliados elegibles para que se inscriban en Health Home para la administración de su atención.

SelectHealth puede ayudarle a inscribirse en Health Home que le asignará su Administrador de la atención Health Home personal. Su Administrador de la atención Health Home puede ayudarle a hacer citas, ayudarle a conseguir servicios sociales y a llevar control de su progreso.

Health Home es responsable de proporcionarle una evaluación para revisar qué servicios de atención conductual basados en la comunidad y en el hogar y necesita de parte de Health Home. Al utilizar la evaluación, usted y su Administrador de la atención Health Home realizarán juntos un Plan de atención diseñado especialmente para usted.

Su Administrador de la atención Health Home puede:

- trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda la atención,
- trabajar con las personas en las que confía, como miembros de su familia o amigos, para ayudarle a planificar y recibir su atención,
- asistirle para recibir servicios sociales, como SNAP (cupones para alimentos) y otros beneficios de servicios sociales,
- desarrollar con usted un plan de atención para ayudarle a identificar sus necesidades y objetivos,
- ayudarle con sus citas con su PCP y otros proveedores,
- ayudarle a administrar los asuntos médicos continuos, tales como diabetes, asma y presión arterial alta,
- ayudarle a encontrar servicios para ayudar con pérdida de peso, alimentación saludable, ejercicio y dejar de fumar,
- asistirle durante el tratamiento,
- identificar los recursos que necesita y que se ubican en su comunidad,
- ayudarle a encontrar o a solicitar vivienda estable,
- ayudarle a regresar a casa de manera segura después de una estadía en un hospital, y
- garantizar que reciba atención, medicamentos y otros servicios necesarios de seguimiento.

Para obtener más información sobre Health Homes, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711). Su Administrador de la atención Health Home le contactará de inmediato para conocer qué atención necesita y ayudarle con las citas.

Su Administrador de la atención Health Home o alguien de su proveedor Health Home está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Si tiene una crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al 1-855-735-6098 (los usuarios TTY deben llamar al 1-866-727-9441.)

- ▶ Cuando se inscriba, el personal de SelectHealth trabajará con usted para saber qué servicios son los que puede necesitar o desear, incluido el manejo de casos. El personal de SelectHealth le ayudará a encontrar un proveedor de manejo de casos y a realizar el primer contacto. Una vez que tenga un administrador de casos, trabajaremos junto con ellos para coordinar su atención y necesidades de servicio. Si ya tiene un administrador de casos, trabajaremos con él para coordinar su atención y necesidades de servicio.

- ▶ Trabajaremos con usted para concertar una cita con su PCP o con otros médicos que su PCP quiera que consulte. Si necesita ayuda para hacer una cita o si desea ayuda para hacer varias citas en un (1) día, llame a Servicios del afiliado al número 1-866-469-7774 (TTY: 711).
- ▶ Trabajaremos con usted y su PCP para garantizar que usted participe en la atención y para ayudarlo a coordinar los servicios que recibe para cubrir sus necesidades de atención médica. Informaremos a su PCP cuando esté hospitalizado y le daremos seguimiento para asegurarnos de que asista a sus citas programadas después de ser hospitalizado.

ATENCIÓN DE SALUD REGULAR Y RELACIONADA CON EL VIH

- Su atención de salud incluirá chequeos regulares para todas sus necesidades de atención médica. Si es seropositivo, su médico le puede recetar medicamentos que ayudan a controlar el VIH y otros tratamientos para que usted se mantenga saludable. Ofrecemos ayuda para elegir la mejor combinación de tratamiento con medicamentos y asesoramiento cuando necesite cambiar ciertos medicamentos. Ofrecemos remisiones a hospitales o especialistas. Queremos que los nuevos afiliados consulten a su PCP para una primera visita médica poco después de inscribirse en SelectHealth. Esto le dará la oportunidad de hablar con su Proveedor de atención primaria acerca de sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier pregunta que tenga.
- De día o de noche, su PCP está solo a una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP siempre que tenga una inquietud o pregunta médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje y la información sobre dónde y cómo pueden localizarlo. Su PCP le devolverá la llamada lo más pronto posible. Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.
- Puede llamar a SelectHealth, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana al 1-866-469-7774 (TTY: 711), si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios o si por alguna razón no puede comunicarse con su PCP.
- Su atención debe ser **médicamente necesaria**; los servicios que reciba deben ser necesarios para:
 - prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento, o
 - enfrentar un peligro que ponga en riesgo su vida, o
 - enfrentar un problema que podría causar enfermedad, o
 - enfrentar algo que podría limitar sus actividades normales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe tener una cita para consultar a su PCP. Si en alguna ocasión no puede asistir a una cita, llame a su PCP para informarle.
- Tan pronto como elija un PCP, llame para hacer una primera cita. Si es posible, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber tanto como pueda decirle sobre su historial médico. Haga una lista de sus antecedentes médicos, los problemas que tiene ahora, cualquier medicamento que esté tomando y las preguntas que desee hacerle a su PCP. En la mayoría de

los casos, su primera visita debe ser dentro de cuatro semanas a partir de su inscripción en el plan. Si necesita tratamiento en las próximas semanas, haga su primera cita en la primera semana después de inscribirse en SelectHealth. Si tiene un Administrador de la atención Health Home, él puede ayudarle a coordinar su primera cita y a prepararse para ella.

- **Si necesita atención médica antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicar el problema. Le dará una cita antes para este problema. (Aún debe mantener su primera cita para discutir su historial médico y hacer preguntas).
- Utilice la siguiente lista como guía para saber el tiempo máximo que tendrá que esperar después de solicitar una cita. Si tiene uno, su Administrador de la atención puede también ayudarle a coordinar y conseguir las citas, incluyendo:
 - atención urgente: en un plazo de 24 horas,
 - visita por enfermedad no urgente: en un plazo de tres días,
 - atención de rutina, preventiva: en un plazo de cuatro semanas,
 - primera visita prenatal: en un plazo de tres semanas durante el primer trimestre (dos semanas durante el segundo y una semana durante el tercero),
 - primera visita de planificación familiar: en un plazo de dos semanas,
 - primera visita de recién nacido: en un plazo de 48 horas después de ser dado de alta del hospital,
 - cuidado de niño sano: cuatro semanas,
 - visita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencia por consumo de drogas/salud mental o visita como paciente hospitalizado: cinco días,
 - visita no urgente al especialista por consumo de drogas o salud mental: en un plazo de dos semanas, y
 - exámenes físicos de rutina y exámenes iniciales para adultos: en un plazo de cuatro semanas.
- Cuando se inscriba, el personal de SelectHealth trabajará con usted para saber qué servicios son los que puede necesitar o desear, incluido el manejo de casos. El personal de SelectHealth le ayudará a encontrar un proveedor de manejo de casos y a realizar el primer contacto. Una vez que tenga un Administrador de casos, trabajaremos junto con él para coordinar su atención y necesidades de servicio. Si ya tiene un Administrador de casos, trabajaremos con él para coordinar su atención y necesidades de servicio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN CONDUCTUAL BASADOS EN LA COMUNIDAD Y EN EL HOGAR (BHHCBS)

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

Si necesita ayuda para vivir en la comunidad, SelectHealth proporciona servicios adicionales, conocidos como Servicios de atención conductual basados en la comunidad y en el hogar (BHHCBS). Estos servicios pueden ayudarle a mantenerse fuera del hospital y a vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a lograr sus objetivos de vida para el empleo, la escuela o para cualquier otra área de su vida en la que le gustaría trabajar.

Para ser elegible para obtener estos servicios, necesitará que le hagan una evaluación. Para obtener más información, comuníquese con nosotros al 1-866-469-7774 (TTY: 711) o consulte a su Administrador de la atención acerca de estos servicios. Consulte las páginas 27 y 28 de este Manual para obtener más información sobre estos servicios y cómo obtenerlos.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y REMISIONES

- Si necesita atención que su PCP no puede proporcionarle, lo **REMITIRÁ** a otros especialistas que sí puedan hacerlo. Si su PCP lo remite a otro médico, pagaremos su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de SelectHealth. Hable con su PCP para asegurarse de que usted sabe cómo funcionan las remisiones. Si considera que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita consultar a otro especialista. Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar autorización a nuestro plan *antes* de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá decirle cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener la remisión que considera que necesita, comuníquese con Servicios del afiliado llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711).
- Si en nuestra red de proveedores no tenemos un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, le conseguiremos la atención que necesita con un especialista fuera de nuestro plan. A esto se le conoce como **remisión fuera de la red**. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar a SelectHealth aprobación *antes* de que usted pueda recibir su remisión fuera de la red. Si su PCP o proveedor del plan lo remite a un proveedor que no está en nuestra red, usted **no** es responsable de los costos, excepto por algún copago que se describa en este manual.
- Para solicitar servicios de un especialista o proveedor fuera de la red, el médico puede llamar a Autorización previa al 1-888-364-6066 para obtener autorización. Las decisiones relacionadas con las autorizaciones de atención fuera de la red se toman en un plazo de tres (3) días después de recibir todos los materiales necesarios para tomar una determinación, pero a más tardar 14 días después de recibida la solicitud de servicio. Tenga en cuenta lo siguiente relacionado con la autorización de un especialista fuera de la red:

- Es posible que en ocasiones no autoricemos una remisión fuera de la red porque tenemos un proveedor en SelectHealth que puede tratarle. Si usted cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia correctas para tratarle, puede pedirnos que revisemos si su remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Necesitará solicitar una **apelación de la acción**. Consulte la página 38 para obtener información sobre cómo hacerlo.

Necesitará solicitar a su médico que envíe la siguiente información con su apelación de la acción:

- 1) una declaración escrita que indique que el proveedor de SelectHealth no tiene la capacitación ni experiencia correctas para cubrir sus necesidades, y
- 2) que recomiende un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia correctas y que pueda tratarle.

Su médico debe estar certificado por la junta o ser un especialista elegible por la junta para tratar a personas que necesitan el tratamiento que solicita.

- Algunas veces, podríamos no aprobar una remisión fuera de la red para un tratamiento específico debido a que usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede recibir por parte del proveedor de SelectHealth. Puede pedirnos que revisemos si la remisión para tratamiento que desea fuera de la red es médicamente necesaria. Necesitará solicitar una **apelación de la acción**. Consulte la página 38 para obtener información sobre cómo hacerlo.

Necesitará solicitar a su médico que envíe la siguiente información con su apelación de la acción:

- 1) una declaración por escrito de su médico que indique que su tratamiento fuera de la red es muy diferente del tratamiento que puede obtener del proveedor de SelectHealth. Su médico debe estar certificado por la junta o ser un especialista elegible por la junta para tratar a personas que necesitan el tratamiento que usted solicita, y
 - 2) dos documentos médicos o científicos que comprueben que el tratamiento que solicita es más útil para usted y no ocasionará más daño que el tratamiento que puede obtener de un proveedor de SelectHealth.
- Si su médico no envía esta información, aun así revisaremos su apelación de la acción. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una **apelación externa**. Consulte las páginas 42 a 44 para obtener más información sobre apelaciones externas.
 - Si usted cree que el proveedor del plan no tiene la capacitación ni experiencia necesarias para tratar su afección, también puede solicitar una apelación de la acción. Necesitará incluir las razones por las que cree que el proveedor del plan no puede tratar su afección y presentar cualquier documentación de respaldo.
- *Es posible que necesite consultar con un especialista para la atención continua de una afección médica que no sea el VIH o SIDA.* Su PCP podrá remitirlo para un número específico de consultas o durante un tiempo determinado (una **remisión permanente**). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que requiera atención.
 - *Si tiene una enfermedad de larga duración o una enfermedad que lo incapacite, que empeora con el tiempo pero que no es VIH o SIDA,* su PCP trabajará con un especialista para coordinar su atención. Puede hacer los arreglos para:
 - que su especialista actúe como su PCP;
 - recibir una remisión a un centro de atención que se especializa en el tratamiento de su enfermedad.
 - Si es seropositivo, incluso cuando se reúna con un especialista, su PCP aún se encargará de su atención por el VIH.
 - Podrá participar en *ensayos clínicos* que le permitan beneficiarse de los tratamientos más modernos y otros programas de investigación. Los *tratamientos experimentales* pueden estar cubiertos, según el caso, una vez que se hayan probado los tratamientos regulares.

PUEDA OBTENER LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE NUESTRO PLAN, SIN UNA REMISIÓN

Atención médica para la mujer

No necesita una remisión de su PCP para consultar a uno de nuestros proveedores si:

- está embarazada, o
- necesita los servicios de un obstetra/ginecólogo, o
- necesita servicios de planificación familiar, o
- desea ver a una partera, o
- necesita que le realicen un examen pélvico o de senos.

Planificación familiar

- Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento para el control de la natalidad, recetas médicas para obtener anticonceptivos, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante sus visitas con estos fines, también puede realizarse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de seno o un examen pélvico.
- O no *necesita una remisión* de su PCP para obtener estos servicios. De hecho, usted puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede utilizar su tarjeta de identificación de SelectHealth para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Revise el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios del afiliado para obtener ayuda para encontrar un proveedor.
- Puede *utilizar su tarjeta de Medicaid* si desea consultar a un médico o clínica fuera de nuestro plan. Hable con su PCP o llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711), para solicitar una lista de los lugares a donde puede ir para obtener estos servicios. También puede llamar a la Línea directa de Growing Up Healthy del Estado de Nueva York (1-800-522-5006) para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar cuyos consultorios se encuentran cerca de usted.

Pruebas de detección de VIH e ITS (infecciones de transmisión sexual)

Todas las personas deben conocer su estado relacionado con el VIH. Las pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual son parte de una atención regular de salud.

- Usted puede obtener una prueba de VIH e ITS en cualquier momento en que visite un consultorio o clínica.
- Usted puede obtener una prueba de VIH e ITS en cualquier momento en que reciba servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP. Simplemente haga una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse pruebas de VIH o ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede hacer los arreglos por usted.
- O, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de SelectHealth, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de SelectHealth. Para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor del Plan o de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

- Todos deben hablar con sus médicos acerca de las pruebas de detección de VIH. Para obtener pruebas gratuitas o pruebas en las que no se proporcione su nombre, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados están disponibles mientras usted espera. El proveedor que hace la prueba le explicará los resultados y coordinará la atención de seguimiento, si es necesaria. También aprenderá sobre cómo proteger a su pareja. Si su prueba es negativa, podemos ayudarle a aprender a mantenerse así.

Pruebas de VIH

- Puede obtener pruebas de VIH como parte de su atención médica regular. Su proveedor puede hacerle una prueba de VIH o darle una receta médica para una prueba, en cualquier momento en el que usted visite el consultorio, siempre que no sea una emergencia.
- Puede visitar un sitio de pruebas de VIH en la comunidad. Para obtener más información, llame a la Línea directa de VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS (2437). Para información en español, llame al 1-800-233-SIDA (7432) y TDD 1-800-369-AIDS (2437).
- Puede realizarse pruebas de VIH cada vez que reciba servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP. Simplemente haga una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse pruebas de VIH y obtener asesoramiento pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede proveérsela o hacer los arreglos por usted.
- O, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de SelectHealth, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de SelectHealth. Para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor del Plan o de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Si necesita tratamiento contra el VIH después del servicio de pruebas, su PCP le ayudará a obtener la atención de seguimiento. Si su prueba es negativa, podemos ayudarle a aprender a mantenerse así.

Notificación a la pareja

Si su prueba de VIH da positivo, el Programa PartNer Assistance (PartNer Assistance Program, PNAP) puede ayudarle a encontrar la mejor manera de informar a su(s) pareja(s) que necesitan realizarse una prueba del VIH. Su asesor PNAP le ayudará a decidir cuál es la mejor manera y la más segura para usted de decirle a su pareja. Si decirle a su pareja tendrá efectos graves en su salud o seguridad o en la de alguien cercano a usted, hable con su consejero de PNAP acerca de sus opciones. Para obtener más información sobre PNAP, pregúntele a su Administrador de casos o llame al 1-800-541-AIDS (2437), o en la Ciudad de Nueva York, al (212) 693-1419. Si su pareja está molesta o enojada, llame a la Línea directa para cuestiones de Violencia doméstica del Estado de Nueva York al 1-800-842-6906.

Servicios de prevención del VIH

Muchos servicios de prevención del VIH están disponibles para usted. Hablaremos con usted acerca de cualquier actividad que pueda ponerlo a usted o a otros en riesgo de transmisión de

VIH o de contraer enfermedades de transmisión sexual. Podemos ayudarle a aprender cómo protegerse. Tanto el personal de SelectHealth como las remisiones a grupos comunitarios le ayudarán con las actividades para que usted y sus seres queridos se mantengan sanos. También podemos ayudarle a obtener condones masculinos y femeninos gratuitos y jeringas limpias.

Si es seropositivo, podemos ayudarle a informar a su pareja sobre su situación respecto al VIH (consulte el programa PartNer Assistance que se mencionó anteriormente). Podemos ayudarle a hablar con su familia y amigos, y ayudarles a entender el VIH y el SIDA, así como a obtener tratamiento. Si necesita ayuda para hablar con futuras parejas acerca de su condición respecto al VIH, el personal de SelectHealth le ayudará. Incluso podemos ayudarle a hablar con sus hijos sobre el VIH.

Cuidado de los ojos

El servicio cubierto incluye los servicios necesarios de un oftalmólogo, un optometrista y un distribuidor de artículos oftálmicos e incluye un examen de los ojos y un par de anteojos, si fuera necesario. En general, puede recibir estos servicios una vez cada dos años, o con más frecuencia si fuera médicamente necesario. Las personas inscritas que padezcan diabetes pueden solicitar por su cuenta un examen de fondo de ojo (examen de la retina) una vez en cualquier periodo de doce (12) meses. Solamente debe elegir uno de nuestros proveedores participantes. Generalmente, se proporcionan anteojos nuevos con marcos aprobados por Medicaid una vez cada dos años.

Se pueden ordenar nuevos lentes más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, pueden repararse. Los anteojos extraviados o rotos que no puedan arreglarse se reemplazarán con la misma receta médica y estilo de marcos. Si necesita consultar a un oftalmólogo para la atención de una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá.

Salud conductual (Salud mental y por uso de sustancias)

Queremos ayudarle a recibir los servicios de salud mental, y los relacionados con el uso de drogas o sustancias, que pudiera necesitar.

Si en cualquier momento usted cree que necesita ayuda con la salud mental o por el uso de sustancias, puede visitar a los proveedores de salud conductual en nuestra red para confirmar qué servicios pudiera necesitar. Esto incluye servicios tales como clínicos y de desintoxicación. No necesita una remisión de su PCP.

Dejar de fumar

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

Prueba de detección de la depresión maternal

Si está embarazada y cree que necesita ayuda con la depresión, puede obtener una prueba para confirmar qué servicios podría necesitar. No necesita una remisión de su PCP. Puede obtener una prueba para la depresión durante el embarazo y hasta un año después del alumbramiento.

EMERGENCIAS

Siempre está cubierto en casos de emergencia. En el Estado de Nueva York, una situación de emergencia significa una afección médica o de comportamiento:

- que surge repentinamente y
- presenta dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tenga miedo de que alguien sufra daños graves a las partes o funciones corporales o una desfiguración grave, si no recibe atención inmediata.

Algunos ejemplos de atención de emergencia son:

- un ataque al corazón o dolor intenso en el pecho,
- sangrado que no se detiene, o
- una quemadura grave,
- huesos rotos,
- dificultad para respirar / convulsiones / pérdida de la conciencia,
- cuando siente que podría lastimarse a sí mismo o a los demás,
- si está embarazada y tiene síntomas como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos, y
- sobredosis de drogas o medicamentos.

Algunos ejemplos de situaciones **que no son de emergencia** incluyen: resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortaduras menores y contusiones o esguinces.

También pueden ser situaciones que no sean de emergencia algunos problemas familiares, una relación que terminó o el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Estas situaciones podrían parecer una emergencia, pero no hay razón para ir a la sala de emergencias.

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

- *Llame* al 911 o vaya a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de SelectHealth ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.
- ***Si no está seguro, llame a su PCP o a SelectHealth.***

Dígale a la persona con quien hable lo que está sucediendo. Su PCP o el representante de Select Health le indicará:

- qué hacer en casa, o
 - que vaya al consultorio del PCP,
 - sobre los servicios comunitarios que puede obtener, por ejemplo las reuniones de 12 pasos o un refugio, o
 - que vaya a la sala de emergencias más cercana.
- **También puede comunicarse con Servicios del afiliado de SelectHealth llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene una crisis o si necesita ayuda con una situación de salud mental o por uso de drogas.**

- *Si está fuera del área* cuando tiene una emergencia:
 - Vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.
 - Llame a SelectHealth lo más pronto que pueda (en un plazo de 48 horas, si puede).

Recuerde

**No necesita autorización previa para obtener acceso
a los servicios de emergencia.**

Use la sala de emergencias **solo** si tiene una **VERDADERA EMERGENCIA**.

La Sala de emergencias **NO** debe utilizarse para problemas
como gripe, dolor de garganta o infecciones de oído.

Si tiene dudas, llame a su PCP o a nuestro plan
al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

**Para comunicarse con la Línea para crisis de servicios de salud conductual,
llame al 1-855-735-6098.**

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-727-9441.

ATENCIÓN URGENTE

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero aún necesita atención inmediata.

- Esto podría ser un niño con dolor de oído que despierta a media noche y no deja de llorar.
- Podría ser gripe o si necesita puntos de sutura.
- Podría ser un esguince en el tobillo o una astilla que no puede sacar.

Puede obtener una cita para una visita de atención urgente para el mismo día o al día siguiente. Si está en casa o lejos de casa, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al 1-866-469-7774 (TTY: 711). Informe lo que está sucediendo a la persona que responda. Ella le indicará qué hacer.

ATENCIÓN FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener atención de emergencia y urgente únicamente en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita atención médica mientras está en otro país (incluso Canadá y México), tendrá que pagarla.

QUEREMOS MANTENER SU BUENA SALUD

Además de los chequeos regulares y las vacunas que usted y su familia necesitan, ofrecemos otros servicios, que se indican a continuación, y formas en que usted puede mantenerse saludable:

- educación sobre el tratamiento del VIH,
- grupos de apoyo entre pares,
- cumplimiento con los horarios de sus medicamentos,
- grupos de apoyo para VIH/SIDA,
- reducción de daños/intercambio de jeringas,
- terapias alternativas,
- atención prenatal y cuidado del bebé,
- nutrición y atención prenatal,
- lactancia materna y cuidado del bebé,
- salud oral/dental,
- prevención del VIH,
- tratamiento del asma,
- programas de ejercicio,
- cuidado de la piel,
- prevención para personas con diagnóstico positivo,
- servicios específicos para el VIH, como Planificación de permanencia,
- clases para dejar de fumar,
- apoyo en caso de pérdida/duelo,
- manejo del estrés,
- control de peso,
- control del colesterol,
- asesoramiento sobre diabetes y capacitación en autogestión,
- asesoramiento sobre asma y capacitación en autogestión,
- pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y cómo protegerse a sí mismo de las ITS,
- servicios para casos de violencia doméstica, y
- clases para usted y su familia.

Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en www.vnsnychoice.org/selecthealth para obtener más información y una lista de las próximas clases.

Parte 2

SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual es para su información, cuando la necesite. En él se enumeran los servicios cubiertos y los no cubiertos. Si tiene una queja, el manual le dice qué hacer. El manual incluye otra información que puede serle de utilidad. Mantenga este manual a la mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

Los Planes de necesidades especiales proporcionan varios servicios además de los que obtiene con Medicaid regular o con otros planes de atención controlada con Medicaid. Le proporcionaremos o haremos los arreglos para la mayoría de los servicios que necesitará.

Sin embargo, puede obtener algunos servicios sin tener que pasar por su PCP. Estos incluyen la atención de emergencia; planificación familiar; pruebas de VIH; servicios móviles para crisis y servicios específicos que puede obtener por su cuenta, que incluyen los que puede recibir de SelectHealth y algunos que puede elegir de cualquier proveedor del servicio de Medicaid.

SERVICIOS QUE CUBRE NUESTRO PLAN

Debe obtener estos servicios de los proveedores que están en nuestro plan. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y los debe proporcionar o remitir su PCP. Llame a nuestro departamento de Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si tiene preguntas o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

Atención médica regular y en casos de VIH

- visitas al consultorio de su PCP,
- acceso a los Programas de atención primaria de VIH,
- remisiones a especialistas,
- acceso a las terapias combinadas,
- exámenes de la vista/audición,
- ayuda para cumplir con los horarios de los medicamentos, y
- coordinación de la atención y los beneficios.

Atención preventiva

- educación sobre el VIH y reducción de riesgos,
- remisión a las CBO para atención de apoyo,
- cuidado del bebé sano,
- cuidado del niño sano,
- chequeos regulares,
- vacunas para niños, desde el nacimiento hasta la infancia,
- acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) para las personas inscritas, desde el nacimiento hasta la edad de 21 años,

- acceso a agujas y jeringas gratuitas,
- asesoramiento para dejar de fumar.

Atención de maternidad

- acceso a Centros especiales de VIH, para madres e hijos (si es seropositiva),
- atención durante el embarazo,
- servicios hospitalarios y de médicos/parteras,
- acceso a la terapia antirretroviral para la madre y el bebé,
- atención en la sala cuna para recién nacidos,
- prueba de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del alumbramiento.

Atención médica en el hogar (debe ser médicamente necesaria y SelectHealth debe hacer los arreglos)

- una visita posparto de atención médica en el hogar, médicamente necesaria, además de visitas adicionales que sean médicamente necesarias para las mujeres con alto riesgo,
- por lo menos dos visitas para los bebés con alto riesgo (recién nacidos), y
- otras visitas de atención médica en el hogar, según sea necesario, y de acuerdo a lo que ordene su PCP/especialista.

Atención personal/Acompañante en el hogar/Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

- deben ser médicamente necesarios y SelectHealth debe hacer los arreglos,
- atención personal/acompañante en el hogar: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, y ayuda en la preparación de los alimentos y limpieza de la casa,
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, y ayuda en la preparación de los alimentos y limpieza de la casa, así como asistencia médica en el hogar y tareas de enfermería. Esto lo proporciona un asistente que usted elige y dirige, y
- Si desea obtener más información, comuníquese con SelectHealth llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Sistema personal de respuesta de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS)

- Esto es un artículo que usted usa en caso de que tenga una emergencia y necesite ayuda.
- Para calificar y obtener este servicio, debe estar recibiendo servicios de cuidado personal/asistente en el hogar.

Atención médica de día para adultos

- Lo debe recomendar su PCP.
- Proporciona educación sobre salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de remisiones para atención dental y otra atención especializada.

Atención médica durante el día para adultos con SIDA

- Lo debe recomendar su PCP, y
- proporciona atención médica y de enfermería general, servicios de apoyo por abuso de sustancias, servicios de apoyo a la salud mental, servicios de nutrición individual y en grupo, así como socialización estructurada, actividades recreativas y de promoción del bienestar y la salud.

Terapia para tuberculosis (TB)

- Esto significa ayuda para tomar su medicamento para la TB y la atención de seguimiento.

Atención en un programa de cuidados paliativos

- El programa de cuidados paliativos ayuda a pacientes y sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte,
- debe ser médicamente necesaria y SelectHealth debe hacer los arreglos,
- proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos para pacientes que están enfermos y que esperan vivir por un año o menos,
- usted puede recibir estos servicios en su hogar o en un hospital o en un centro de convalecencia, y
- para niños menores a veintiún años (21), también están cubiertos los servicios médicamente necesarios para tratar la enfermedad.

Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Atención dental

SelectHealth considera que proporcionarle un buen cuidado dental es importante para su atención médica general. Ofrecemos atención dental a través de un contrato con Healthplex, un experto en la prestación de servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen los servicios dentales regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpieza, rayos X, rellenos y otros servicios para comprobar si hay cambios o anomalías que requieran tratamiento o atención de seguimiento. *No necesita una remisión de su PCP para ir a un dentista.*

Cómo obtener servicios dentales

Todos los servicios dentales se proporcionan a través de la red Healthplex para VNSNY CHOICE SelectHealth y puede seleccionar cualquier dentista de la lista en el Manual de proveedores para recibir la atención. También puede ir a una clínica dental a cargo de un centro dental académico, sin necesidad de una remisión.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a SelectHealth al 1-866-469-7774 (TTY: 711); nuestros representantes de Servicios del afiliado están para ayudarle. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services.
- Muestre su tarjeta de afiliado de VNSNY CHOICE SelectHealth para recibir los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta dental por separado. Cuando visite a su dentista, debe mostrar su tarjeta de afiliado del plan.

También puede ir a una clínica dental a cargo de un centro dental académico, sin necesidad de una remisión. Llame a 1-866-469-7774 (TTY: 711) para obtener más información.

Atención de ortodoncia

SelectHealth cubrirá frenillos dentales para niños de hasta 21 años de edad que tengan un problema grave con sus dientes, tales como que no puedan masticar alimentos debido a dientes gravemente torcidos, paladar hendido o labio leporino.

Atención de la vista

- servicios de un oftalmólogo, dispensario oftalmológico y optometrista,
- cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o el reemplazo de anteojos extraviados o destruidos, inclusive reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos según lo ordene un proveedor del plan,
- exámenes de la vista, por lo general cada dos años, a menos que sea médicamente necesario realizarlos con más frecuencia,
- anteojos, nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años, o con más frecuencia, si es médicamente necesario,
- examen de baja visión y ayudas para baja visión ordenados por su médico, y
- remisiones a especialistas para casos de defectos o enfermedades de los ojos.

Farmacia

- medicamentos con receta médica
- medicamentos de venta libre
- insulina y suministros para la diabetes
- agentes para dejar de fumar, incluyendo productos de venta libre
- baterías para prótesis auditivas
- anticoncepción de emergencia (6 por año calendario)
- suministros médicos y quirúrgicos

Algunas personas tendrán que realizar un copago por algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos para los siguientes afiliados o servicios:

- consumidores menores de 21 años de edad,
- afiliadas que estén embarazadas: durante el embarazo y dos meses después del mes en el que termine el embarazo,
- los medicamentos y suministros de planificación familiar, tales como píldoras anticonceptivas, condones masculinos y femeninos, jeringas y agujas,
- consumidores en un programa de Atención integral controlada de Medicaid (Comprehensive Medicaid Care Management, CMCM) o de Coordinación de servicios,
- consumidores en un Programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar (Home and Community Based Services, HCBS) con aprobación de OMH u OPWDD,
- consumidores en un programa de exención DOH HCBS para personas con lesión cerebral traumática (Traumatic Brain Injury, TBI), y
- medicamentos para tratar una enfermedad mental (psicotrópicos) y tuberculosis.

Artículo con receta médica	Monto de copago	Detalles de copago
Medicamentos de marca con receta médica	\$3.00/\$1.00	Existe un copago por cada receta médica nueva y cada surtido
Medicamentos genéricos con receta médica	\$1.00	
Medicamentos de venta libre, tales como aquellos para dejar de fumar y para la diabetes	\$0.50	

- Si se le solicita realizar un copago, existe un copago por cada receta médica nueva y cada surtido.
- Si se le solicita realizar un copago, usted es responsable de pagar un máximo de \$200 por año calendario.
- Si se cambió a un nuevo plan durante el año calendario, guarde sus recibos como comprobante de sus copagos o puede solicitar a su farmacia un comprobante de los copagos que ha realizado. Tendrá que darle una copia a su nuevo plan.
- Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga nuestra autorización antes de escribir la receta médica. Su médico puede trabajar con SelectHealth para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Obtenga más información sobre la autorización previa más adelante en este manual.
- Tiene opciones respecto de dónde surtir sus recetas médicas. Puede ir a cualquier farmacia que participe con nuestro plan o puede surtir sus recetas médicas por medio de un pedido de farmacia de envío por correo. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con Servicio al cliente de MedImpact llamando al 1-888-678-7741. También puede comunicarse con Servicios del afiliado llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711) para cualquier asunto relacionado con los beneficios.

Atención hospitalaria

Acceso a los Centros hospitalarios designados de SIDA para:

- atención para pacientes hospitalizados
- atención para pacientes ambulatorios
- laboratorio, rayos X, otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de haber recibido la atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de atención para asegurarse de permanecer en condición estable. Dependiendo de su necesidad, puede recibir tratamiento en la Sala de emergencias, en una sala para pacientes hospitalizados o en otro ambiente. A esto se le llama **Servicios posteriores a la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 18.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros profesionales, tales como

- terapeutas ocupacionales, físicos y del habla: se limita a 20 visitas por terapia por año calendario, excepto para los hijos menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities) determina que usted tiene discapacidades del desarrollo o una lesión cerebral traumática,
- audiólogo,
- parteras,
- rehabilitación cardíaca, y
- otra atención especializada que no sea por VIH (incluso manejo del dolor y dermatología, entre otras).

Atención en un centro residencial de atención médica (centro de convalecencia)

- incluye las estadías de corto plazo o de rehabilitación y atención de largo plazo;
- debe ordenarlo un médico y estar autorizado por SelectHealth; y
- los servicios cubiertos en el centro de convalecencia incluyen la supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con la vida diaria, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.

Si necesita ser ubicado a largo plazo en un centro de convalecencia, su departamento local de servicios sociales debe determinar si usted cumple ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. SelectHealth y el centro de convalecencia pueden ayudarle a hacer la solicitud.

Esta atención se la debe proporcionar un centro de convalecencia que esté en la red de proveedores de SelectHealth. Si usted elige un centro fuera de la red de SelectHealth, es posible que tenga que trasladarse a otro plan. Comuníquese con New York Medicaid Choice llamando al 1-800-505-5678 para obtener ayuda con preguntas sobre los proveedores de centros de convalecencia y las redes del plan. Llame al 1-866-469-7774 (TTY: 711) para obtener ayuda en encontrar un centro de convalecencia en nuestra red.

ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

La atención de salud conductual incluye servicios de tratamiento y rehabilitación de la salud mental y por el uso de sustancias (alcohol y drogas). Todos nuestros afiliados tienen acceso a los servicios para obtener ayuda con la salud emocional, o ayuda con el consumo de alcohol u otros problemas de uso de sustancias. Estos servicios incluyen:

Cuidado de la salud mental

- tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva (Intensive psychiatric rehab treatment, IPRT),
- consulta,
- tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios,
- atención hospitalaria parcial,
- servicios de rehabilitación si se encuentra en un hogar de la comunidad o en el tratamiento basado en la familia,
- tratamiento continuo de día,

- Servicios Orientados a la Recuperación Personalizada (Personalized Recovery Oriented Services, PROS),
- servicios de Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment Services, ACT),
- consejería individual y grupal, y
- servicios de intervención de crisis.

Servicios para trastornos por uso de sustancias

- tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol y drogas) para pacientes hospitalizados y ambulatorios,
- servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados,
- opioides, incluyendo el tratamiento de mantenimiento con metadona,
- tratamiento residencial de trastornos por uso de sustancias,
- servicios para pacientes ambulatorios para el tratamiento por uso de drogas y alcohol,
- servicios de desintoxicación.

Servicios de atención conductual basados en la comunidad y en el hogar (BHHCBS)

Los BHHCBS pueden ayudarle a lograr sus objetivos de vida para el empleo, la escuela o para cualquier otra área de su vida en la que le gustaría trabajar. Para averiguar si usted califica, un Administrador de la atención Health Home debe completar una breve prueba con usted, la que mostrará si usted puede beneficiarse con estos servicios. Si la prueba muestra que usted puede beneficiarse, el Administrador de la atención completará una evaluación completa con usted para averiguar todas sus necesidades de salud incluyendo los servicios físicos, conductuales y de rehabilitación.

Los BHHCBS incluyen:

- Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR): le ayuda a mejorar sus habilidades para lograr sus objetivos.
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (Community Psychiatric Support and Treatment, CPST): es una forma de recibir los servicios de tratamiento que usted necesita durante un corto plazo en una ubicación de su elección, como lo es su propio hogar. CPTS le ayuda a conectarse con un programa autorizado de tratamiento.
- Servicios de habilitación: le ayudan a aprender nuevas habilidades para vivir independientemente en la comunidad.
- Capacitación y apoyo de la familia: ayuda a las personas cercanas a usted a aprender habilidades para que le apoyen en su recuperación.
- Atención de relevo de corto plazo: le proporciona un lugar seguro a donde ir cuando necesita alejarse de una situación estresante.
- Atención intensiva de relevo: le ayuda a mantenerse fuera del hospital cuando está teniendo una crisis, proporcionándole un lugar seguro en donde permanecer y que pueda ofrecerle tratamiento.

- Servicios de apoyo educativo: le ayudan a encontrar formas de regresar a la escuela para obtener educación y capacitación que le ayuden a conseguir un trabajo.
- Servicios de escuela técnica: le ayudan con habilidades necesarias para prepararse para el empleo.
- Servicios de empleo transitorio: le proporcionan apoyo durante un corto plazo mientras hace pruebas en diferentes empleos. Esto incluye capacitación práctica para fortalecer las habilidades laborales y ayudarlo a mantener un empleo con un sueldo mínimo o superior.
- Servicios de empleo con respaldo intensivo: le ayudan a encontrar y mantener un empleo con un sueldo mínimo o superior.
- Servicios de empleo con respaldo continuo: le ayudan a mantener su empleo y ser exitoso en él.
- Servicios de empoderamiento para grupos de autoayuda: personas que han estado allí para ayudarlo a lograr sus objetivos de recuperación.
- Transporte no médico: transporte para actividades que no sean médicas relacionadas con un objetivo en su plan de atención.

Otros servicios cubiertos

equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) / aparatos auditivos / prótesis / aparatos ortopédicos,
servicios ordenados por un tribunal,
servicios de apoyo social (ayuda para obtener servicios comunitarios),
FQHC o servicios similares, y
servicios de un podiatra para hijos menores de 21 años.

BENEFICIOS QUE PUEDE RECIBIR DE NUESTRO PLAN O CON SU TARJETA DE MEDICAID

Para algunos servicios, usted puede elegir dónde obtener su atención. Puede recibir estos servicios al utilizar su tarjeta de afiliación de SelectHealth. También puede consultar a los proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. *No necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios.* Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o ir a cualquier clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. O puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier modo, no necesita una remisión de su PCP.

Usted puede obtener medicamentos anticonceptivos, dispositivos de planificación familiar (DIU y diafragmas) que están disponibles con una receta médica, además de anticoncepción de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios para abortos. También puede visitar a un proveedor de planificación familiar para obtener pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como tratamiento y asesoramiento relacionado con los resultados de sus pruebas. En las visitas de planificación familiar, también se incluyen las pruebas de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas.

Pruebas de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Puede recibir este servicio de su PCP o los médicos de SelectHealth, en cualquier momento. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede consultar a cualquier médico o ir a cualquier clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todos deben hablar con sus médicos acerca de las pruebas de detección de VIH. Para obtener una prueba gratuita de VIH en la comunidad, llame a la Línea directa de VIH del Estado de Nueva York al 1-800-872-2777 o al 1-800-541-AIDS (2437). Para llamadas en español, 1-800-233-SIDA (7432) y TDD 1-800-369-AIDS (2437).

Diagnóstico y tratamiento de TB

Puede elegir consultar a su PCP o ir a la agencia de salud pública del condado para obtener el diagnóstico y tratamiento. No necesita una remisión para ir a la agencia de salud pública del condado.

BENEFICIOS AL UTILIZAR ÚNICAMENTE SU TARJETA DE MEDICAID

Hay algunos servicios que SelectHealth no proporciona. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid si presenta su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Planificación familiar

Puede ir con cualquier médico o clínica de Medicaid que ofrezca servicios de planificación familiar, incluso con proveedores de SelectHealth.

Transporte

El transporte de emergencia y no de emergencia estará cubierto por Medicaid regular.

Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor de atención médica deben llamar a LogistiCare al 1-877-564-5922. Si es posible, usted o su proveedor deben llamar a LogistiCare por lo menos tres días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (por ejemplo, AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección a donde va a ir y el médico al que visita. El transporte que no es de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, vehículos de transporte para personas con discapacidades (“ambulette”) y transporte público.

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

Discapacidades del desarrollo

- terapias de largo plazo,
- tratamiento de día,
- servicios de vivienda,

- programa de Coordinación de servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC),
- servicios que se reciben de acuerdo con el Programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar, y
- Servicios del Programa de exención del modelo médico (cuidado en el hogar).

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Los siguientes servicios **no están disponibles** por parte de *SelectHealth ni Medicaid*. Si recibe alguno de estos servicios es posible que tenga que pagar la factura.

- cirugía cosmética si no es médicamente necesaria,
- servicios de un podiatra (para personas de 21 años o mayores, a menos que usted sea diabético),
- artículos personales y para su comodidad,
- tratamientos para la infertilidad, y
- servicios de un proveedor que no forma parte de SelectHealth, a menos que sea un proveedor que usted esté autorizado a consultar según se describe en otras partes de este manual, o si SelectHealth o su PCP lo remiten a ese proveedor.

Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. O, si acepta ser un paciente de “pago privado” o “pago por cuenta propia” antes de recibir el servicio, usted tendrá que pagar por dicho servicio.

Esto incluye:

- servicios no cubiertos (se indican anteriormente),
- servicios no autorizados, y
- servicios proporcionados por proveedores que no son parte de SelectHealth.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que debe pagar, no la ignore. Comuníquese con SelectHealth llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711) de inmediato. SelectHealth puede ayudarle a entender por qué ha recibido una factura. Si usted no es responsable por el pago, SelectHealth se comunicará con el proveedor y le ayudará a resolver el problema.

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que se le pide que pague algo que Medicaid o SelectHealth debe cubrir. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

ACCIONES Y AUTORIZACIONES DE SERVICIO

Autorización previa:

Hay algunos servicios y tratamientos para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. A esto se le conoce como **autorización previa**. Usted o una persona de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar autorizados antes de que los reciba:

- todos los ingresos al hospital como paciente hospitalizado,
- reversión de la esterilización,
- rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios después de 36 visitas,
- aparatos auditivos,
- equipo médico duradero: todos los artículos rentados y que cuesten más de \$250,
- tracción u otros aparatos ortopédicos en el hogar,
- tratamiento o procedimientos experimentales/de investigación (incluye tratamiento de enfermedades poco comunes y ensayos clínicos),
- transporte en ambulancia, “ambulette” y vehículos con distintivos en situaciones que no sean de emergencia,
- servicios médicos en el hogar,
- servicios de atención personal,
- remisiones a todos los proveedores no participantes, y
- servicios de salud mental/abuso de sustancias (después de la 1.º visita) si el proveedor no participa en VNSNY CHOICE SelectHealth. (Consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711)).

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, a eso se le llama **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, usted necesita hacer lo siguiente:

Pídale a su médico que se comunique con VNSNY CHOICE SelectHealth Medical Management llamando al 1-866-791-2215 o que envíe por fax la solicitud por escrito al 1-866-791-2214. Su médico también puede enviar la solicitud por correo a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
Medical Management
1250 Broadway 11th Floor
New York, New York 10001

Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de (3) tres días hábiles después de obtener la información necesaria, y no más de catorce (14) días después de recibida la solicitud de servicio. Le informaremos a usted o a su representante y a su médico, por teléfono y por escrito.

También será necesario obtener una autorización previa si recibe uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar u obtener más atención. Esto incluye una solicitud de atención médica en el hogar, mientras esté en el hospital o después de haber salido del hospital. A esto se le conoce como **revisión concurrente**.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización?

- El plan de salud tiene un equipo de revisión para garantizar que usted reciba los servicios que prometemos. Este equipo de revisión está conformado por médicos y enfermeras. El trabajo de este equipo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Hacen esto al comparar su plan de tratamiento con estándares médicos aceptables.
- A cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se le llama una **acción**. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica certificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico profesional, que puede ser un médico o un profesional de atención médica que generalmente proporciona la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión médica**, que se utilizan para tomar la decisión de acciones relacionadas con la necesidad médica.
- Después de recibir su solicitud, la revisaremos de acuerdo con un proceso **estándar** o uno **acelerado**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si se considera que el atraso causará daños graves a su salud. Si su solicitud de una revisión acelerada es denegada, se lo haremos saber y su caso se manejará de acuerdo con el proceso de revisión estándar. Si está en el hospital, o acaba de salir del hospital, y recibimos una solicitud de atención médica en el hogar, manejaremos la solicitud como una revisión acelerada. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no después de los plazos que se indican a continuación.
- Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud fue aprobada o denegada. También le explicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos las opciones de apelaciones o audiencias imparciales que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para las solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de tres días hábiles a partir de cuando tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. A más tardar el 14.º día hábil le haremos saber si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de tres días hábiles. A más tardar el tercer día hábil le haremos saber si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión en un plazo de un día hábil a partir de cuando tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibimos su solicitud. A más tardar el 14.º día hábil le haremos saber si necesitamos más información.

- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión en un plazo de un día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, excepto:
 - Si está en el hospital o acaba de salir del hospital, y solicita atención médica en el hogar un viernes o en la víspera de un día festivo, tomaremos una decisión a más tardar 72 horas después de que tengamos toda la información que necesitamos.
 - Si está recibiendo un tratamiento por trastornos por uso de sustancias como paciente hospitalizado y solicita más servicios al menos 24 horas antes de su dada de alta, tomaremos una decisión a más tardar en un plazo de 24 horas.

En todos los casos, tendrá noticias nuestras a más tardar tres días hábiles después de que recibamos su solicitud. Antes del tercer día hábil le haremos saber si necesitamos más información.

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

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud es una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso escrito.
- Le explicaremos por qué el atraso es por su bien.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir del día en que le solicitemos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para darle al plan y que ayude a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando a Medical Management al 1-866-791-2215 o enviando un fax con la información al 1-866-791-2214. Su médico también puede enviar la información por correo a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
Medical Management
1250 Broadway 11th Floor
New York, New York 10001

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar la solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Le informaremos antes de la fecha en que caduque nuestro período de revisión. Pero si por alguna razón no tiene noticias nuestras en esa fecha, es lo mismo que un rechazo de su solicitud de autorización de servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación de la acción con nosotros. Consulte la sección Apelaciones de acciones más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención

A veces haremos una revisión concurrente de la atención que recibe para confirmar que todavía la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. A esto se le conoce como **revisión retrospectiva**. Si tomamos estas u otras acciones, se lo haremos saber.

Plazos para notificación de otras acciones

- En la mayoría de casos, si tomamos una decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya aprobamos y que está recibiendo, debemos informarle al menos 10 días antes de que cambiemos el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de que tomemos una decisión sobre los servicios y apoyo a largo plazo, tal como atención médica en el hogar, atención personal, CDPAS, atención de salud para adultos durante el día y atención permanente en un centro de convalecencia.
- Si estamos revisando una atención que se proporcionó en el pasado, tomaremos una decisión acerca de pagarla en un plazo de 30 días después de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que deneguemos el pago. Estos avisos no son facturas. **Usted no tendrá que pagar ningún tipo de atención que haya recibido y que estaba cubierto por el plan o Medicaid, incluso si después denegamos el pago al proveedor.**

CÓMO SE LES PAGA A NUESTROS PROVEEDORES

Usted tiene el derecho de preguntarnos si tenemos algún arreglo financiero especial con nuestros médicos que pudiera afectar su uso de los servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si tiene inquietudes específicas. También queremos que sepa que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las maneras siguientes.

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, es probable que reciban un **salario**. El número de pacientes que atienden no afecta esto.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un honorario fijo cada mes por cada paciente al que atienden como PCP. Los honorarios son los mismos ya sea que el paciente necesite una o muchas consultas, o incluso ninguna. A esto se le llama **capitación**.
- A veces los proveedores reciben una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero una parte del dinero (posiblemente el 10 %) puede retenerse para un fondo **incentivo**. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han cumplido con los estándares para pago adicional que estableció el Plan.
- Los proveedores también pueden recibir el pago sobre una base de **pago por servicio**. Esto significa que reciben un pago acordado con el Plan por cada servicio que prestan.

USTED PUEDE AYUDAR CON LAS POLÍTICAS DEL PLAN

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que favorezcan a nuestros afiliados. Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Tal vez le gustaría trabajar con una de nuestras juntas o comités asesores de afiliados. Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) para obtener información sobre cómo ayudar. El Comité Asesor de Afiliados y el Comité de Salud Conductual son oportunidades para que los afiliados contribuyan en el proceso de mejora de la calidad de SelectHealth. Durante estas reuniones, dos veces al año, se solicita sugerencias y recomendaciones para mejorar la calidad de la atención y los resultados para los afiliados.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS DEL AFILIADO

Esta es la información que puede obtener al llamar a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

- una lista de nombres, direcciones y cargos de los miembros de la Junta Directiva, funcionarios, personas que controlan, propietarios y socios de SelectHealth,
- una copia de los estados financieros/balances generales más recientes, resúmenes de ingresos y gastos,
- una copia del contrato individual del suscriptor de pago directo más reciente,
- información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas de los consumidores acerca de SelectHealth,
- cómo mantenemos la privacidad de sus expedientes médicos e información de afiliado,
- le informaremos por escrito la manera en que nuestro plan revisa la calidad de la atención a nuestros afiliados,
- le diremos con qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud,
- si nos lo solicita por escrito, le informaremos las directrices que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que cubre nuestro plan,
- le informaremos por escrito las cualificaciones necesarias y la manera en que los proveedores de atención médica pueden solicitar ser parte de nuestro plan,
- si nos lo solicita, le diremos (1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivos para los médicos que afecten el uso de servicios de remisión; y, si es así, (2) el tipo de arreglos que usamos y (3) si se ofrece protección limitadora de pérdidas para médicos y grupos de médicos, e
- información sobre cómo está organizada nuestra empresa y cómo funciona.

MANTÉNGANOS INFORMADOS

Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) cada vez que ocurran los siguientes cambios en su vida:

- cambia su nombre, dirección o número de teléfono,
- tiene un cambio en su elegibilidad para Medicaid,
- queda embarazada,
- da a luz,
- hay un cambio en su seguro o el de sus hijos, y
- cuando se inscribe en un nuevo programa de manejo de casos o recibe servicios de manejo de casos en otra organización comunitaria.

Si ya no recibe Medicaid, consulte con su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) local. Es *posible* que pueda inscribir a sus hijos en ChildHealth Plus o inscribirse usted en el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA.

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED quiere retirarse del plan

Puede probar nuestro programa durante 90 días. Puede retirarse de SelectHealth y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Sin embargo, si no se retira en los primeros 90 días, debe permanecer en SelectHealth durante nueve meses más, *a menos* que desee inscribirse en otro SNP relacionado con el VIH o tenga una buena razón (buena causa).

Algunos ejemplos de buena causa son:

- Nuestro plan no cumple con los requisitos del Estado de Nueva York y los afiliados son perjudicados por esta razón.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el LDSS todos concuerdan en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted.
- Está o se vuelve exento o excluido de la atención controlada.
- No ofrecemos un servicio de atención controlada de Medicaid que usted puede obtener de otro plan de salud en su área.
- Necesita un servicio que se relaciona con un beneficio que hemos optado no cubrir y si lo obtiene por separado puede representar un riesgo para su salud.
- No hemos podido proporcionarle los servicios como se nos requiere de acuerdo con el contrato con el Estado.
- Usted es un niño con SSI que tiene graves problemas emocionales y desea recibir tratamiento relacionado a través del pago por servicio de Medicaid.

Cancelación o cambio de plan:

- Si vive en la Ciudad de Nueva York (en cualquier distrito municipal: condados de Bronx, Kings, Manhattan, Queens o Richmond), llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan de salud o cancelar la inscripción.

Puede cancelar su inscripción o transferirse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en atención controlada, tendrá que elegir otro plan de salud.

En cualquier caso, puede tardar entre dos y seis semanas en procesarse, dependiendo de la fecha en que se reciba su solicitud. Recibirá un aviso de que el cambio tendrá lugar en una fecha determinada. SelectHealth proporcionará la atención que necesita hasta ese momento.

Puede solicitar una acción más rápida si cree que el tiempo del proceso habitual causará daño adicional a su salud. También puede solicitar una acción más rápida si se ha quejado porque no estuvo de acuerdo con la inscripción. Simplemente llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales o a New York Medicaid Choice.

2. Puede dejar de ser elegible para recibir la Atención controlada de Medicaid y los Planes de necesidades especiales

Es posible que usted o su hijo deban retirarse de SelectHealth si usted o el niño:

- se traslada fuera del condado, del área de servicio o de la Ciudad de Nueva York,
- se cambia a otro plan de atención controlada,
- se une a una HMO u otro plan de seguro por medio del trabajo,
- va a prisión,
- pierde la elegibilidad por alguna otra razón, y
- si el Plan de necesidades especiales no puede verificar el estado de VIH o si usted es VIH negativo y ya no califica como persona sin hogar.

Es posible que su hijo tenga que retirarse de SelectHealth si:

- se une al Programa de niños con discapacidades físicas,
- es colocado en cuidado de crianza temporal por una agencia que tiene un contrato para proporcionar ese servicio para el Departamento de Servicios Sociales local, lo que incluye a todos los niños en cuidado de crianza temporal en la Ciudad de Nueva York, o
- el Departamento de Servicios Sociales local lo coloca en cuidado de crianza temporal en un área que no tiene servicio del plan actual de su hijo, o
- si usted ya no está inscrito en el Plan de necesidades especiales y su hijo no es VIH positivo.

Si tiene que retirarse de SelectHealth o ya no es elegible para Medicaid, todos nuestros servicios podrían detenerse en forma inesperada, incluso cualquier atención que usted reciba en el hogar. Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 inmediatamente si esto sucede.

3. Nosotros podemos pedirle que se retire de SelectHealth si con frecuencia usted:

- se niega a trabajar con su PCP, en relación con su atención,
- no asiste a las citas,
- va a la sala de emergencia para recibir atención que no es de emergencia,
- no sigue las reglas de SelectHealth,
- no llena los formularios con honestidad o no proporciona información veraz (comete fraude),
- actúa en formas que nos dificultan hacer nuestro mejor esfuerzo para usted y otros afiliados, incluso después de que hemos tratado de solucionar los problemas.

También puede perder su afiliación de SelectHealth, si abusa de los afiliados del plan, los proveedores o el personal, o les causa daño.

4. Si pierde la cobertura de Medicaid: los Programas de atención para pacientes con VIH sin seguro médico pueden ayudarle

Si usted es positivo para VIH y pierde la cobertura de Medicaid, puede ser elegible para los Programas de atención para pacientes con VIH sin seguro médico (también conocidos como ADAP) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los programas ofrecen una cobertura limitada para la atención y el tratamiento del VIH. Si tiene seguro de salud privado, también puede obtener ayuda para pagar sus primas de seguro. Llame al 1-800-542-AIDS (2437) para obtener más información.

5. Sin importar la razón por la que cancela su inscripción, prepararemos un plan para el alta para ayudarle a obtener los servicios que necesita.

APELACIONES DE ACCIONES

Hay algunos servicios y tratamientos para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. A esto se le conoce como **autorización previa**. Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, a eso se le llama **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describió anteriormente en este manual. A cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se le llama una **acción**.

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

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o que era experimental o de investigación, y no nos comunicamos con su médico en relación con esto, su médico puede solicitar hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico a más tardar el siguiente día hábil.

Puede presentar una apelación de una acción:

- Si no está satisfecho con una acción que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 90 días calendario después de conocer nuestra decisión para presentar una apelación de la acción.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre. Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de una acción.
- No lo trataremos de manera diferente, ni actuaremos de mala fe con usted si presenta una apelación de una acción.
- La apelación de la acción se puede hacer por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación de una acción por teléfono, debe tener seguimiento por escrito.

Para presentar una apelación de una acción, escriba a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
PO BOX 445
Elmsford, NY 10523

Para presentar una apelación de la acción por teléfono, llame al:

1-866-469-7774 (TTY: 711)

Su apelación de la acción se revisará con el proceso acelerado:

- si usted o su médico solicitan que su apelación de la acción se revise con el proceso acelerado. Su médico tendría que explicar cómo un retraso será dañino para su salud. Si su solicitud de una revisión acelerada es denegada, se lo haremos saber y su apelación se revisará con el proceso estándar, o
- si su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que ahora está recibiendo o necesita ampliar un servicio que se proporcionó, o
- si su solicitud fue denegada cuando solicitó atención médica en el hogar después de que estuvo en el hospital, o
- si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento como paciente hospitalizado por trastornos debido al uso de sustancias, al menos 24 horas antes de que tuviera que salir del hospital.
- Las apelaciones aceleradas de una acción pueden hacerse por teléfono y no es necesario darles seguimiento por escrito.

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

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las apelaciones de acciones relacionadas con temas clínicos las decidirán profesionales autorizados de atención médica que no tomaron la primera decisión, de los cuales, al menos uno, será un revisor clínico profesional.
- Las decisiones que no sean de temas clínicos las manejarán personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en la primera decisión.
- Antes de una apelación y durante esta, usted o la persona que usted haya designado puede ver su expediente del caso, incluidos el expediente médico y cualquier otro documento o registro que se utilice para tomar una decisión en su caso.
- Además, puede proporcionar, ya sea en persona o por escrito, información para que se utilice en la toma de la decisión. Puede llamar a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si no está seguro sobre qué información proporcionarnos.
- Se le informarán los motivos de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si aún no está satisfecho, se le explicará cualquier derecho de apelación adicional que tenga. Usted o alguien de confianza puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones de acciones:

- **Apelaciones estándar:** si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión **en un plazo de 30 días** posteriores a su apelación. Se enviará un aviso escrito de nuestra decisión en un plazo de dos días hábiles posteriores a cuando tomemos la decisión.
- **Apelaciones aceleradas:** si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de las apelaciones aceleradas se harán en un plazo de dos días hábiles después de su apelación.
 - A más tardar tres días hábiles después de darnos su apelación, le haremos saber si necesitamos más información.
 - Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento como paciente hospitalizado por trastornos debido al uso de sustancias, al menos 24 horas antes de que tuviera que salir del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en las siguientes 24 horas.
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente le enviaremos un aviso escrito.

Si necesitamos más información para la decisión estándar o acelerada sobre su apelación de la acción:

- Le escribiremos para decirle qué información se necesita. Si su solicitud es una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso escrito.
- Le explicaremos por qué el atraso es por su bien.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días a partir del día en que le solicitemos más información.

Si su denegación original fue porque dijimos que:

- el servicio no era médicamente necesario; o
- el servicio era experimental o de investigación; o
- el servicio fuera de la red no era diferente al servicio que estaba disponible en nuestra red; o
- el servicio fuera de la red estaba disponible con un proveedor del plan que tiene la capacitación y experiencia para cubrir sus necesidades, y no le informamos a tiempo nuestra decisión sobre su apelación de la acción, la denegación original en su contra se revertirá. Esto significa que se aprobará su solicitud de autorización de servicio.

Ayuda para continuar mientras se procesa la apelación de una decisión sobre su atención:

En algunos casos podrá continuar con los servicios mientras espera que se decida su apelación de la acción. **Posiblemente pueda continuar con los servicios que están programados para que finalicen o se reduzcan si solicita una audiencia imparcial:**

- En un plazo de **diez días** después de haber sido informado que su solicitud fue denegada o que la atención cambiará; o
- Para la fecha en que está programado que ocurra el cambio en los servicios.

Si su audiencia imparcial resulta en otra denegación, es posible que tenga que pagar por el costo

de los beneficios que haya recibido. La decisión que reciba del oficial de la audiencia imparcial será definitiva.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque usted tiene más información para darle al plan y que ayudaría a decidir su caso. Esto puede hacerse llamando a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 TTY: 711) o por escrito.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de la acción. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Apelaciones internas de 2.º nivel

Si el plan decide denegarle su apelación acelerada, tiene derecho a una apelación interna de 2.º nivel, como se describe a continuación. Tiene **noventa (90) días calendario** a partir de la fecha de su aviso de decisión acelerada para solicitar una Apelación interna. La solicitud de una apelación interna estándar no afectará negativamente el proceso de apelación.

Si indicamos que el servicio/beneficio que solicitó no es muy diferente al servicio/beneficio de atención médica disponible en el plan, puede solicitarnos revisar si este servicio es médicamente necesario para usted. Necesita solicitar a su médico que envíe esta información con su apelación:

- 1) Una declaración escrita por su médico que indique que el servicio/beneficio es muy diferente del que puede proporcionar el plan. Su médico debe estar certificado por la junta o ser un especialista elegible para la junta que trata a personas que necesitan el servicio de atención médica que solicita.
- 2) Dos documentos médicos o científicos que comprueben que el servicio/beneficio que solicita es más útil para usted y no ocasionará más daño que el servicio/beneficio que puede proporcionar el plan.

Si no se recibe toda la información necesaria para procesar su apelación con su solicitud, le enviaremos un aviso escrito sobre cómo puede proporcionarnos la información necesaria para terminar la revisión de su apelación. Le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles después de recibir su apelación para confirmarle que la hemos recibido.

VNSNY CHOICE designará a una o más personas calificadas del personal que no hayan participado en ningún nivel de revisión previo ni en la toma de decisiones para que revisen la apelación. También puede enviarnos cualquier información que considere que debemos tomar en cuenta para decidir sobre su apelación. Se revisará su solicitud de una apelación interna de 2.º nivel y usted recibirá un aviso sobre la decisión en los siguientes 30 días calendario después de recibir su apelación. Podemos ampliar el plazo hasta por 14 días calendario si usted o su proveedor lo solicitan o si nosotros necesitamos información adicional y la extensión le beneficia. Le enviaremos un aviso de la extensión. **También tiene derecho a examinar el expediente de su apelación antes o durante el proceso de apelación.** Antes y durante una apelación, usted o la persona que usted elija, o su médico, pueden ver su expediente del caso, incluidos el expediente médico y cualquier otro documento o registro que se utilice para tomar una decisión en su caso. Además, puede proporcionar, en persona o por escrito, información para que se utilice en la toma de la decisión. **Debido a las leyes federales de privacidad, es posible que se requiera que llene una autorización indicándonos que autoriza a su representante para que revise el**

expediente. Cuando llame para programar la hora para revisar su expediente, le informaremos si se necesita una autorización. Usted recibirá una carta que explica esta decisión.

Importante: el plazo para presentar una Apelación externa (descrita a continuación) inicia al recibir el aviso de denegación de aceleración independientemente de si se presenta o no una Apelación estándar interna de 2.º nivel. Si eligiera presentar una Apelación interna de 2.º nivel, el plazo para presentar una Apelación externa podría agotarse.

APELACIONES EXTERNAS

Si el plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron, porque:

- el servicio no era médicamente necesario; o
- el servicio era experimental o de investigación; o
- el servicio fuera de la red no era diferente al servicio que estaba disponible en nuestra red; o
- el servicio fuera de la red estaba disponible con un proveedor del plan que tiene la capacitación y experiencia para cubrir sus necesidades, puede solicitarle al Estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Esto se conoce como una apelación externa porque quienes toman la decisión son revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe estar incluido en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o el tratamiento para una enfermedad poco común. Usted no tendrá que pagar por la apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación de la acción con el plan y obtener la determinación adversa final del plan; **o**
- Si no ha recibido el servicio, y solicita una apelación acelerada de la acción con el plan, puede solicitar una apelación externa expedita al mismo tiempo. Su médico tendrá que decir que una apelación externa expedita es necesaria; **o**
- Usted y el plan pueden acordar no usar el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a la apelación externa; **o**
- Puede comprobar que el plan no siguió las normas correctamente cuando procesó su apelación de la acción.

Tiene cuatro meses después de recibir la determinación adversa final del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron no usar el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de cuatro meses a partir de dicho acuerdo.

Si tuvo una apelación acelerada de la acción y no está satisfecho con la decisión del plan, puede presentar una apelación estándar de la acción ante el plan o solicitar una apelación externa. Si decide presentar una apelación estándar de la acción ante el plan y el plan mantiene su decisión, recibirá una nueva determinación adversa final; **sin embargo, el plazo en el que**

puede presentar una apelación externa se basa en la determinación adversa final de la apelación acelerada.

Si lo desea, es posible que haya disponibles apelaciones adicionales a su plan de salud. Sin embargo, si desea una apelación externa, también debe presentar la solicitud ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services), en un plazo de cuatro meses a partir del momento en que el plan le informe sobre la determinación adversa final, o cuando usted y el plan acuerden renunciar al proceso de apelaciones.

Perderá su derecho a una apelación externa si no presenta una solicitud de una apelación externa a tiempo.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa dice qué información será necesaria.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfa.ny.gov.
- Comuníquese con SelectHealth al: 1-866-469-7774 (TTY: 711).

La decisión de su apelación externa se hará en 30 días. Podría necesitarse más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Usted y el plan recibirán la decisión final en los dos días siguientes después de que se tome la decisión.

Puede recibir una decisión más rápida si:

- su médico dice que una demora ocasionará daño grave a su salud; o
- usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan deniega la atención hospitalaria.

A esto se le conoce como una **apelación externa expedita**. El revisor de apelaciones externas tomará la decisión de una apelación expedita en 72 horas o menos.

Si solicitó tratamiento como paciente hospitalizado para trastornos por uso de sustancias al menos 24 horas antes de que tuviera que salir del hospital, el plan continuará pagando su estadía si:

- usted solicita una Apelación interna acelerada en el plazo de las 24 horas, y
- usted solicita una Apelación externa acelerada al mismo tiempo.

El plan continuará pagando por su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Su plan tomará una decisión sobre su Apelación interna acelerada en un plazo de 24 horas. La decisión de su Apelación externa acelerada se hará en 72 horas.

El revisor les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Después, recibirá una carta con la decisión.

También puede solicitar una audiencia imparcial si el plan decide denegar, reducir o cancelar la cobertura de un servicio médico. Puede solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la audiencia imparcial será la que cuenta.

AUDIENCIAS IMPARCIALES

En algunos casos, puede solicitar una audiencia imparcial al Estado de Nueva York si:

- No está satisfecho con una decisión que su departamento local de servicios sociales o el Departamento de Salud del Estado tomó acerca del hecho de que usted permanezca o se retire de SelectHealth,
- No está satisfecho con una decisión que tomamos sobre la atención que estaba recibiendo,
- Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que no tomamos la decisión en un tiempo razonable,
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de denegar la atención médica que deseaba,
- Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid,
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de denegar el pago por la atención que recibió,
- No está satisfecho con su prueba de detección, evaluación, o reevaluación para recibir Servicios de atención conductual basados en la comunidad y en el hogar,
- No está satisfecho con la decisión de que su médico no ordenaría los servicios que usted quería. Considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja con SelectHealth. Si SelectHealth está de acuerdo con su médico, puede solicitar una audiencia imparcial estatal.
- La decisión que reciba del oficial de la audiencia imparcial será definitiva.

Si van a reducir, suspender o restringir los servicios que ahora recibe, puede optar por solicitar que los servicios que su médico ordenó continúen mientras espera que se decida su caso. Debe solicitar una audiencia imparcial en **un plazo de 10 días** a partir de la fecha del aviso que indique que su atención cambiará o en la fecha en que la acción se llevará a cabo. Sin embargo, si usted elige solicitar la continuación de los servicios y la audiencia imparcial decide en su contra, es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios recibidos mientras esperaba una decisión.

Puede solicitar la Audiencia imparcial de las siguientes maneras:

1. por teléfono, llamando al número gratuito 800-342-3334
2. por fax al 518-473-6735
3. por internet en, <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>
4. por correo:

Fair Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que SelectHealth tomó, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencia**. Esta es información que utilizamos para tomar nuestra decisión sobre su atención. El plan nos proporcionará esta información para que el oficial de la audiencia explique nuestra acción. Si no hay suficiente tiempo para enviársela por correo postal, le traeremos una copia del paquete de evidencia en la audiencia. Si no obtiene su paquete de evidencia una semana antes de la misma, puede llamar al 1-866-469-7774 para solicitarlo.

Recuerde que puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al llamar al 1-800-206-8125. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo la atención en la misma forma mientras espera su audiencia imparcial. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

PROCESO DE RECLAMOS

Reclamos:

Esperamos que nuestro plan de salud le brinde los servicios que necesita. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios del afiliado. La mayoría de problemas se puede solucionar de inmediato. Si tiene un problema o una disputa debido a su atención o los servicios, puede presentar un reclamo al plan. Los problemas que no se resuelven inmediatamente por teléfono y cualquier reclamo que llega por correo se manejarán de acuerdo con los procedimientos de reclamo que se describen a continuación.

Puede pedirle a alguien de su confianza (como un representante legal, un familiar o amigo) que presente el reclamo en su nombre. Podemos ayudarle si necesita nuestra ayuda por una deficiencia auditiva o de la vista, o si necesita servicios de traducción o ayuda para presentar los formularios. No complicaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida en su contra si presenta un reclamo.

Usted también tiene el derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su reclamo llamando al 1-800-206-8125 o escribir a:

NYS Department of Health, Division of Health Plan Contracting and Oversight
Bureau of Consumer Services
ESP Corning Tower Room 2019
Albany, NY 12237

También puede comunicarse con su Departamento de Servicios Sociales local con relación a su reclamo en cualquier momento. Además, puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736, si su reclamo se refiere a un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo con nuestro plan:

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Si nos llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le llamaremos a la mañana siguiente. Le informaremos si necesitamos información para tomar una decisión. Puede escribirnos con su reclamo o llamar al número de Servicios del afiliado y solicitar un formulario de reclamo. Este debe enviarlo por correo a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
PO BOX 445
Elmsford, NY 10523

¿Qué sucede después?

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

- quién está trabajando en su reclamo,
- cómo comunicarse con esta persona, y
- si necesitamos más información.

Su reclamo lo revisarán una o más personas calificadas. Si su reclamo se refiere a cuestiones clínicas, su caso lo revisarán uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después de que revisemos su reclamo:

- Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir de cuando tengamos toda la información necesaria para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras a más tardar 60 días después de que recibamos su reclamo. Le escribiremos para informarle los motivos de nuestra decisión.
- Si una demora podría poner en riesgo su salud, lo llamaremos para informarle nuestra decisión en un plazo de 24 horas a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras a más tardar 7 días después de la fecha en que recibamos su reclamo. Le llamaremos para informarle sobre nuestra decisión o intentaremos comunicarnos con usted para informarle. Recibirá una carta de seguimiento a nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Le explicaremos cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos cualquier formulario que necesite.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para hacérselo saber.

Apelaciones de reclamos

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su reclamo, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación de reclamo** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de un reclamo:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días hábiles después de conocer nuestra decisión para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que la presente por usted.
- La apelación debe hacerse por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe tener seguimiento por escrito. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el documento y devolverlo. Puede hacer todos los cambios necesarios antes de devolvernos el formulario.

Qué sucede después de que recibamos su apelación del reclamo:

Después de recibir su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le indicará:

- quién está trabajando en la apelación de su reclamo,
- cómo comunicarse con esta persona, y
- si necesitamos más información.

Su apelación del reclamo la revisarán una o más personas calificadas que están en un nivel más alto que las personas que tomaron la primera decisión de su reclamo. Si su apelación del reclamo involucra temas clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de salud calificados, con al menos un revisor clínico profesional, que no estuvieron involucrados en tomar la primera decisión de su reclamo.

Después de obtener toda la información que necesitemos, conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si un atraso podría poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en dos días hábiles a partir de cuando tengamos toda la información que necesitemos para tomar la decisión de la apelación.

Le informaremos los motivos de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde. Si aún no está satisfecho, usted o alguien en su nombre pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Sus derechos

Como afiliado de SelectHealth, tiene derecho a:

- ser tratado con respeto, sin importar su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual,
- que se le informe en dónde y cómo obtener los servicios que necesita de SelectHealth,
- que su PCP le informe, en el idioma que usted entiende, qué está mal, qué se puede hacer por usted y cuál es el resultado probable,
- obtener una segunda opinión sobre su atención,

- dar su aprobación a cualquier tratamiento o plan para su atención después de que le hayan explicado el plan por completo,
- rechazar la atención médica y que le expliquen los riesgos que conlleva dicho rechazo,
- rechazar la inscripción en Health Home y que le expliquen cómo puede recibir sus necesidades de atención de salud física y conductual sin tener un Administrador de la atención Health Home,
- obtener una copia de su expediente médico y hablar de ello con su PCP; y si fuera necesario, solicitar que se enmiende o corrija su expediente médico,
- asegurarse de que su expediente médico sea privado y no se comparta con nadie, excepto según lo requiera la ley, un contrato o con su autorización,
- utilizar el sistema de reclamos de SelectHealth para resolver cualquier reclamo, o a presentar su reclamo al Departamento de Salud del Estado de Nueva York o al Departamento de Servicios Sociales local, en cualquier momento que considere que no se le trató de forma justa,
- utilizar el sistema de Audiencias imparciales del estado,
- nombrar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre, si usted no puede hablar por sí mismo, acerca de su cuidado y tratamiento, y
- recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como afiliado de SelectHealth, usted acepta:

- trabajar con su equipo de atención para proteger y mejorar su salud,
- averiguar cómo funciona su sistema de atención médica,
- escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas,
- llamar o visitar nuevamente a su PCP si no mejora, o solicitar una segunda opinión,
- tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera que lo traten,
- avisarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Llamar a servicios del afiliado,
- asistir a sus citas. Si necesita cancelar, llame lo más pronto posible,
- usar la sala de emergencias solo para verdaderas emergencias, y
- llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aun fuera del horario normal de atención.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Puede haber un momento en el que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificar de forma anticipada, puede hacer los arreglos ahora para que se lleven a cabo sus deseos. En primer lugar, informe a su familia, amigos y a su médico qué tipo de tratamiento desea o cuál no desea. Segundo, puede nombrar a un adulto de confianza para que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas a usted, de manera que sepan qué es lo que desea. Tercero, es mejor si transmite sus ideas por escrito. Los documentos siguientes pueden ayudarle. No tiene que contratar a un abogado, pero es

posible que desee hablar con uno sobre este tema. Puede cambiar de opinión y reemplazar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender o a obtener estos documentos. Estos documentos no cambian su derecho a obtener beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que usted quiere si usted no puede expresarlo por su cuenta.

Poder para la atención médica: con este documento, nombra a otro adulto de su confianza (por lo general un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted quiere.

CPR y DNR: tiene el derecho de decidir si quiere un tratamiento especial o de emergencia para reiniciar su corazón o pulmones si deja de respirar o se detiene la circulación. Si no desea ningún tratamiento especial, inclusive la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe informar sus deseos por escrito. Su PCP le dará una orden de No resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) para su expediente médico. También puede obtener un formulario de DNR para llevarlo consigo o un brazalete para llevarlo puesto, de manera que un proveedor de atención médica de emergencia sepa cuáles son sus deseos.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Su PCP.....	_____
VNSNY CHOICE SelectHealth	
Servicios del afiliado 1-866-469-7774	(TTY: 711)
Su sala de emergencias más cercana	_____
Departamento de Salud de Nueva York (Reclamos)	1-800-206-8125
Servicios Sociales del Condado	_____
Información sobre Atención controlada de Medicaid en el Estado de Nueva York	
New York Medicaid Choice.....	1-800-505-5678
Línea directa de VIH/SIDA del Estado de Nueva York	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Línea directa de VIH/SIDA de la Ciudad de Nueva York (inglés y español)	1-800-TALK-HIV (8255-448)
Programas de atención relacionada con el VIH para personas sin seguro.....	1-800-542-AIDS (2437)
TDD.....	Retransmisión, luego 1-518-459-0121
Child Health Plus	1-855-693-6765
- Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños	
Programa PartNerAssistance.....	1-800-541-AIDS (2437)
- En la Ciudad de Nueva York (CNAP)	1-212-693-1419
Administración del Seguro Social.....	1-800-772-1213
Servicio de información sobre ensayos clínicos contra el SIDA (ACTIS)	1-800-874-2572
Línea directa para temas de violencia doméstica del Estado de Nueva York.....	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Personas con deficiencia auditiva.....	1-800-810-7444
Línea de información sobre la Ley para estadounidenses con discapacidades (ADA).....	1-800-514-0301
TDD	1-800-514-0383
Farmacia local	_____
Otros proveedores de atención médica.....	_____

SITIOS WEB IMPORTANTES

SelectHealth

www.vnsnychoice.org/selecthealth

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

www.nyhealth.gov

Información de VIH/SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York

www.health.ny.gov/diseases/aids/index.htm

Programas de atención relacionada con el VIH para personas sin seguro en el Estado de Nueva York

<http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

Directorio de recursos de pruebas de detección del VIH

www.health.ny.gov/diseases/aids/testing/sites.htm

NYC DOHMH

www.nyc.gov/html/doh/html/home/home.shtml

Información de VIH/SIDA del DOHMH del Departamento de Nueva York

<http://www.nyc.gov/html/doh/html/living/std-hiv.shtml>



CHOICESM
Health Plans

¿Tiene alguna pregunta? Llame gratis al ?

1-866-469-7774 -

TTY: 711 -

8 am to 6 pm, de lunes a viernes -

1250 Broadway, 11th Floor, New York, NY 10001

www.vnsnychoice.org/selecthealth