

# ***Child Health Plus***

***Spanish/Español***





May 1, 2015

Estimado(a) Mr./Ms. LOUIE SAMPLE:

Bienvenido a MetroPlus Health Plan, su elección para recibir atención de calidad.

Adjunto a esta carta sírvase encontrar su Folleto de Bienvenida de MetroPlus. Por favor tome tiempo de leer este folleto; contiene información importante acerca de los beneficios de su Plan de Salud.

Si aún no ha recibido su Tarjeta de Identificación de Miembro de MetroPlus, llame al Departamento de Atención al Cliente de inmediato al **1-800-303-9626**. Por favor siempre lleve consigo su Tarjeta de ID de Miembro. **La necesitará para ver a su doctor para recibir atención médica al igual que para recibir cuidado dental o si necesita surtir una receta en la farmacia.**

**La Tarjeta de ID de Miembro los identifica a usted y a su familia como miembros MetroPlus con vigencia hasta el 05/14/2015.**

Revise su Tarjeta de Identificación de Miembro detenidamente ya que contiene información importante acerca de su cobertura y la fecha de vigencia del Plan. El Proveedor de Cabecera que usted escogió también se encuentra impreso en la Tarjeta de Identificación de Miembro. Si usted no ha escogido un Proveedor de Cabecera o desea cambiar de Proveedor de Cabecera, llame al Departamento de Atención al Cliente. Es muy importante que haga una cita con su Proveedor de Cabecera para hacerse un examen físico inicial de referencia (un chequeo) lo antes posible. Esto permitirá que su Proveedor de Cabecera le brinde la mejor atención médica posible.

Su Directorio de Proveedores actual está disponible en nuestro sitio web ([www.metroplus.org](http://www.metroplus.org)), en donde usted podrá fácilmente descargar y/o imprimir una copia o búsqueda de proveedores por categoría, ubicación, idiomas hablados y más. Se pueden hacer solicitudes de copias en formato impreso en nuestro sitio web o llamando al Departamento de Atención al Cliente.

Nuestro Departamento de Atención al Cliente está para ayudarle. Nuestro número de teléfono es el **1-800-303-9626**. Podemos hablar con usted en casi cualquier idioma. Por favor llámenos en cuanto reciba esta carta. Nosotros le ayudaremos a:

- Informarse sobre las orientaciones completas para miembros. La orientación le ayudará a aprender a usar el Plan para aprovechar al máximo los beneficios de MetroPlus.
- Escoger un Proveedor de Cabecera si todavía no lo ha hecho.
- Hacer una cita con su Proveedor de Cabecera.

Dentro del Folleto de Bienvenida adjunto encontrará un Formulario para Evaluar su Salud. Por favor complete **uno** para los miembros de MetroPlus de su hogar y devuélvalo dentro del sobre pre-dirigido con franqueo pagado. Si hay más de un miembro en su hogar sólo necesita completar **un formulario**, simplemente **incluya a todos los miembros de MetroPlus en su hogar en el formulario.**

Usted puede leer más acerca de MetroPlus en el Folleto de Bienvenida adjunto o al visitar nuestra página en internet, [www.metroplus.org](http://www.metroplus.org). Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente de lunes a sábado 8am - 8pm. Si tiene una emergencia médica fuera de este horario o durante el fin de semana, nuestra línea directa las 24 horas es el **1-800-442-2560**. Si padece de algún impedimento de audición, favor de llamar a nuestro número TDD: **1-800-881-2812**.

Gracias de nuevo por haber solicitado a MetroPlus Health Plan. Será un placer servirle.

Atentamente,

MetroPlus Health Plan



**MetroPlus Health Plan**  
**Guia de Referencia Rápida**

MetroPlus Dept. de Servicios a Miembros	1-800-303-9626
MetroPlus 24 - Horas (Linea Caliente)	1-800-442-2560
MetroPlus TDD (Problemas Auditivos)	1-800-881-2812
Sitio Web	<a href="http://www.metroplus.org">www.metroplus.org</a>

---

---

**¿Qué es una Emergencia?**

Ejemplos incluyen:

Huesos rotos, problemas respiratorios, ataques, sangrados incontenibles, sobredosis de medicamentos, perdida de conocimiento, parálisis, dolor en el pecho, ataque al corazón, apoplejia. Si está embarazada: sangrando vaginal, dolor abdominal severo, rompe fuente.

**Qué hacer:** llame al 911 ó ir a la sala de Emergencia más cercana de inmediato.

**¿Qué es un problema urgente?**

**Ejemplos Incluyen:**

Un problema serio de salud que no requiere atención médica de la sala de Emergencia: gripe, dolor de cabeza, irritación de garganta.

**¿Qué hacer?** Llame a la oficina de su Médico Primario Lunes a Viernes de 8:30a.m. a 5:30p.m. A cualquier otra hora llame al teléfono de la linea caliente arriba indicado.

(MetroPlus Plan está operado por la Corporación de Hospitales de la Ciudad de New York)





**NEW MEMBER HEALTH ASSESSMENT FORM**

**Welcome:** Please, complete this form and return it in the enclosed envelope. The information is confidential and will be used only by the plan, by your PCP to learn what your medical needs are and to send you health education materials. If you have a child 2 years or less we are enclosing an immunization card that you can use to help you keep track of your child's immunizations.

To help us reach you, please let us know if there are any changes in your address or telephone number.

**You can reach us @ 1-800-303-9626. We look forward to helping you stay healthy.**

Name:		Best Phone number to reach you at and Second Contact #:				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<b>MetroPlus Member Information</b> (Please answer questions for each member)							
<b>Member Name(s): →</b>	Member 1.		Member 2.		Member 3.		Member 4
<b>SS #(s) or Medicaid#(s) or Alternate ID # →</b>							
<b>PCP name or Site</b>							
<b>1. Does anyone in your family (covered by MetroPlus) have a hearing or seeing problem?</b>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
<b>2. In the last 6 months have you or your child been hospitalized or visited the ER?</b>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
<b>3. Do the above noted members have any of the following conditions or problems? (Please answer questions for each member)</b>							
<b>Asthma or Problems Breathing</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Cancer</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Liver Disease</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Bruises/ Bleeds easily (Sickle Cell Anemia)</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Cholesterol Problem</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Overweight</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>HIV/AIDS</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Heart Problems or High Blood Pressure</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Thyroid Problem</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Seizures (Fits or Convulsions)</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Domestic Violence</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Depression</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Smoke/ Tobacco Use</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Drug or Alcohol Use</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Disabilities:</b>							
<b>Vision Loss/ Eye Problem (Glaucoma or Other)</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Physically Handicapped</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>Developmental Disability</b>	Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>
<b>List any other problem or condition not listed</b>	Other: _____		Other: _____		Other: _____		Other: _____
<b>4. Are any of the MetroPlus members listed above pregnant? Name: _____ Due Date: _____</b>	Yes <input type="checkbox"/>						No <input type="checkbox"/>
<b>5. Do you need or would you like information about immunizations? (shots, vaccinations)</b>	Yes <input type="checkbox"/>						No <input type="checkbox"/>
<b>6. Have any of the MetroPlus members, noted above, seen a doctor yet?</b>	Yes <input type="checkbox"/>						No <input type="checkbox"/>
<b>7. Will any of the MetroPlus members need to have a prescription filled or refilled in the next month?</b>	Yes <input type="checkbox"/>						No <input type="checkbox"/>
<b>8. In what language would you like to receive information? English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Other _____</b>							

**Bienvenidos:** Por favor, conteste a las siguientes preguntas y envíe este formulario en el sobre adjunto. La información que nos proporcione es confidencial y será usada sólo por el plan y por su médico de cabecera para conocer sus necesidades con respecto a su salud y para enviarle información referente a la salud. Para aquellas personas que tengan hijos que hayan cumplido o que sean menores de 2 años, hemos incluido una tarjeta de inmunizaciones que podrá utilizar para controlar las inmunizaciones que reciba su hijo(a).

A fin de que podamos comunicarnos sin inconvenientes, recuerde informarnos sus cambios de dirección o número telefónico.

**Comuníquese con nosotros llamando al 1-800-303-9626. Esperamos poder ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables.**

Nombre:		Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted y segundo número de contacto:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Información sobre el miembro de MetroPlus</b> (conteste a las preguntas correspondientes a cada miembro)					
Nombre del miembro	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4	
N° de SS o N° Medicaid o ID alternativa					
Establecimiento o nombre del médico de cabecera (PCP)					
1. ¿Alguna persona de su familia (con cobertura de MetroPlus) tiene problemas de audición o de la vista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Durante los últimos 6 meses, ¿usted o su hijo(a) fueron hospitalizados o visitaron la sala de emergencias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Usted o alguno de los miembros antes mencionados padece alguna de las siguientes enfermedades o problemas? (Conteste a las preguntas correspondientes a cada miembro)					
Asma o problemas respiratorios	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Enfermedades del hígado	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Moretones/Sangra con facilidad (Anemia drepanocítica)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Problemas de colesterol	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Sobrepeso	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
VIH/SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Enfermedades cardíacas o presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Convulsiones o ataques	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Tabaquismo (fumar o consumir tabaco)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Consumo de drogas o alcohol	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
<b>Incapacidades:</b>					
Problemas en los ojos / pérdida de la visión (glaucoma u otra enfermedad)	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Discapacidades físicas	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Discapacidades de crecimiento	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Indique cualquier otro problema o enfermedad no mencionada	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	
4. ¿Alguna de las mujeres miembro de MetroPlus mencionada anteriormente está embarazada? Nombre: _____ Fecha de parto: _____	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Necesita o le gustaría recibir información sobre los planes de inmunización o vacunación?	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Alguno de los miembros de MetroPlus mencionados anteriormente ya ha consultado a un médico?	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	
7. ¿Alguno de los miembros de MetroPlus mencionados anteriormente necesitará que le completen por primera o segunda vez una receta durante el próximo mes?	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	
8. ¿En que idioma prefiere usted recibir la información? Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Otro _____					



Estimado Miembro de Child Health Plus (CHPlus):

Por favor lea la información **IMPORTANTE** a continuación acerca de su cobertura dental. Esta información sustituye la información en la página **19** de este folleto.

Servicios Cubiertos por MetroPlus Health Plan

Beneficio Dental

MetroPlus Health Plan cree que proveerle buena atención dental es importante para su cuidado de salud en general. Ofrecemos atención dental por medio de un contrato con HealthPlex quienes son expertos en proveer servicios dentales de alta calidad. Los servicios dentro de la cobertura incluyen servicios regulares y de rutina tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, rayos x, empastes y otros servicios para revisar si hay cambios o irregularidades por los cuales usted podría requerir tratamiento y/o atención de seguimiento. *¡No necesita que su médico de cabecera lo refiera a un dentista!*

### **Cómo acceder a los servicios dentales:**

MetroPlus utiliza HealthPlex para proveer servicios dentales. HealthPlex cuenta con dentistas participantes que se especializan en odontología general, odontología pediátrica, cirugía oral y gingivitis. Llame a HealthPlex al 1-888-468-2189 para escoger un dentista de cabecera. Usted encontrará una lista de los dentistas participantes en su Directorio de Proveedores, en nuestra página en internet [www.MetroPlus.org](http://www.MetroPlus.org), o puede conseguir una lista a solicitud llamando al Departamento de Atención al Cliente MetroPlus al 1-800-303-9626. Usted siempre podrá cambiar de dentista. Llame a su dentista actual para preguntarle si participa en la red de HealthPlex.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, por favor llame a HealthPlex al 1-888-468-2189 o al Plan de Salud MetroPlus al 1-800-303-9626. Los Representantes de Servicios al Miembro están para servirle. Muchos de ellos hablan su idioma.
- Muestre su tarjeta de identificación (ID) de Miembro para acceder a los beneficios dentales. Usted no recibirá una tarjeta de identificación por separado. Cuando vaya al dentista, usted debe mostrar su tarjeta de identificación (ID) del plan.
- También puede ir a una clínica dental administrada por un centro dental académico sin necesitar un referimiento. Llame a la Línea Directa del Estado de Nueva York al 800-541-2831 y ellos le mandarán una lista de “dentistas en su comunidad.”





# **Child Health Plus**

## **Contrato del suscriptor**

Gracias por escoger el MetroPlus Health Plan. Este folleto contiene su Contrato de Child Health Plus con MetroPlus Health Plan e información adicional acerca del Plan que le ayudarán a aprovechar al máximo sus beneficios con Child Health Plus. Por favor, tome tiempo para leerlo detenidamente.

### **SU CONTRATO DE SUSCRIPTOR CHILD HEALTH PLUS DE METROPLUS HEALTH PLAN**

La PARTE I de este folleto es su Contrato de Child Health Plus con MetroPlus Health Plan. Éste le da derecho a los beneficios establecidos en el Contrato. La cobertura comienza a partir de la fecha de vigencia indicada en su tarjeta de identidad. Este Contrato continuará a menos que sea suspendido por cualquiera de los motivos expuestos en el Contrato.

#### **Aviso de su derecho a examinar el Contrato por 10 días**

Usted tiene derecho a devolver este Contrato. Examínelo detenidamente. Puede devolverlo y pedimos que lo cancelemos. Su solicitud debe hacerse por escrito en un lapso de diez (10) días a partir de la fecha de haber recibido este Contrato. Nosotros le reembolsaremos el monto de la prima que haya pagado. Si devuelve este contrato, nosotros no le daremos ningún beneficio.

#### **AVISO IMPORTANTE:**

Conforme al presente Contrato, todos los servicios cubiertos deben ser brindados, coordinados o autorizados por su médico de cabecera. Usted debe contactar a su médico de cabecera con antelación para poder recibir los beneficios, salvo en casos de atención de emergencia detallados en la Sección Siete, ciertas atenciones de obstetricia y ginecología detalladas en la Sección Cuatro, y de atención de la vista y dental detallados en la Sección Seis de este Contrato.

## **Actualización de Beneficios del Contrato de Subscriptor CHPlus**

### **Servicios de Hospicio:**

El hospicio proporciona cuidado paliativo y de apoyo que se enfoca en el manejo del dolor y los síntomas relacionados con enfermedades terminales y condiciones afines. Pagaremos por los servicios curativos y de apoyo médicamente necesarios que están incluidos en el paquete de beneficios para niños hasta la edad de 21 años que están recibiendo cuidados para enfermos terminales y que han sido certificados por un doctor como enfermos terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos; sin importar la situación en la que son prestados estos servicios.

MetroPlus cubrirá el cuidado paliativo y de apoyo proporcionado a niños que cumplen con las necesidades especiales que surgen del estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se experimentan durante las etapas finales de la enfermedad y durante el fallecimiento y duelo. Adicionalmente, los miembros de la familia son elegibles para hasta cinco visitas de asesoramiento por duelo.

La Sección 2302 de la Ley de Cuidados Asequibles titulada “Cuidados Concurrentes para Niños”, modifica las secciones 1905(o)(1) y 2110(a)(23) de la Ley del Seguro Social eliminando la prohibición que los niños elegibles para el Programa de Seguro de Salud para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) renuncien a recibir tratamiento curativo para una enfermedad terminal en el momento de solicitar el beneficio de hospicio. La nueva disposición requiere que los estados hagan que los servicios de hospicio estén disponibles para los niños sin renunciar a ningún otro servicio al que el niño tenga derecho bajo el CHIP para el tratamiento de la condición terminal.

Los programas de servicio de hospicio deben ser certificados bajo el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Todos los servicios deben ser proporcionados por empleados y voluntarios calificados del programa de hospicio o por personal calificado a través de arreglos contractuales al grado permitido por los requisitos federales y estatales.

**Trastorno del Espectro Autista.** Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios cuando estos los prescribe u ordena un médico colegiado de la red participante o un psicólogo colegiado y que sea determinado por nosotros que son Medicamente Necesarios para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista. Para efectos de esta [sección], “trastorno del espectro autista” se refiere a cualquier trastorno del desarrollo generalizado definido en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para el momento en que se prestan los servicios, incluidos el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno disociativo de la infancia y trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra forma (PDD-NOS).

**1. Evaluación y diagnóstico.** Ofrecemos cobertura para valoraciones, evaluaciones y pruebas que determinen si alguna persona tiene trastorno del espectro autista.

**2. Dispositivos de comunicación asistida.** Cubrimos una evaluación formal realizada por un patólogo del habla y el lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de comunicación asistida. Basados en una evaluación formal, brindamos cobertura para el alquiler o compra de dispositivos de comunicación asistida cuando un médico colegiado o psicólogo colegiado los ordene o prescriba para socios que no pueden comunicarse a través de medios normales (es decir, forma oral o escrita) en caso de que la evaluación indique que hay posibilidades de que el dispositivo de comunicación asistida ayude al socio a mejorar la comunicación. Ejemplos de dispositivos de comunicación asistida incluyen tableros de comunicación y dispositivos generadores de voz. Nuestra cobertura se limita a dispositivos dedicados, solo cubrimos los dispositivos que generalmente no son útiles para una persona que no tenga discapacidad en la comunicación. Determinaremos si el dispositivo debe alquilarse o comprarse. No cubrimos artículos tales como, pero sin limitarse a, computadoras portátiles, computadoras de escritorio o tabletas. Sin embargo, cubrimos programas y/o aplicaciones que permitan que una computadora portátil, computadora de escritorio o tableta funcione como un dispositivo generador de voz. La instalación del programa y/o soporte técnico no se reembolsa por separado. La reparación y el reemplazo de dichos dispositivos se cubren cuando sea necesario debido al uso y desgaste. La reparación y el reemplazo necesarios debido a pérdida o daño causado por el uso indebido, maltrato o robo no se cubren; sin embargo, cubrimos un reemplazo o reparación por tipo de dispositivo que se requiera debido a asuntos de conducta. Se brinda cobertura para el dispositivo que sea más apropiado para el nivel funcional actual del socio. No se ofrece cobertura para el costo adicional del equipo o accesorios que no son Medicamente Necesarios. No se cubren los cargos de envío o servicio o mantenimiento de rutina. Se requiere la aprobación previa del dispositivo de comunicación asistida. Consulte en su Contrato los procedimientos para la aprobación previa.

**3. Tratamiento de salud conductual.** Ofrecemos cobertura para programas de asesoría y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, las capacidades de un individuo. Brindamos dicha cobertura cuando un proveedor colegiado facilite dichos programas. Ofrecemos cobertura para el análisis de la conducta aplicada cuando lo facilite un analista conductual certificado de conformidad con la Junta de Certificación de Analistas de la Conducta o un individuo que sea supervisado por dicho analista certificado de la conducta y que esté sujeto a los estándares de los reglamentos promulgados por el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York en consulta con los Departamentos de Salud y Educación de Nueva York. El “análisis de conducta aplicada” se refiere al diseño, implementación y

evaluación de las modificaciones ambientales, mediante el estímulo y consecuencias conductuales, para producir mejoramiento significativo social en la conducta humana, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de la relación entre el ambiente y la conducta. El programa de tratamiento debe describir las metas medibles que aborden la condición y las discapacidades funcionales para las cuales se aplica la intervención e incluye metas de una valoración inicial y evaluaciones intermedias posteriores en el transcurso de la intervención en términos medibles y objetivos. Nuestra cobertura de los servicios de análisis de conducta aplicada está limitada a 680 horas por Socio por Año Calendario.

**4. Atención psiquiátrica y psicológica.** Ofrecemos cobertura para servicios de asesoría facilitados por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico certificados que estén registrados en el estado en el que ejercen su profesión.

**5. Atención terapéutica.** Ofrecemos cobertura para los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, las capacidades de un individuo cuando dichos servicios sean prestados por terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales certificados o autorizados para tratar el trastorno del espectro autista y cuando esos servicios prestados por dichos proveedores sean cubiertos de otro modo según el presente Contrato. Salvo que la ley lo prohíba, los servicios prestados conforme a este párrafo deberán incluirse en cualquier total de visita máxima aplicable a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales según este Contrato.

**6. Atención farmacéutica.** Ofrecemos cobertura para los medicamentos prescritos para tratar el trastorno del espectro autista que sean ordenados por un proveedor legalmente autorizado para recetar de conformidad con el título ocho de la Ley de Educación. Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones y limitaciones que apliquen a los beneficios de medicamentos recetados según lo establecido en su Contrato. No brindamos cobertura para los servicios o el tratamiento descritos anteriormente si dichos servicios o tratamiento se ofrecen conforme a un plan de educación individual según la Ley de Educación.

## **Necesidades de equipo y suministros para ostomía CHPlus**

**Vigente el 1° de mayo de 2015**

Pagamos por el equipo y los suministros para ostomía prescritos por un proveedor de atención médica colegiado legalmente autorizado para prescribir de conformidad con el título ocho de la Ley de Educación.

## ÍNDICE

### **PARTE I SU CONTRATO DE SUSCRIPTOR**

Sección 1	Introducción	3
Sección 2	Quién recibe cobertura	6
Sección 3	Beneficios hospitalarios	7
Sección 4	Servicios médicos	10
Sección 5	Atención de emergencia	13
Sección 6	Servicios para la salud mental y servicios para trastornos por uso de sustancias	14
Sección 7	Otros servicios cubiertos	15
Sección 8	Información adicional acerca del funcionamiento de este Plan	22
Sección 9	Limitaciones y exclusiones	24
Sección 10	Primas para el presente Contrato	27
Sección 11	Suspensión de la cobertura	28
Sección 12	Acciones y reclamos	30
Sección 13	Disposiciones generales	37

### **PARTE II INFORMACIÓN DE METROPLUS Y SERVICIOS ESPECIALES**

A	Acerca de MetroPlus Health Plan	39
B	Comenzar con MetroPlus	39
C	Responsabilidades del miembro	40
D	Atención de emergencia y de urgencia	41
E	Cómo obtener atención en situaciones especiales	42
F	Revisión de Utilización	43
G	Cómo recibir ayuda de Servicios a Miembros	45
H	Ayuda para miembros que no hablan inglés y para aquellos que tienen discapacidades auditivas o de la vista	46
I	Prevención contra el fraude	46
J	Departamento de conducta médica profesional	47
K	Sugerencias de miembros sobre procedimientos y políticas	47
L	Cómo se le paga al proveedor	47
M	Información adicional disponible a su petición	47
N	Declaración de los derechos de miembros de MetroPlus	48





**PARTE I**  
**SU CONTRATO DE SUSCRIPTOR**

**SECCIÓN UNO - INTRODUCCIÓN**

1. **Programa Child Health Plus.** Este contrato ha sido redactado conforme a un programa especial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, por sus siglas en ingles) diseñado para brindar cobertura de seguro médico subsidiada para niños sin seguro en el estado de Nueva York. MetroPlus Health Plan lo inscribirá en el programa Child Health Plus si usted reúne los requisitos detallados por el Estado de Nueva York y usted tendrá derecho a recibir los servicios de atención médica detallados en este Contrato. Usted y/o el adulto encargado, como se indique en la solicitud, debe(n) notificarnos de cualquier cambio de circunstancias, tal como un cambio de residencia, ingresos u otro seguro médico que lo pudieran descalificar para participar en Child Health Plus dentro de un lapso de 60 días a partir de tal cambio.
  
2. **Atención médica a través de una “HMO”.** Este Contrato brinda cobertura a través de MetroPlus Health Plan, el cual es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés). En una HMO, toda atención debe ser médicamente necesaria y brindada, coordinada o autorizada por su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés). Con excepción de los servicios de emergencia, ciertos servicios de obstetricia y ginecología, atención de la vista y atención dental, no se cubren las atenciones que reciba sin la aprobación de su médico de cabecera. Además, la cobertura sólo aplica cuando la atención médica la presta un Proveedor Participante, salvo en una emergencia o cuando su médico de cabecera lo envía a un Proveedor No Participante con la aprobación de MetroPlus.

**Cómo escoger a un médico de cabecera (PCP).** Es su responsabilidad escoger a un médico de cabecera de la lista de médicos de cabecera de MetroPlus Health Plan cuando se inscribe para recibir esta cobertura. La lista incluye un número de teléfono para llamar y saber si tal médico está aceptando a pacientes nuevos. Usted puede cambiar de médico de cabecera al llamar gratuitamente a Servicios a Miembros de MetroPlus al **1-800-303-9626**. A lo largo de este Contrato, las palabras “su PCP” se usarán para referirse al médico de cabecera que haya escogido.

3. **Las palabras que usamos.** A lo largo de este Contrato, las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a(s)” se usarán para referirse a MetroPlus Health Plan. Las palabras “usted”, “su(s)” y “suyo/a(s)” se refieren a usted, el niño o la niña para quien este Contrato fue redactado y cuyo nombre se encuentra en la tarjeta de identidad.
4. **Definiciones.** Las siguientes definiciones aplicarán a este Contrato:
- A. **Contrato** se refiere a este documento. Éste constituye el acuerdo legal entre usted y nosotros. Guarde este Contrato con sus documentos importantes para que esté a su disposición cuando quiera consultarlo.
- B. **Afección de Emergencia** se refiere a una afección médica o del comportamiento, cuya aparición es repentina y que se manifiesta a través de síntomas de bastante gravedad, incluyendo dolor severo, de la cual una persona prudente no especializada, poseyente de un conocimiento regular de medicina y salud, podría de manera razonable esperar que por falta de atención médica inmediata resulte en (A) arriesgar gravemente la salud de la persona afligida por dicha afección, o en el caso de una afección del comportamiento, arriesgar gravemente la salud de dicha persona o la de los demás, o (B) un perjuicio grave de las funciones fisiológicas de dicha persona; o (C) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o (D) una desfiguración grave de dicha persona.
- C. **Servicios de Emergencia** se refiere a los servicios brindados por médicos y a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que son necesarios para el tratamiento de una Afección de Emergencia.
- D. **Hospital** se refiere a un hospital general, de atenciones intensivas a corto plazo que:
- se encargue principalmente de proveer a pacientes internados, por medio de o bajo la supervisión continua de médicos, servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para diagnosticar, tratar y atender a personas lesionadas o enfermas;
  - cuente con departamentos organizados de medicina y cirugía mayor;

- requiera que todo paciente esté bajo la atención de un médico o dentista;
- brinde servicios de enfermeras las 24 horas por medio de o bajo la supervisión de una enfermera registrada profesional (R.N., por sus siglas en inglés);
- si está ubicado en el Estado de Nueva York, cuente con un plan vigente de revisión hospitalaria pertinente a todos los pacientes, el cual por lo menos cumpla con las normas establecidas en la Sección 1861 (k) de las Leyes Públicas de los Estados Unidos 89-97 (42 USCA 1395x[k]);
- esté debidamente autorizado por la entidad responsable de autorizar dichos hospitales; y
- no sea, a no ser por casualidad, un lugar de reposo, un lugar principalmente para el tratamiento de tuberculosis, un lugar para personas de la tercera edad, un lugar para drogadictos, alcohólicos o un lugar de servicios para convalecientes, prisioneros, de educación o rehabilitación.

E. **Medicamento Necesario** aplica a aquellos servicios y artículos que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en la persona que causan sufrimiento intenso, ponen la vida en peligro, resultan en enfermedad o dolencia, afectan la capacidad de dicha persona para realizar actividades normales o ponen en riesgo alguna discapacidad importante. Estos servicios deben (1) concordar con los síntomas o el diagnóstico y el tratamiento de la afección, enfermedad, dolencia o lesión del miembro; (2) ser adecuados respecto a las normas de buena práctica médica como se reconoce y acepta en la comunidad médica; (3) no ser solamente por la conveniencia del miembro, su proveedor, contratista u otro proveedor de atención médica; y (4) en el caso de servicios para pacientes internados, Medicamento Necesario también significa que las atenciones seguras y adecuadas no se podrían haber administrado tan debidamente en una situación de paciente ambulatorio o de tratamiento menos intensivo.

F. **Hospital Participante** se refiere a un Hospital autorizado conforme a un acuerdo con nosotros para brindar los servicios de cobertura a nuestros miembros.

- G. **Farmacia Participante** se refiere a una farmacia autorizada conforme a un acuerdo con nosotros para brindar los servicios de cobertura a nuestros miembros.
- H. **Médico Participante** se refiere a un médico autorizado conforme a un acuerdo con nosotros para brindar los servicios de cobertura a nuestros miembros.
- I. **Proveedor Participante** se refiere a cualquier Médico Participante, dentista u otro profesional autorizado de atención médica, Hospital, organismo de atención de la salud en el hogar, laboratorio, farmacia, u otra entidad autorizada conforme a un acuerdo con nosotros para brindar los servicios de cobertura a nuestros miembros.
- J. **Proveedor No Participante** se refiere a un proveedor que no está autorizado conforme a un acuerdo con nosotros para brindar los servicios de cobertura a nuestros miembros. No pagaremos por servicios médicos brindados por un Proveedor No Participante, salvo en caso de emergencia o cuando su médico de cabecera (PCP) lo envíe a dicho Proveedor No Participante con nuestra aprobación.
- K. **Prima** se refiere al dinero que se paga por la cobertura del seguro médico. El Estado de Nueva York pagará toda o parte de su prima; usted tal vez tenga que contribuir con parte del pago, dependiendo de sus ingresos. (Consulte la Sección 9 para información adicional).
- L. **Médico de Cabecera ("PCP")** se refiere al Proveedor Participante (médico o enfermera médica) que usted escoge cuando se inscribe, o al cual se cambia a partir de su fecha de inscripción, de acuerdo a nuestras reglas, y quien brinda o coordina todos sus servicios cubiertos de atención médica.
- M. **Área de Servicio** se refiere a los siguientes condados: Manhattan, Bronx, Queens y Brooklyn. Usted debe vivir en el Área de servicio para recibir cobertura según lo estipulado en el presente Contrato.

## **SECCIÓN DOS – QUIÉN RECIBE COBERTURA**

1. **Quién recibe cobertura de conformidad con el presente Contrato.**  
Usted recibe cobertura según lo estipulado en el presente Contrato si reúne todos los siguientes requisitos:

- Usted es menor de 19 años de edad.
  - Usted no tiene otra cobertura de atención médica.
  - Usted no es elegible para recibir Medicaid.
  - Usted es residente permanente del Estado de Nueva York y residente de nuestra área de servicio.
2. **Recertificación.** Revisaremos su solicitud de cobertura para determinar si usted reúne los requisitos para participar en el programa Child Health Plus. Usted debe volver a entregarnos una solicitud periódicamente para que podamos determinar si usted continúa reuniendo los requisitos para participar en el programa. A este proceso se le llama “**recertificación.**” Si más de un niño de su familia actualmente recibe nuestra cobertura, la fecha de recertificación para todos los niños de su familia que reciben nuestra cobertura es el mes asignado al niño que tiene la fecha de recertificación el **1º de octubre de 2000** o la fecha posterior más cercana a esta. Usted debe procesar su recertificación una vez por año a menos que entregue una solicitud para que le demos cobertura a otro niño en su familia. En tal caso, usted debe hacer el proceso de recertificación para todos los niños cuando entregue una solicitud para que le demos cobertura a ese niño. A partir de entonces, todos los niños de su familia que reciben nuestra cobertura tendrán la recertificación cada año en la misma fecha.
3. **Cambio de circunstancias.** Debe notificarnos de cualquier cambio de ingresos, residencia, o cobertura médica que podría descalificarlo para participar en este Contrato. Usted debe notificarnos dentro de un plazo de sesenta (60) días de tal cambio. Si usted no nos avisa de un cambio de circunstancias, se le podría pedir que devuelva el monto de cualquier prima que haya sido pagada para usted.

### **SECCIÓN TRES - BENEFICIOS HOSPITALARIOS**

1. **Atención en un Hospital.** Para pacientes internados se cubre la atención Médicamente Necesaria si se cumplen todas las siguientes condiciones:
- A. El Hospital debe ser un Proveedor Participante, salvo si usted es internado en un Hospital no participante para recibir Servicios de Emergencia o si su PCP (médico de cabecera) se encargó de que usted fuera internado en un Hospital no participante con la autorización previa de MetroPlus.

- B. Su internación debe ser previamente autorizada por MetroPlus, salvo para Servicios de Emergencia.
  - C. Usted debe ser un paciente internado registrado para recibir el tratamiento adecuado para una enfermedad, lesión o afección que no se puede atender de forma ambulatoria.
2. **Servicios cubiertos de internación.** Los servicios cubiertos de internación conforme al presente Contrato incluyen lo siguiente:
- A. Cama y comida a diario, incluso dietas especiales y terapia alimenticia;
  - B. Servicio de enfermería general, especial y de atención crítica, pero no se cubren servicios de enfermería particular;
  - C. Instalaciones, servicios, artículos y equipo relacionados a intervenciones quirúrgicas, instalaciones de recuperación, anestesia e instalaciones de cuidado intensivo o especial;
  - D. Oxígeno y otros servicios y artículos terapéuticos de inhalación;
  - E. Medicamentos y fármacos que no son de función experimental;
  - F. Suero, productos biológicos, vacunaciones, preparados intravenosos, vendas, yesos y materiales para análisis diagnósticos;
  - G. Productos sanguíneos, salvo cuando se pueda participar en un programa para el reemplazo voluntario de sangre;
  - H. Instalaciones, servicios, artículos y equipo relacionados a los análisis diagnósticos y al control de las funciones fisiológicas, incluyendo pero no limitándose a análisis y estudios de laboratorio, patología, cardiografía, endoscopía, radiología y electroencefalografía;
  - I. Instalaciones, servicios y artículos relacionados a la medicina física y a la rehabilitación y terapia ocupacional;
  - J. Instalaciones, servicios, artículos y equipo relacionados a la radioterapia y a la terapia nuclear;
  - K. Instalaciones, servicios, artículos y equipo relacionados a la atención médica de emergencia;

- L. Quimioterapia;
  - M. Radioterapia; y
  - N. Cualquier servicio, artículo y equipo médico, quirúrgico u otro relacionado adicional que normalmente son proporcionados por el Hospital, salvo hasta el grado que los excluya este Contrato.
3. **Cuidado de maternidad.** Con la excepción de complicaciones perinatales, pagaremos por atención hospitalaria para pacientes internados por lo menos 48 horas después del parto para cualquier parto, salvo en una cesárea. Pagaremos por atención hospitalaria para pacientes internados por lo menos 96 horas después de una cesárea. La cobertura de cuidado de maternidad incluye educación para padres, ayuda y entrenamiento para amamantar o alimentar con biberón y la administración de evaluaciones clínicas necesarias para la madre y el recién nacido.

Usted tiene la opción de darse de alta antes de las 48 horas (96 horas para cesáreas). Si usted escoge ser dada de alta antes de tiempo, pagaremos por una consulta de atención domiciliaria, si nos lo pide dentro de las 48 horas del parto (96 horas para partos por cesárea). La consulta de atención domiciliaria se hará dentro de 24 horas después de ser dada de alta del Hospital o de su solicitud de atención domiciliaria. La consulta de atención domiciliaria se brindará en adición a las consultas domiciliarias cubiertas bajo la Sección Seis de este Contrato.

4. **Servicios para la salud mental y para el tratamiento de abuso de alcohol y sustancias para pacientes internados.** En el caso de servicios para la salud mental y servicios para el tratamiento de abuso de alcohol y sustancias, pagaremos por los servicios cubiertos de internación brindados en: Hospitales, instalaciones administradas por la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) bajo la Sección 7.17 de la Ley para la Higiene Mental, e instalaciones que hayan sido otorgadas un certificado de operación vigente de conformidad con el Artículo 23 o Artículo 31 de la Ley para la Higiene Mental. Salvo en una emergencia, el proveedor debe ser un Proveedor Participante a menos que autoricemos que se interne en un Proveedor No Participante.
5. **Limitaciones y exclusiones**



- A. No brindaremos ningún beneficio por cualquier día que usted esté fuera del hospital, ni siquiera por una parte del día. No brindaremos beneficios por cualquier día que la internación no sea Medicamente Necesaria.
- B. Los beneficios se pagan en su totalidad por habitaciones compartidas. Si usted está en una habitación privada, usted debe pagar la diferencia del costo entre una habitación privada y una habitación compartida, a menos que la habitación sea Medicamente Necesaria y pedida por su médico.
- C. No pagaremos por artículos que no sean médicos, tales como alquiler de televisión o cargos telefónicos.

## SECCIÓN CUATRO – SERVICIOS MÉDICOS

1. **Su médico de cabecera (PCP) debe brindar, coordinar o autorizar todos los servicios médicos.** Con la excepción de Servicios de Emergencia o en ciertos servicios de obstetricia y ginecología, usted tiene cobertura para los servicios médicos enumerados a continuación sólo si su PCP brinda, coordina o autoriza los servicios. Usted tiene derecho a recibir servicios médicos brindados en uno de los siguientes lugares:
  - El consultorio de su PCP.
  - El consultorio de otro proveedor o una instalación si su PCP determina que la atención de ese proveedor o instalación es adecuada para el tratamiento de su afección.
  - El departamento para pacientes ambulatorios de un Hospital.
  - Como paciente internado en un Hospital, usted tiene derecho a recibir servicios médicos, quirúrgicos y de anestesia. MetroPlus debe autorizar previamente todas las internaciones hospitalarias que no sean por emergencia.
2. **Servicios médicos cubiertos.** Pagaremos por los siguientes servicios médicos:
  - A. Atención médica general y especializada, incluso consultas.
  - B. **Servicios de salud preventivos y exámenes físicos.** Pagaremos por servicios de salud preventivos, incluso:

- Exámenes preventivos para la salud infantil, de acuerdo al programa de consultas establecido por la Academia Americana de Pediatría,
- Educación y asesoramiento de nutrición,
- Chequeo de audición,
- Servicios sociales médicos,
- Chequeo de la vista,
- Vacunaciones de rutina de acuerdo a lo que recomienda el Comité Consultivo para las Prácticas de Vacunaciones,
- Examen de tuberculina,
- Chequeos dentales y de desarrollo,
- Exámenes clínicos de laboratorio y radiológicos, y
- Chequeos de plomo.

**C. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones u otras afecciones.** Pagaremos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones incluyendo:

- Cirugía para pacientes ambulatorios realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluyendo servicios de anestesia,
- Atención dental relacionada a una lesión accidental a dientes sanos naturales dentro de doce meses del accidente,
- Análisis de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico,
- Diálisis renal,
- Radioterapia,
- Quimioterapia,
- Inyecciones y medicamentos administrados en un consultorio médico,
- Una segunda opinión quirúrgica de un especialista certificado por el consejo médico, y
- Examen audiométrico Medicamento Necesario.

**D. Terapia física y ocupacional.** Pagaremos por servicios de terapia física y ocupacional a corto plazo. La terapia debe ser administrada por un profesional. A corto plazo quiere decir que no puede pasar de cuarenta (40) consultas dentro de un año de calendario.

- E. **Radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis.** Pagaremos por radioterapia y quimioterapia, incluso inyecciones y medicamentos administrados al momento de la terapia. Pagaremos por servicios de hemodiálisis en su vivienda o en una instalación, el sitio que consideremos más adecuado.
- F. **Consultas de pacientes ambulatorios para el tratamiento de afecciones de salud mental y para el tratamiento de alcoholismo y abuso de sustancias. Pagaremos por consultas de atención ambulatoria para el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias. Los servicios Medicamente Necesarios se incluyen en la cobertura, sin límite del número de consultas. Las consultas incluyen terapia familiar por alcohol, drogas y/o salud mental, siempre y cuando dicha terapia esté directamente relacionada al tratamiento de alcohol, drogas y/o salud mental del niño inscrito.**
- G. **Servicios de obstetricia y ginecología** incluso servicios prenatales, de parto y posparto se incluyen en la cobertura respecto al embarazo. Usted no necesita la autorización de su PCP para recibir atención relacionada a su embarazo si solicita la atención de un Proveedor Participante cualificado en servicios de obstetricia y ginecología. Usted también podría recibir los siguientes servicios de un Proveedor Participante cualificado en servicios de obstetricia y ginecología sin la autorización de su PCP:
- Hasta dos chequeos anuales de atención primaria y preventiva de obstetricia y ginecología; y
  - Atención requerida como resultado de chequeos anuales o como resultado de una afección ginecológica grave.
- H. **Examen de cáncer del cuello uterino.** Si usted es una mujer de dieciocho años de edad o menor y sostiene relaciones sexuales, pagaremos por un examen anual de cáncer del cuello uterino, un examen pélvico, un Papanicolau y la evaluación del Papanicolau. También pagaremos por chequeos de enfermedades de transmisión sexual.
- I. **Terapia del habla.** Pagaremos por servicios de terapia del habla requeridos por causa de una afección la cual pueda lograr una mejoría clínica considerable dentro de un periodo de dos meses,

empezando el primer día de terapia cuando sea administrada por un audiólogo, patólogo del lenguaje, terapeuta del habla y/o otorrinolaringólogo.

## SECCIÓN CINCO – ATENCIÓN DE EMERGENCIA

1. **Visitas a la sala de emergencias del hospital.** Pagaremos por Servicios de Emergencia brindados en una sala de emergencias en un Hospital. Usted puede ir directamente a cualquier sala de emergencias para buscar atención médica. No tiene que llamar a su PCP de antemano. La atención de emergencia no está sujeta a nuestra aprobación previa.

MetroPlus recomienda que si usted va a la sala de emergencias, usted o alguien por su parte avisen al Departamento de Administración de Utilización Médica de MetroPlus el siguiente día hábil o tan pronto como sea razonablemente posible. Para avisarnos, favor de llamar al número gratuito del Departamento de Administración de Utilización al: **1-800-303-9629**.

Si, a nuestro exclusivo criterio, los servicios brindados en la sala de emergencias no fueron para el tratamiento de una Afección de Emergencia, como se define en la Sección Uno, página 4, no cubriremos la visita a la sala de emergencias.

2. **Internación de emergencia en un hospital.** Si usted es internado en un hospital, usted o alguien por su parte debe avisar al Departamento de Administración de Utilización de MetroPlus el siguiente día hábil o tan pronto como sea razonablemente posible. Si usted es internado en un hospital no participante, podríamos requerir que sea trasladado a un Hospital Participante tan pronto como su condición lo permita.
3. **Servicios de ambulancia.** Pagaremos por servicios médicos de emergencia antes de llegar al hospital, incluyendo la evaluación y tratamiento rápido de una Afección de Emergencia y/o transporte no aéreo a un hospital, proporcionado por un servicio de ambulancia con un permiso vigente de acuerdo a la Sección 3005 de la Ley de Salud Pública.

Usted no necesita nuestra aprobación previa para recibir servicios de ambulancia para una Afección de Emergencia como se establece conforme

al criterio de una persona prudente no especializada en la Sección Uno, página 4. Si los servicios médicos de emergencia antes de llegar al hospital, incluso la evaluación y tratamiento y/o transporte no aéreo a un hospital, son requeridos conforme al criterio de una persona prudente no especializada, los cubriremos. Los servicios de ambulancia brindados en ausencia de una Afección de Emergencia no se cubrirán.

## **SECCIÓN SEIS – SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL Y SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS**

- 1. Servicios para la salud mental y servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes internados.** No hay limitaciones en los servicios para la salud mental, desintoxicación y rehabilitación para pacientes internados, siempre y cuando la instalación para el tratamiento funcione de acuerdo a las normas del Estado.

Pagaremos por servicios para salud mental y servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes internados, cuando dichos servicios sean proporcionados en una instalación que:

- . Sea administrada por el Departamento de Salud Mental bajo la sección 7.17 de la Ley para la Higiene Mental;
- . Tenga un permiso vigente para funcionar de conformidad con el Artículo 23 o Artículo 31 de la Ley para la Higiene Mental; o
- . Sea un hospital general como se define en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública.

- 2. Consultas de pacientes ambulatorios para el tratamiento de afecciones de salud mental y para el tratamiento de uso de sustancias.** Pagaremos por consultas de pacientes ambulatorios para diagnosticar y tratar afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias. También pagaremos por consultas ambulatorias para sus familiares si tales consultas son en relación a su tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias.

## SECCIÓN SIETE – OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Artículos y equipo para diabéticos.** Pagaremos por los siguientes artículos y equipo para el tratamiento de diabetes que sean **Medicamento Necesarios** y recetados o recomendados por su médico de cabecera (PCP) u otro Proveedor Participante legalmente autorizado para recetar de acuerdo al Título 8 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York:
  - Controladores de azúcar en la sangre,
  - Controladores de azúcar en la sangre para personas legalmente ciegas,
  - Sistemas para la coordinación de datos,
  - Tiras reactivas para los controladores y para leer sin controlador,
  - Tiras reactivas para la orina,
  - Dispositivos para inyecciones,
  - Cartuchos de insulina para personas legalmente ciegas,
  - Insulina,
  - Jeringas,
  - Bombas de insulina y los accesorios para las mismas,
  - Dispositivos para la infusión de insulina,
  - Agentes orales, y
  - Artículos y equipo adicional que el Comisionado de Salud declare ser adecuados para el tratamiento de diabetes.
  
2. **Capacitación para el auto manejo de diabetes.** Pagaremos por la capacitación para el auto manejo de diabetes brindada por su PCP u otro Proveedor Participante. La capacitación será brindada al diagnosticar la diabetes, al haber un cambio considerable en su afección, al inicio de una afección que requiera cambios en su auto manejo o cuando determinemos que una recapacitación sea **Medicamento Necesaria**. También pagaremos por visitas a su vivienda si son **Medicamento Necesarias**.
  
3. **Equipos médicos durables.**
  - A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos por dispositivos y equipo pedidos por su PCP u otro Proveedor Participante para el tratamiento de una condición médica específica y que:
    - Puedan resistir uso repetido durante un periodo de tiempo prolongado;

- Sean principalmente y habitualmente usados por motivos médicos;
- Generalmente no sean útiles cuando no haya enfermedades o lesiones; y
- Normalmente no sean hechos a la medida, diseñados o creados para el uso de una persona en particular, aunque el equipo que es de uso de sólo una persona puede ser personalizado o hecho a la medida.

Equipos médicos durables incluyen: audífonos, dispositivos protéticos (dispositivos que reemplazan o realizan la función de cualquier parte del cuerpo que falta); dispositivos ortóticos (dispositivos usados para apoyar una parte del cuerpo débil o deformada o para limitar o eliminar el movimiento de una parte del cuerpo afectada o lesionada); camas y accesorios hospitalarios; oxígeno y artículos de oxígeno; almohadillas compresivas; respiradores volumétricos, respiradores terapéuticos, nebulizadores y otro equipo de cuidado respiratorio; equipo de tracción; andadores; bastones; muletas; sillas de ruedas y accesorios; sillas para la ducha; pasamanos para el baño; controladores de apnea; ascensor para pacientes; bombas de infusión alimenticias; bombas de infusión ambulantes. También pagaremos el mantenimiento del equipo (repuestos y mano de obra).

**B. Farmacias Participantes u otros Proveedores Participantes de equipos médicos durables.** Salvo en una emergencia, la receta para equipos médicos durables la debe surtir una Farmacia Participante u otro Proveedor Participante.

**C. Exclusiones y limitaciones.** Conforme al contenido de la presente sección, no pagaremos lo siguiente:

- Dispositivos y aparatos experimentales;
- Dispositivos ortóticos de uso exclusivo para deportes;
- Prótesis del cráneo (pelucas); y
- Prótesis dentales, salvo aquellas que se requieran por causa de una lesión accidental a dientes sanos naturales y proporcionadas dentro de 12 meses del accidente, y salvo las prótesis dentales requeridas para el tratamiento de una

anomalía congénita o como parte de una cirugía reconstructiva .

4. **Medicamentos recetados y medicamentos no recetados.**

- A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos por medicamentos que sean Medicamento Necesarios y aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y que requieran una receta y por medicamentos sin receta como se establece en la farmacopea de MetroPlus Child Health Plus. La cobertura incluye productos Medicamento Necesarios, tales como fórmulas enterales (suplementos alimenticios) de uso en casa (incluso preparados para el tratamiento de fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia, y homocistinuria) y productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteína modificada para tratar ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos. También pagaremos por medicamentos y dispositivos anticonceptivos.
- B. **Farmacia y Proveedor Participantes.** Solamente pagaremos por medicamentos recetados para uso fuera de un hospital. Con la excepción de una emergencia, la receta la debe dar un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante indicado por su médico de cabecera (PCP) de acuerdo a nuestra aprobación. Con la excepción de una emergencia, las recetas se deben surtir en una Farmacia Participante.
- C. **Exclusiones y limitaciones.** Conforme al contenido de la presente sección, no pagaremos lo siguiente:
- Administración o inyección de ningún tipo de drogas,
  - Reemplazo de recetas extraviadas o robadas,
  - Medicamentos recetados exclusivamente para usos cosméticos,
  - Medicamentos experimentales o en fase de investigación, a menos que sean aprobados por el Director Médico del Plan o por un agente encargado de apelaciones externas,
  - Medicamentos no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), con la excepción de que pagaremos por un medicamento recetado aprobado por la FDA para el



tratamiento de cáncer cuando el medicamento se recete para un tipo de cáncer distinto al que aprobó la FDA. Sin embargo, el medicamento debe ser reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer para el cual se recetó por una de las siguientes publicaciones:

- (a) *AMA Drug Evaluations* (Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Americana),
  - (b) *American Hospital Formulary Service* (Servicio Americano de Farmacopeas Hospitalarias),
  - (c) *U.S. Pharmacopoeia Drug Information* (Información de Medicamentos de la Farmacopea Americana), o
  - (d) Una reseña o comentario editorial en una publicación profesional principal de revisión homóloga.
- Dispositivos y artículos de ningún tipo, salvo en el caso de planificación familiar o dispositivos anticonceptivos, termómetro basal, condones masculinos y femeninos y diafragmas.
  - Vitaminas y otros suplementos alimenticios, salvo cuando sean necesarios para tratar una enfermedad o afección diagnosticada.
  - Productos alimenticios sólidos modificados en exceso de \$2,500 por año de calendario.
  - No cubrimos medicamentos recetados con fines de tratar la disfunción eréctil.

5. **Atención de salud en el hogar.** Pagaremos hasta cuarenta (40) visitas por año de calendario de atención de salud en el hogar brindada por una entidad certificada de atención domiciliaria que sea un Proveedor Participante. Pagaremos por la atención de salud en el hogar solamente si usted hubiera sido internado en un Hospital si no hubiese recibido atención domiciliaria.

La atención domiciliaria incluye uno o más de los siguientes servicios:

- atención domiciliaria de enfermera de media jornada o intermitente, proporcionada por una enfermera registrada profesional o bajo la supervisión de la misma,

- servicios de un asesor de atención de la salud en el hogar de media jornada o intermitente que sean principalmente para el cuidado del paciente,
  - terapia física, ocupacional o del habla si es brindada por una entidad de salud en el hogar, y
  - artículos médicos, medicamentos y fármacos recetados por un médico y servicios de laboratorio brindados por o de parte de una entidad certificada de atención en el hogar, hasta el punto en que dichos artículos habrían sido cubiertos si la persona bajo cobertura hubiera estado internada en un Hospital.
6. **Análisis antes de la internación.** Pagaremos por los análisis antes de la internación cuando se hacen en el Hospital donde está programada la cirugía, si:
- si se ha reservado la cama de Hospital y el quirófano en ese hospital, antes de que se realicen los análisis;
  - su médico ha solicitado los análisis; y
  - la cirugía de hecho se realiza dentro de un lapso de siete días a partir de la fecha de dichos análisis antes de la internación.

Si la cirugía se cancela debido a los resultados de los análisis antes de la internación, aún pagaremos el costo de estos análisis.

7. **Atención dental.**

A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos por servicios dentales de emergencia, preventivos y rutinarios brindados por un Proveedor Participante. No necesita la autorización de su médico de cabecera (PCP) para recibir cuidado dental dentro de la cobertura si obtiene dicho cuidado de uno de los Proveedores Participantes. Los servicios dentales de la cobertura incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de emergencia requerido para aliviar dolor y sufrimiento causado por una enfermedad o trauma dental,
- Procedimientos que puedan ayudar a prevenir la ocurrencia de enfermedades orales, incluyendo pero sin limitarse a: la profilaxis (remover el sarro y pulir los dientes) cada 6 meses; fluoruro tópico aplicado cada 6 meses donde el suministro local de agua no contenga fluoruro; y selladores para muelas permanentes que no hayan sido modificadas.

- Después de la aparición de los primeros dientes, exámenes dentales rutinarios una vez dentro de un periodo de 6 meses consecutivos.
- Radiografías, incluso una radiografía de toda la boca cada 36 meses y, cuando se requiera, radiografías de las aletas de mordida cada 6 a 12 meses, o radiografías panorámicas cada 36 meses si se requiere, y otras radiografías conforme se necesiten una vez aparezcan los primeros dientes.
- Todos los procedimientos necesarios para hacer extracciones simples y otras cirugías dentales rutinarias que no requieran hospitalización, incluso atención preoperatoria y postoperatoria.
- Sedación conciente en el consultorio.
- Amalgama, reconstrucción con resina, coronas de acero inoxidable.
- Otros materiales reconstructivos adecuados para los niños.
- Atención de endodoncia, incluyendo todos los procedimientos para el tratamiento de deterioro de la cavidad y el canal pulpar, que no requieran hospitalización.
- Servicios de periodontología, excepto aquellos servicios antes de o conducentes a la ortodoncia.
- Prostodoncia, incluso dentaduras postizas extraíbles, completas o parciales, con seis meses de atención de seguimiento y puentes fijos si se cumple una o más de las siguientes condiciones:
  - Requerida para reemplazar un sólo anterosuperior (incisivo lateral/central o colmillo) en un paciente que de lo contrario tiene todo los dientes en buena condición, naturales y/o reconstruidos; o
  - Requerida para estabilizar el paladar hendido; o
  - Requerida, como se demuestra por la documentación médica, debido a la presencia de cualquier afección neurológica o fisiológica que podría imposibilitar la colocación de una prótesis postiza.
- Inserción de identificación de solturas, arreglos, rellenos y amalgamas en la prostodoncia.
- Mantenedores de espacio, unilaterales o bilaterales, para colocarse en una dentición decidua y/o mixta para mantener el espacio de dientes permanentes en desarrollo normal.

- B. **Exclusiones y limitaciones.** No pagaremos por servicios de ortodoncia.
8. **Atención de la vista.**
- A. **Alcance de la cobertura.** Pagaremos por atención de la vista de emergencia, preventiva y rutinaria. No necesita la autorización de su médico de cabecera (PCP) para recibir atención de la vista dentro de la cobertura si obtiene dicha atención de uno de los Proveedores Participantes cualificados. Los servicios de la vista de la cobertura incluyen lo siguiente:
- **Exámenes de la vista.** Pagaremos por exámenes de la vista con el fin de determinar si se necesitan lentes correctivos, y si se requiere, para recetar lentes correctivos. Pagaremos por un examen de la vista dentro de cualquier periodo de doce (12) meses, a menos que se requiera más a menudo con la documentación adecuada. El examen de la vista puede incluir pero no se limita a: un historial clínico, una revisión externa del ojo o una revisión interna del ojo; un examen con un oftalmoscopio; determinación de la condición de refracción; distancia interpupilar, exámenes de tonometría para el glaucoma; exámenes generales del campo visual y de visión cromática; reseña de los resultados y recomendación de lentes correctivos.
  - **Lentes recetados.** Pagaremos por lentes recetados de calidad normal una vez dentro de cualquier periodo de doce (12) meses, a menos que se requiera más a menudo con la documentación adecuada. Los lentes recetados pueden estar hechos de vidrio o plástico.
  - **Armazones.** Pagaremos por armazones normales adecuados para soportar los lentes una vez dentro de cualquier periodo de doce (12) meses, a menos que se requiera más a menudo con la documentación adecuada.
  - **Lentes de contacto.** Pagaremos por lentes de contacto sólo cuando se consideren Médicamente Necesarios.
- B. **Exclusiones y limitaciones.** No pagaremos por lentes de contacto que no sean Médicamente Necesarios.

9. **Servicios de hospicio.** Pagaremos por un programa coordinado de hospicio para brindar servicios médicos no curativos y servicios de apoyo (ya sea en casa o en un hospital como paciente internado) para niños (hasta los 19 años de edad) quienes el médico haya certificado estar desahuciados con una expectativa de vida de seis meses o menos.

Los servicios de hospicio cubrirán atención paliativa y de apoyo brindada a un niño que cumpla con las necesidades especiales que se presentan debido al estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se sufren durante las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y la pérdida de un familiar. Además, los miembros de la familia tienen derecho a recibir hasta cinco visitas de ayuda psicológica debido a la pérdida de un familiar.

Los programas de servicios de hospicio deben estar certificados bajo el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Todos los servicios deben ser brindados por empleados y voluntarios cualificados del programa de hospicio o por personal cualificado a través de arreglos contractuales hasta el grado en que lo permitan los requisitos federales y estatales.

10. **Habla y audición.** Pagaremos por servicios del habla y audición, incluso audífonos, baterías de audífonos y arreglos. Estos servicios incluyen examen de audición por año para determinar la necesidad de medidas correctivas. La terapia del habla requerida para una afección que pueda lograr una mejoría clínica considerable dentro de un periodo de dos meses, empezando el primer día de terapia, será cubierta cuando la realice un audiólogo, patólogo del lenguaje, terapeuta del habla y/o otorrinolaringólogo.

## **SECCIÓN OCHO – INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DEL FUNCIONAMIENTO DE ESTE PLAN**

1. **Cuando un especialista puede ser su médico de cabecera (PCP).** Si usted padece de una enfermedad que supone un riesgo para la vida o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede pedir que un especialista dentro de los Proveedores Participantes sea su PCP. Nosotros consultaremos con el especialista y con su PCP y decidiremos si sería adecuado que el especialista ocupe este cargo.

2. **Referimiento permanente a un especialista de la red.** Si usted necesita atención especializada continua, puede recibir un “referimiento permanente” a un especialista dentro de los Proveedores Participantes. Esto quiere decir que usted no tendrá que conseguir un referimiento nuevo de su PCP cada vez que tenga que ver a ese especialista. Nosotros consultaremos con el especialista y con su PCP y decidiremos si un “referimiento permanente” sería lo indicado en su situación.
3. **Referimiento permanente a un centro de atención especializada.** Si usted padece de una enfermedad que supone un riesgo para la vida o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede pedir un referimiento permanente a un centro de atención especializada dentro de los Proveedores Participantes. Nosotros consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de atención especializada para decidir si dicho referimiento es lo indicado
4. **Cuando su proveedor se va de la red.** Si usted se encuentra en el transcurso de un ciclo de tratamiento cuando su proveedor se va de nuestra red, podría seguir recibiendo atención del antiguo Proveedor Participante, en ciertos casos, hasta 90 días después de que nosotros le hayamos notificado que el proveedor se retira. Si usted esta embarazada y en el segundo trimestre, podría seguir recibiendo atención de su antiguo Proveedor Participante hasta la finalidad del parto, al igual que la atención de posparto directamente relacionada al parto. Sin embargo, para que usted pueda seguir siendo atendida (hasta los 90 días o durante la duración completa del embarazo) por un antiguo Proveedor Participante, el proveedor debe comprometerse a aceptar nuestro pago y a seguir nuestros procedimientos y políticas, incluso aquellas que garantizan la calidad de la atención.
5. **Cuando miembros nuevos están en el transcurso de un ciclo de tratamiento.** Si usted se encuentra en el transcurso de un ciclo de tratamiento con un Proveedor No Participante cuando se inscribe con nosotros, usted podría ser atendida por el Proveedor No Participante por un plazo de hasta 60 días a partir de la fecha que inicia su cobertura conforme al presente Contrato. El ciclo de tratamiento debe ser para una enfermedad que supone un riesgo para la vida o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante. Usted también podría seguir siendo atendida por un Proveedor No Participante si está en el segundo trimestre de embarazo al momento de empezar su cobertura conforme al presente

Contrato. Usted puede seguir recibiendo atención hasta la finalización del parto y obtener cualquier servicio de posparto directamente relacionado al parto. Sin embargo, para que usted pueda seguir siendo atendida hasta los 60 días o durante la duración del embarazo, el Proveedor No Participante debe comprometerse a aceptar nuestro pago y a seguir nuestros procedimientos y políticas, incluso aquellas que garantizan la calidad de la atención.

## **SECCIÓN NUEVE – LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

Además de las limitaciones y exclusiones ya detalladas, no pagaremos por lo siguiente:

1. **Atención que no sea Medicamento Necesaria.** Por lo general, el Plan no cubrirá ningún servicio de atención médica, que el Plan, a su exclusivo criterio, determine que no sea médicamente necesario. Sin embargo, si un Agente encargado de Apelaciones Externas certificado por el Estado anula el rechazo del Plan, el Plan cubrirá el procedimiento, tratamiento, servicio, producto farmacéutico o equipos médicos durables para el cual se negó la cobertura, hasta el grado en que dicho procedimiento, tratamiento, servicio, producto farmacéutico o equipos médicos durables se cubre de acuerdo a las condiciones del presente Contrato del Suscriptor. (Para información adicional acerca de las apelaciones externas, consulte la Sección 11 de este Contrato del Suscriptor.)
2. **Ejercicio admisible de la medicina.** Usted no tiene derecho a recibir servicios que no vayan de acuerdo con las prácticas y normas médicas o psiquiátricas aceptadas en vigor al momento del tratamiento.
3. **Atención que no sea brindada, autorizada o coordinada por su médico de cabecera (PCP).** Salvo a lo que establece el presente Contrato, usted tiene derecho a beneficios por servicios sólo cuando sean brindados, autorizados o coordinados por su PCP. Si usted escoge recibir atención que no es brindada, autorizada o coordinada por su PCP, nosotros no nos haremos responsables de ningún costo que usted incurra.
4. **Servicios de internación en un hogar de ancianos, instalación de rehabilitación o cualquier instalación que no sea explícitamente cubierta por el presente Contrato.**

5. **Servicios de parte de un médico mientras usted está internado en un hogar de ancianos, instalación de rehabilitación o cualquier instalación que no sea explícitamente cubierta por el presente Contrato.**
6. **Servicios experimentales o de investigación.** Por lo general, el Plan no cubre tratamientos experimentales o de investigación. Sin embargo, el Plan cubrirá un tratamiento experimental o de investigación aprobado por un Agente encargado de Apelaciones Externas certificado por el Estado. Si el Agente encargado de Apelaciones Externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que forma parte de un ensayo clínico, el Plan sólo cubrirá los costos de los servicios requeridos para brindarle el tratamiento a usted conforme al diseño del estudio. El Plan no se hará responsable de los costos de medicamentos o dispositivos en etapa de investigación, los costos de servicios sin relación a la atención médica, los costos de la administración de la investigación o costos que no se cubrirían de acuerdo al presente Contrato del Suscriptor para tratamientos no experimentales o que no estén en etapa de investigación. (Para información adicional acerca de las apelaciones externas, consulte la Sección 11 de este Contrato del Suscriptor).
7. **Cirugía plástica.** No pagaremos por cirugía plástica a menos que sea médicamente necesaria, salvo que sí pagaremos por cirugía reconstructiva:
  - Si después de una cirugía por causa de un trauma, hay infección u otras enfermedades en la parte del cuerpo afectada; o
  - Cuando se requiera para corregir un defecto funcional debido a una enfermedad congénita o anomalía.
8. **Fertilización in Vitro, inseminación artificial u otras técnicas de reproducción asistida.**
9. **Servicio de enfermería particular.**
10. **Donación de sangre autóloga.**
11. **Servicios de manipulación física.** No pagaremos por ningún servicio relacionado a la detección y corrección (por medios manuales o mecánicos) de desequilibrio de la estructura; o deformación; o subluxación en el cuerpo humano con el propósito de remover interferencias del sistema nervioso y los efectos del mismo. Esta exclusión aplica cuando las



interferencias del sistema nervioso resultan o están relacionadas a la deformación, desajuste o subluxación de la columna vertebral.

12. **Atención rutinaria de los pies.**
13. **Otros programas de seguro de salud, de beneficios médicos y gubernamentales.** Reduiremos nuestros pagos según lo estipulado en el presente Contrato por la cantidad que usted tiene derecho a recibir por el mismo servicio conforme a otro seguro de salud, plan de beneficios médicos o programas gubernamentales. Otro seguro de salud incluye cobertura de compañías de seguros, Planes de *Blue Cross* y *Blue Shield* o organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO's, por sus siglas en inglés) o programas similares. Planes de beneficios médicos incluyen cualquier plan de seguro por cuenta propia o plan de beneficios sin garantía, tales como los que ofrecen o coordinan los empleadores, consejos de administración, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones para el beneficio de los empleados. Los programas gubernamentales incluyen Medicare o cualquier programa federal, estatal o local, salvo el Programa para Niños Físicamente Discapacitados y el Programa de Intervención Oportuna.
14. **Seguro automovilístico independiente de culpa.** No pagaremos por ningún servicio que sea cubierto por los beneficios obligatorios de un seguro automovilístico independiente de culpa. No haremos ningún pago aún si usted no reclama los beneficios que tiene derecho a recibir conforme al seguro automovilístico independiente de culpa.
15. **Otras exclusiones.** No pagaremos por:
  - a. Procedimientos de transformación sexual; o
  - b. Cuidado de custodia.
16. **Compensación a los trabajadores.** No brindaremos cobertura por ningún servicio o atención debido a una lesión, afección o enfermedad si se hizo un reclamo y se recibieron beneficios conforme a la Ley de Compensación a los Trabajadores u otra legislación parecida.

## SECCIÓN DIEZ – PRIMAS PARA EL PRESENTE CONTRATO

1. **Monto de las primas.** El monto de la prima para el presente Contrato lo determinamos nosotros y lo aprueba el Superintendente de Seguros del Estado de Nueva York.
2. **Su contribución a la prima.** De acuerdo a la Ley del Estado de Nueva York, a usted se le podría requerir que contribuya al costo de su prima. Nosotros le avisaremos cuánto es la contribución requerida, si la hay.
3. **Periodo de gracia.** Todas las primas para el presente Contrato se vencen un mes por adelantado. Sin embargo, daremos un periodo de gracia de 30 días para pagar todas las primas, salvo la del primer mes. Esto significa que, a excepción de la prima del primer mes para cada niño, si recibimos el pago dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento del pago, continuaremos nuestra cobertura de conformidad al presente Contrato durante la totalidad del periodo que cubre el pago. Si no recibimos el pago dentro de los 30 días del periodo de gracia, la cobertura conforme al presente Contrato se suspenderá el último día del mes en que se vence el pago.
4. **Acuerdo de pagar por los servicios si no se paga la prima.** Usted no tiene derecho a recibir ningún servicio durante los periodos durante los cuales no se paga la prima. Si se reciben servicios durante dicho periodo, usted se compromete a pagar por los servicios que reciba.
5. **Cambio de primas.** Si se debe aumentar o disminuir la prima o su contribución a la prima para el presente Contrato, le avisaremos por escrito por lo menos treinta días antes del cambio.
6. **Cambios en sus ingresos o en el número de personas en su vivienda.** Usted puede pedir que revisemos su contribución a la prima familiar cada vez que haya cambios en sus ingresos o en el número de personas en su vivienda. Puede pedir una revisión llamando al **1-800-303-9626** o al llamar a la línea directa de Child Health Plus al **1-800-698-4543**. En ese momento, le daremos el formulario y la documentación necesaria para realizar la revisión. Reevaluaremos su contribución a la prima familiar y le avisaremos de los resultados dentro de 10 días hábiles de haber recibido la solicitud y la documentación necesaria para realizar la revisión. Si la revisión resulta en un cambio en su contribución a la prima familiar,

aplicaremos ese cambio en un plazo no mayor a 40 días de haber recibido la solicitud de revisión completa y la documentación acreditativa.

## **SECCIÓN ONCE – SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA**

1. **Por no pagar la prima.** Si usted tiene que pagar una prima para el presente Contrato, este Contrato se suspenderá al final de los 30 días del periodo de gracia si no recibimos su pago. Por ejemplo, si su prima se vence el primero de julio y no se paga para el 31 de julio, el fin del periodo de gracia de 30 días, no se hará ningún pago conforme al presente Contrato por cualquier servicio que usted reciba después del 31 de julio.
2. **Si usted se muda fuera del Área de Servicio.** Este Contrato se suspenderá si usted deja de vivir de manera permanente en el Área de Servicio.
3. **Su usted dejar de reunir los requisitos de elegibilidad.** El presente Contrato se suspenderá de la siguiente manera:
  - A. El último día del mes en que usted cumple los 19 años de edad; o
  - B. La fecha en la que usted se inscribe en un programa de Medicaid; o
  - C. La fecha en la que usted lo cubre otro programa de beneficios médicos (incluso un programa de seguro o seguro por cuenta propia por medio de un grupo de empleadores, sindicato u otra asociación).
4. **Suspensión del Programa Child Health Plus.** El presente Contrato se suspenderá automáticamente en la fecha que la ley del Estado de Nueva York, la cual establece el programa Child Health Plus, termine o cuando el Estado suspenda el presente Contrato o cuando los fondos del Estado de Nueva York para este programa de Child Health Plus ya no estén a nuestra disposición.
5. **Nuestra elección de terminar el presente Contrato.** Podemos terminar el presente Contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:
  - A. Fraude al solicitar la inscripción conforme al presente Contrato o al recibir cualquier servicio.
  - B. Otros motivos archivados con el Superintendente de Seguros al momento de dicha suspensión y aprobados por el mismo. Le

enviaremos una copia de tales motivos. Le avisaremos por escrito no menos de treinta (30) días antes de dicha suspensión.

- C. Descontinuación de la clase de Contratos a la cual pertenece el presente Contrato con un aviso por escrito no menor a cinco meses antes de dicha suspensión.
  - D. Si usted no nos da la documentación que pedimos para la recertificación.
6. **Su opción de suspender el presente Contrato.** Usted puede suspender el presente Contrato en cualquier momento al avisarnos por lo menos con un mes de anticipación. Nosotros le reembolsaremos cualquier parte de la prima para el presente Contrato que usted haya prepago.
7. **Al morir.** El presente Contrato se suspenderá automáticamente en la fecha de su muerte.
8. **Beneficios después de la suspensión.** Si usted está completamente discapacitado en la fecha que se suspenda este Contrato y usted ha recibido servicios médicos para la enfermedad, lesión o afección que causaron la discapacidad total mientras tenía cobertura conforme al presente Contrato, seguiremos pagando por la enfermedad, lesión o afección relacionada a la discapacidad total a lo largo de un periodo incesante de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:
- La fecha en que usted, a nuestro exclusivo criterio, ya no está completamente discapacitado; o
  - La fecha a partir de los doce (12) meses de la fecha en que se suspenda este Contrato.

No pagaremos por más atención de la que usted hubiese recibido si su cobertura conforme al presente Contrato no se hubiera suspendido.

9. **Reemplazar la cobertura suspendida.** MetroPlus Health Plan no está autorizado para ofrecer productos comerciales de seguro aparte de un plan de salud administrado en grupo para los empleados de la Corporación de Hospitales y Salud de la Ciudad de Nueva York. Si el presente Contrato se suspende porque usted cumple los 19 años de edad o porque el programa Child Health Plus termina, le daremos información sobre otras compañías de seguros que venden pólizas individuales de seguro de salud.

## SECCIÓN DOCE – ACCIONES Y RECLAMOS

### Apelación contra una acción

Existen algunos tratamientos y servicios que para poder recibirlos o seguir recibiendo, usted necesita conseguir una aprobación previa. A esto se le llama **autorización previa**. Al solicitar la aprobación para recibir un tratamiento o servicio se le llama **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe más adelante en este folleto. Cualquier decisión que rechace una solicitud de autorización de servicios o que la apruebe por una cantidad menor de la que se solicita se llama una **acción**.

Si usted no queda conforme con nuestra decisión respecto a su cuidado, hay pasos que puede tomar.

Su proveedor puede pedir que se reconsidere la solicitud:

Si nosotros tomamos una decisión respecto a su solicitud de autorización de servicios sin consultar con su médico, su médico puede pedir hablar con el Director Médico del Plan. El Director Médico hablará con su médico dentro de un día hábil.

**Usted puede presentar una apelación contra una acción:**

- Si usted no queda conforme con una acción que hayamos tomado o con lo que decidamos respecto a su solicitud de autorización de servicios, usted tiene 90 días de calendario después de haber recibido nuestra decisión para presentar una apelación.
- Usted puede hacer esto por su propia cuenta o puede pedirle a alguien de confianza que presente la apelación de su parte. Puede llamar a Servicios a Miembros al: **1-800-303-9626** si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Nosotros no lo trataremos de manera diferente ni nos comportaremos de mala manera con usted por el hecho de presentar una apelación.
- La apelación se puede hacer por teléfono o por escrito. Si usted presenta una apelación por teléfono se le debe hacer seguimiento por escrito.

**Su apelación contra una acción será revisada de acuerdo al proceso rápido si:**

- Usted o su médico pide que su apelación se revise bajo el proceso rápido. Su médico tendrá que explicar la manera en que una demora perjudicaría su salud. Le avisaremos si se rechaza su solicitud para el proceso rápido y su apelación será revisada bajo el proceso normal;
- Si se rechazó su solicitud cuando usted pidió que continuará recibiendo atención que ahora está recibiendo o necesita prolongar un servicio que se le ha brindado.
- Las apelaciones de proceso rápido se pueden hacer por teléfono y no requieren de seguimiento por escrito.

**Qué pasa después de que recibimos su apelación:**

- Dentro de un lapso de 15 días, le enviaremos una carta para avisarle que estamos procesando su apelación.
- Las apelaciones contra acciones de asuntos clínicos los decidirán profesionales cualificados de atención médica quienes no tomaron la primera decisión; por lo menos uno de ellos será un revisor homólogo clínico.
- Las decisiones que no corresponden a asuntos clínicos serán coordinadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas quienes procesaron su primera decisión.
- Antes y a lo largo de la apelación usted o su representante pueden consultar su expediente del caso, incluso sus expedientes médicos y cualquier documento y registro que se esté usando para tomar una decisión respecto a su caso.
- Usted también puede proporcionar información, en persona o por escrito, para usarse al tomar la decisión.
- Nosotros le daremos los motivos de nuestra decisión y nuestros motivos clínicos, si se aplican a su caso. Si usted aún no queda conforme, se explicarán los demás derechos de apelación que usted tiene o usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125**.

### **Plazos para las apelaciones contra acciones:**

- Apelaciones estándar: Si tenemos toda la información que necesitamos le daremos nuestra decisión dentro de treinta días hábiles de haber presentado su apelación. Se enviará un aviso por escrito de nuestra decisión dentro de 2 días hábiles del momento que tomemos la decisión.
- Apelaciones de proceso rápido: Si tenemos toda la información que necesitamos, las apelaciones de proceso rápido se harán dentro de 2 días hábiles de haber presentado su apelación. Le avisaremos dentro de 3 días hábiles después de haber presentado su apelación si necesitamos información adicional. Le daremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.

Si necesitamos información adicional para tomar una decisión respecto a su apelación contra una acción, sea por proceso estándar o rápido, nosotros:

- Le avisaremos por escrito cuál es la información que necesitamos. Si su solicitud es por proceso rápido, le llamaremos de inmediato y mandaremos el aviso por escrito posteriormente.
- Le diremos por qué la demora es por su bien;
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días a partir de la fecha en que le pedimos información adicional.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que demoremos más en tomar una decisión. Esto podría ser porque usted tiene información adicional que darle al plan para ayudar a llegar a una decisión respecto a su caso. Esto puede hacerse por escrito o llamando al **1800-303-9626**.

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de demorarnos más en revisar su apelación contra una acción. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo respecto al periodo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al **1-800-206-8125**.

Si no tomamos una decisión respecto a su apelación, la decisión original en contra suya será revocada automáticamente, lo cual significa que su solicitud de autorización de servicios será aprobada.

## **Asistencia para continuar mientras se apela una decisión respecto a su atención:**

En ciertos casos usted podría continuar recibiendo los servicios mientras espera el resultado de su apelación. Usted podría continuar recibiendo los servicios que están programados para suspenderse o reducirse si usted apela:

- Dentro de diez días del momento que se le avisó que su solicitud fue denegada o que la atención cambiaría; o
- Antes de la fecha en que está programado el cambio de servicios.

Si usted apela tal vez tendrá que pagar el costo de cualquier beneficio que usted siga recibiendo.

### **Apelaciones externas**

Si el plan decide negarle cobertura por un servicio médico que usted o su médico solicitó porque no es médicamente necesario o porque es experimental o de investigación, puede pedirle una **apelación externa** independiente al Estado de Nueva York. A esto se le llama apelación externa porque la determinan evaluadores quienes no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos evaluadores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe incluirse en el paquete de beneficios del Plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de apelar ante el estado:

1. Usted debe presentar una apelación contra una acción ante el plan y recibir la decisión desfavorable y definitiva del plan; **o**
2. Si usted presentó una apelación de proceso rápido contra una acción y no queda conforme con la decisión del plan, tiene la opción de presentar una apelación estándar contra una acción ante el plan o pasar directamente a una apelación externa; **o**
3. Usted y el plan podrían concordar en saltarse el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a una apelación externa.

Usted tiene 45 días del momento en que recibe la decisión desfavorable y definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron saltarse el proceso de apelaciones del plan, usted debe solicitar la apelación externa dentro de 45 días de haber hecho ese acuerdo.



Apelaciones adicionales a su plan de salud podrían estar a su disposición si las quiere usar. Sin embargo, si usted quiere una apelación externa, todavía debe presentar la solicitud con el Departamento de Seguros del Estado dentro de 45 días del momento en que el plan le haya dado la decisión desfavorable y definitiva o de cuando usted y el plan hayan acordado renunciar al proceso de apelaciones del plan.

**Usted perderá su derecho a presentar una apelación externa si no presenta una solicitud para hacer una apelación externa a tiempo.**

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del Estado. Usted puede llamar a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información respecto a su problema médico.

Estas son algunas maneras de conseguir una solicitud:

- Llamar al Departamento de Seguros del Estado: **1-800-400-8882**
- Consultar la página en Internet del Departamento de Seguros del Estado: [www.ins.state.ny.us](http://www.ins.state.ny.us)
- Llamar al plan de salud al: **1-800-303-9626**

Su apelación externa se determinará dentro de 30 días hábiles. Se puede necesitar más tiempo (hasta cinco días hábiles) si la persona que evalúa la apelación externa pide información adicional. Usted y el plan recibirán la decisión final dentro de dos días después de que se tome la decisión.

Usted puede recibir una decisión más rápido si su médico dice que una demora perjudicaría gravemente su salud. Esto se llama una **apelación externa acelerada**. La persona encargada de la apelación externa decidirá una apelación acelerada dentro de tres días o menos. El evaluador les dará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o por fax. Posteriormente, se enviará una carta informándole de la decisión.

## **Proceso para presentar reclamos**

### **Reclamos:**

Esperamos que nuestro plan de salud lo atienda bien. Si usted tiene algún problema, hable con su médico de cabecera (PCP), o llame o escriba a Servicios a Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver inmediatamente. Si tiene algún problema o disputa respecto a su atención o servicios puede presentar

un reclamo ante el plan. Los problemas que no se resuelvan inmediatamente por teléfono y cualquier reclamo que llegue por correo se coordinarán de acuerdo a nuestro proceso de reclamos detallado a continuación.

Usted puede pedirle a alguien de su confianza, (tal como a un representante legal, un pariente o amigo), que presente el reclamo por su parte. Si usted necesita ayuda por causa de una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, o ayuda para completar los formularios, nosotros podemos ayudarle. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ningún tipo de acción en contra suya por presentar un reclamo.

Usted también tiene derecho a contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York respecto a su reclamo al **1-800-206-8125** o por escrito a: *NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237*. Usted también puede contactar al Departamento de Servicios Sociales en su localidad en cualquier momento con respecto a su queja. Usted puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York al **1-800-342-3736** si su reclamo es respecto a un problema de facturación.

### **Cómo presentar un reclamo ante el Plan:**

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** de lunes a sábado de 8AM a 8PM. Si nos llama después de horas hábiles, deje un mensaje. Le llamaremos el siguiente día hábil y le avisaremos si necesitamos información adicional para tomar una decisión.

También puede presentar su reclamo por escrito. Se debe enviar a:

**MetroPlus Health Plan**  
**160 Water Street, 3rd Floor**  
**New York, NY 10038**

**Attention: Member Services**

### **Qué sucede después:**

Si no resolvemos el problema inmediatamente por teléfono o después de haber recibido su reclamo por escrito, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. La carta le dirá:

- quién está encargado de su reclamo

- cómo contactar a esta persona
- si necesitamos información adicional

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo es respecto a asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales cualificados de atención médica.

### **Después de revisar su reclamo:**

- Le informaremos nuestra decisión dentro de 45 días de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero lo contactaremos en un plazo no mayor a 60 días del día que recibamos su reclamo. Nosotros le mandaremos una carta dándole los motivos por nuestra decisión.
- Si una demora perjudicaría su salud, le daremos nuestra decisión dentro de 48 horas de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero lo contactaremos en un plazo no mayor a 7 días del día que recibamos su reclamo. Nosotros le llamaremos para darle nuestra decisión o trataremos de localizarlo para informarle. Usted recibirá una carta para darle seguimiento a nuestra comunicación dentro de 3 días hábiles.
- Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no queda conforme e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no logramos tomar una decisión respecto a su reclamo porque no tenemos suficiente información, le mandaremos una carta informándole.

### **Apelaciones contra reclamos:**

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado respecto a su reclamo, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación contra reclamos** ante el plan.

### **Cómo presentar una apelación contra reclamos:**

- Si usted no queda conforme con nuestra decisión, tiene 90 días de calendario después de haber recibido nuestra decisión para presentar una apelación;
- Usted puede hacer esto por su cuenta o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación por su parte;
- La apelación debe hacerse por escrito. Si usted presenta la apelación por teléfono se le debe dar seguimiento por escrito.

### **Qué sucede después de que recibimos su apelación contra un reclamo:**

Después de haber recibido su apelación contra un reclamo le mandaremos una carta en un lapso de 15 días hábiles. La carta le dirá:

- quién está encargado de su apelación contra un reclamo
- cómo contactar a esta persona
- si necesitamos información adicional

Su apelación contra un reclamo será revisada por una o más personas calificadas de nivel más alto de que quienes tomaron la primera decisión respecto a su reclamo. Si su apelación contra un reclamo es respecto a asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales calificados de atención médica; por lo menos uno de ellos será un revisor homólogo clínico y ninguno de estos profesionales habrá tomado la primera decisión relacionada a su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, usted tendrá nuestra decisión dentro de 30 días hábiles. Si una demora perjudicaría su salud, usted tendrá nuestra decisión dentro de 2 días hábiles del momento que tengamos toda la información necesaria para determinar la apelación. Le daremos nuestros motivos por nuestra decisión y nuestros motivos clínicos, si aplican. Si aún no queda conforme, usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125**.

## **SECCIÓN TRECE – DISPOSICIONES GENERALES**

1. **Queda prohibida la cesión.** Usted no puede ceder los beneficios del presente Contrato. Cualquier cesión o intento de ceder no es válido. Cesión

significa el transferir a otra persona u organización su derecho a los beneficios brindados por el presente Contrato.

2. **Acción legal.** Usted debe presentar cualquier acción legal en contra nuestra de conformidad con el presente Contrato dentro de doce (12) meses de la fecha que nos negamos a pagar por un servicio según lo estipulado en el presente Contrato. Si usted presenta alguna acción legal en contra nuestra reclamando lesión personal, muerte por negligencia o daños a bienes muebles e inmuebles, usted debe presentar un formulario de Aviso de Reclamo dentro de noventa (90) días, como se estipula en la Sección 50-i del Código Municipal General.
3. **Enmienda al Contrato.** Podríamos enmendar el presente Contrato si el cambio lo aprueba el Superintendente de Seguros del Estado de Nueva York. Usted recibirá un aviso por escrito por lo menos 30 días antes de cualquier cambio.
4. **Expedientes médicos.** Nos comprometemos a conservar absoluta discreción de sus expedientes médicos. Para poder administrar el presente Contrato, existe la posibilidad de que tengamos que conseguir sus expedientes médicos de los hospitales, médicos u otros proveedores que lo hayan atendido. Al momento en que usted recibe cobertura conforme al presente Contrato, usted nos autoriza a conseguir tales expedientes.
5. **Quién recibe los pagos conforme al presente Contrato.** Nosotros les pagaremos a los Proveedores Participantes directamente para que le brinden servicios a usted. Si usted recibe servicios de la cobertura de otro proveedor, nosotros nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor.
6. **Aviso** Cualquier aviso conforme al presente Contrato se puede hacer por el correo de los Estados Unidos, de franqueo pagado, dirigido de la siguiente manera:

A nosotros: MetroPlus Health Plan  
160 Water Street, 3rd Floor  
New York, NY 10038

A usted: A la dirección más reciente que usted nos haya dado al inscribirse o en un formulario oficial de cambio de dirección.

## PARTE II

### INFORMACIÓN DE METROPLUS Y SERVICIOS ESPECIALES

#### A – ACERCA DE METROPLUS HEALTH PLAN

**MetroPlus Health Plan** es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que brinda una gama completa de beneficios de atención médica, incluyendo cobertura de atención preventiva al igual que para el tratamiento de enfermedades y lesiones. El Plan es de la propiedad de y es administrado por la Corporación de Hospitales y Salud de la Ciudad de Nueva York (HHC, por sus siglas en inglés). Nuestros Proveedores Participantes incluyen muchos hospitales y centros de salud de la HHC al igual que muchos más proveedores de atención médica en su comunidad.

Las oficinas de MetroPlus Health Plan están ubicadas en la siguiente dirección:

MetroPlus Health Plan  
160 Water Street, 3rd Floor  
New York, NY 10038

#### B – COMENZAR CON METROPLUS

**Carta de bienvenida, tarjeta de identidad (ID) y tarjeta para medicamentos:** Después de haber procesado su inscripción, le mandaremos una carta de bienvenida informándole de la fecha en que comenzará su cobertura. Usted deberá recibir su tarjeta de identificación (ID) de MetroPlus Child Health Plus y su tarjeta para medicamentos poco después de que su afiliación entre en vigor. Su tarjeta de identificación tendrá su nombre, dirección, número de identificación, el nombre y número de teléfono de su Médico de Cabecera y la “fecha de entrada en vigor” (fecha en la que empieza su cobertura de seguro). Si cualquier parte de esta información contiene errores o si usted no recibe una tarjeta por correo, favor de llamar a Servicios a Miembros gratuitamente al **1-800-303-9626**. Si usted requiere servicios antes de que llegue su tarjeta de identificación, usted puede mostrarle la carta de bienvenida a su proveedor. Su proveedor puede llamar a Servicios a Miembros para confirmar su cobertura.

**Sesiones de orientación para miembros nuevos:** Cuando usted se une a MetroPlus Health Plan, recibirá una carta invitándolo a una sesión de orientación para miembros nuevos. La sesión de orientación tendrá lugar en un centro de

salud que le resulte conveniente en su comunidad. Un Representante de Servicios a Miembros de MetroPlus le dará información adicional sobre sus beneficios de Child Health Plus y sobre cómo utilizar el Plan. Esperamos que usted asista.

**El examen físico inicial.** Un “examen inicial” es un chequeo completo. Lo recomendamos y lo pagamos. Su médico de cabecera (PCP) reunirá información completa sobre su salud para que pueda recomendar un programa de visitas de seguimiento al igual que vacunaciones (inyecciones para prevenirse contra enfermedades). El examen inicial también es una buena forma de conocer a su PCP. **Aviso importante:** Si surge un problema médico antes de la fecha programada para el examen inicial, favor de llamar al PCP y programar una cita más temprana.

Durante la primera consulta con su PCP, se le podrá pedir que firme un formulario de consentimiento para obtener expedientes médicos de otros proveedores de atención médica. Esto es rutinario. El tener toda la información ayuda a que los proveedores le brinden la mejor atención posible.

**Programar citas.** Para hacer o cambiar citas, llame a su centro de salud. Si necesita cancelar o cambiar su cita, favor de llamar lo más pronto posible. Si puede, llame por lo menos 24 horas antes de la cita programada. De esta manera, usted deja libre el tiempo para otra persona. Cuando haga la llamada, prepárese para dar su nombre, número de identificación (ID) MetroPlus Child Health Plus y su número de expediente médico.

## **C – RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Nos comprometemos a brindarle atención médica sin demora, con cortesía y de calidad. Usted nos puede ayudar a lograrlo al:

1. Llevar siempre consigo su tarjeta de identificación MetroPlus Child Health Plus y su tarjeta de beneficios para medicamentos.
2. No faltar a sus citas y llegar a tiempo a ellas. Si tiene que cancelar una cita, favor de hacerlo por lo menos con 24 horas de anticipación o tan pronto como sea posible.
3. Informarle a su médico de cabecera de cualquier cambio en su condición de salud, tal como un embarazo.
4. Conseguir las autorizaciones y referimientos por escrito cuando se requieran.
5. Recordar que tiene que hacer una recertificación cada año para que su afiliación siga vigente.

6. Informar a Servicios a Miembros si cambia de dirección o número de teléfono.

## **D – ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA**

**En caso de emergencia, llame al 911 y siga las instrucciones o vaya inmediatamente a la sala de emergencias.** Estos son algunos ejemplos de emergencias:

- Fracturas de huesos
- Dificultad para respirar
- Ataques o síncope
- Hemorragias graves
- Riesgo de perder un brazo o pierna
- Sobredosis de medicamentos
- Pérdida del conocimiento
- Parálisis
- Pérdida del habla
- Dolor de pecho grave
- Ataque cardíaco
- Derrame cerebral

Si usted está embarazada, algunas señales de emergencia pueden incluir hemorragia vaginal grave, dolor abdominal grave o retorcijones o el rompimiento o goteo de la fuente.

**AVISO:** Si usted fue a una sala de emergencias (sea o no de un Hospital Participante), usted u otra persona debe llamar al Departamento de Atención al Cliente a más tardar el siguiente día hábil al **1-800-303-9626**). Nosotros le informaremos a su médico de cabecera sobre su ida a la Sala de Emergencias para que usted pueda recibir el cuidado de seguimiento adecuado.

**No es totalmente una emergencia - ¡pero es urgente!** Un problema urgente es delicado pero no requiere de los servicios de una Sala de Emergencias. Algunos ejemplos de problemas que normalmente son urgentes pero no emergencias son:

- Gripe más grave de lo normal
- Fiebre
- Dolor de oído más grave de lo normal

Si hay un problema urgente o no está seguro de la gravedad del problema, llame al consultorio de su médico de cabecera (PCP) durante horas hábiles (8:30 a.m. a 5:30 p.m.). Se le dará una cita de urgencia con su PCP o un profesional de salud le indicará qué tipo de cuidado se requiere.

**¿Qué hago si el consultorio de mi PCP está cerrado?** No se preocupe. Llame a la línea directa de atención médica de 24 horas, al **1-800-442-2560**. Déle a la



operadora su nombre, su número de identificación Child Health Plus, el nombre de su PCP y la ubicación de su consultorio. Explique el problema. Nosotros:

- Lo pondremos en contacto directamente con un proveedor, o
- Le indicaremos cómo llegar a la Sala de Emergencias más cercana

## **E – CÓMO OBTENER ATENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES**

**Referimiento a un especialista.** Para ver a un especialista, primero debe conseguir un referimiento del médico de cabecera (PCP). El PCP decide que tipo de especialista usted necesita y completa un formulario de referimiento. El formulario de referimiento se le manda al especialista por fax o por correo o usted puede llevarle una copia del formulario al especialista. Su PCP puede ayudarle a programar una cita con el especialista. La Sección 7 del Contrato del Suscriptor (Parte I de este folleto) informa sobre las situaciones en que un especialista puede ser su PCP y sobre referimientos permanentes a especialistas y centros de cuidado especializado.

Si no tenemos un especialista en la red MetroPlus que pueda darle el cuidado que usted necesita, encontraremos uno fuera de la red. Antes de que usted pueda ver al especialista, su médico debe pedirle un referimiento a MetroPlus. Si necesita ver a un especialista de inmediato porque tiene una emergencia su médico no tiene que llamar para pedir un referimiento.

Para conseguir el referimiento, su médico debe darnos alguna información. Una vez que hayamos reunido toda esta información, decidiremos dentro de 3 días hábiles si usted puede ver al especialista fuera de la red. Pero, nunca demoraremos más de 14 días de la fecha en que recibimos su solicitud para tomar esa decisión. Usted o su médico pueden pedir que se haga una revisión de proceso rápido si su médico considera que una demora perjudicaría gravemente su salud. En tal caso, decidiremos y le dejaremos saber dentro de 3 días hábiles.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de MetroPlus, puede presentar una apelación (consulte la página 32 de este folleto para informarse sobre este proceso). También puede llamar a Servicios a Clientes MetroPlus al **1-800-303-9626**.

Si su médico de cabecera o MetroPlus lo refiere a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos, salvo cualquier copago conforme lo estipulado en el presente folleto.

**Auto-referimiento para servicios de obstetricia y ginecología.** Usted no necesita un referimiento de su PCP para hacer una cita con un proveedor de obstetricia y ginecología de MetroPlus. Ese proveedor puede ser un obstetra, ginecólogo, enfermera o partera autorizada para ejercer.

**Prueba y asesoramiento del VIH.** Todo lo relacionado a las pruebas y asesoramiento del VIH es confidencial. Si usted quiere hacerse la prueba, puede ver a un proveedor de MetroPlus. O, usted puede ir a un programa anónimo de pruebas del Estado de Nueva York o de la Ciudad de Nueva York donde sólo usted sabrá cuál es el resultado. De cualquier manera, no necesita un referimiento.

**Si está embarazada,** usted y su bebé podrían ser elegibles para recibir Medicaid. Nosotros le diremos cómo puede saber si este es su caso. Llame a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626**.

**Servicios relacionados a la mastectomía.** Si a usted le hicieron la mastectomía, puede recibir servicios relacionados a la mastectomía, incluyendo reconstrucción y cirugía para lograr simetría de los senos, prótesis y tratamiento de complicaciones que resulten de la mastectomía (incluso linfedema). Para información adicional, llame a Servicios a Miembros a **1-800-303-9626**.

## **F – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**

Revisión de utilización se le llama al proceso de decidir si un cuidado es médicamente necesario y si será autorizado o pagado por MetroPlus. Nuestro personal de revisión de utilización está disponible de 8:30 am a 5:00 pm de lunes a viernes.

Usted puede llamar a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** o puede mandar su solicitud para una revisión de utilización por fax al **212-908-8521**. Un Representante de Servicios a Miembros responderá cualquier pregunta que tenga sobre el proceso y lo pondrá en contacto con el Departamento de Revisión de Utilización, si es necesario.

Contamos con una línea directa de atención médica de 24 horas. Usted puede llamar al **1-800-442-2560** si necesita ayuda de inmediato con un problema médico. El personal de revisión de utilización responderá a su mensaje al siguiente día hábil.

**Autorización previa:** Los siguientes servicios deben ser aprobados con anticipación (preautorizados) por su médico de cabecera o por MetroPlus, como se indique.

Los médicos de cabecera pueden autorizar referimientos para:

- Atención especializada.
- Equipos médicos durables.
- Radiología (incluso imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), etc.).
- Servicios de laboratorio.
- Atención domiciliaria.
- Chequeo de la audición/audiología.

Los médicos de cabecera deben conseguir la autorización previa de MetroPlus para:

- Un referimiento permanente a un especialista.
- Una internación optativa.
- Un procedimiento ambulatorio optativo.
- Un referimiento a un proveedor fuera de la red de MetroPlus.

Cuando se solicite una autorización previa, se tomará una decisión respecto a la revisión de utilización y ésta se le comunicará a usted (o a su representante designado) y a su proveedor de atención médica, en un lapso de tres días hábiles, una vez que MetroPlus haya recibido la información necesaria para tomar dicha decisión.

**Revisión de utilización concurrente:** Cuando se solicita una autorización para continuar o ampliar un tratamiento autorizado que actualmente está recibiendo, se tomará una decisión y se le informará a su proveedor de atención médica por teléfono y por escrito en un lapso de un día después de que recibamos la información necesaria para tomar la decisión.

**Entrega después de recibir servicios:** Cuando una revisión de utilización es en relación al pago por servicios ya recibidos, se tomará una decisión y se le informará al proveedor por escrito en un lapso de treinta días después de que se reciba toda la información necesaria.

**Si MetroPlus no toma una decisión respecto a una revisión de utilización inicial dentro del plazo requerido,** se considerará una decisión desfavorable sujeta a apelación.

**Aviso de la decisión desfavorable:** Si MetroPlus decide que los servicios por los cuales se solicita una autorización o pago son o no fueron médicamente necesarios, le daremos los motivos de la decisión y le explicaremos cómo usted o su proveedor pueden apelar si no quedan conformes.

**Reconsideración y apelaciones:** Si decidimos no autorizar los servicios que su proveedor de atención médica recomienda y no hemos hablado con este proveedor, el proveedor nos puede pedir que reconsideremos la decisión. La reconsideración se hará dentro de un día hábil de haberla solicitado. Las decisiones desfavorables se pueden apelar. Consulte la Sección 11 en la Parte I de este folleto (el Contrato del Suscriptor) para información adicional acerca de las apelaciones de Revisión de Utilización de MetroPlus y de las apelaciones externas del Estado de Nueva York.

MetroPlus puede revocar un servicio o procedimiento de tratamiento preautorizado con retroactividad, (1) cuando la información médica pertinente que se nos presente sea considerablemente diferente a la información que se presentó durante la revisión de preautorización; y (2) la información médica pertinente que se nos presente al hacer la revisión retrospectiva existía al momento de la preautorización pero no nos la divulgaron o no se nos puso a nuestra disposición; y (3) no sabíamos que existía la información al momento de la revisión de preautorización; y (4) si hubiéramos sabido que existía esta información, el tratamiento, servicio o procedimiento que se solicitó no habría sido autorizado. La decisión se hará usando las mismas normas, criterios o procedimientos específicos que se usan durante la revisión de preautorización.

## **G – CÓMO RECIBIR AYUDA DE SERVICIOS A MIEMBROS**

Los Representantes de Servicios a Miembros de MetroPlus están aquí para ayudarle. Si usted tiene una pregunta, reclamo o simplemente necesita información, siga los siguientes pasos:

1. Llame a Servicios a Miembros, de lunes a sábado de 8 AM – 8 PM a la línea gratuita **1-800-303-9626**. Un Representante de Servicios a Miembros le ayudará a resolver el problema o a brindarle la información que necesite.
2. También puede llamar fuera de horas hábiles si tiene un asunto de Servicios al Miembro que piensa que no puede esperar. Una máquina

contestará su llamada y le indicará qué información debe proporcionar. Un Representante de Servicios a Miembros le llamará en persona el siguiente día hábil.

3. Si tiene algún problema que no se resuelve al llamar a Servicios a Miembros, usted puede presentar un reclamo formal ante nosotros o ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (Consulte la Sección 11 para información adicional sobre cómo presentar reclamos.)

Mientras que nuestros Representantes de Servicios a Miembros siempre tratarán de ayudarle a resolver sus problemas o inquietudes, usted siempre deberá llamar a su médico de cabecera primero cuando se trata de cualquier problema médico.

## **H – AYUDA PARA MIEMBROS QUE NO HABLAN INGLÉS Y PARA AQUELLOS QUE TIENEN DISCAPACIDADES AUDITIVAS O DE LA VISTA**

Además de inglés, este folleto también está disponible en español. También está disponible en braille y en audio cassette.

Nuestro directorio de proveedores indica los idiomas que hablan los proveedores además del inglés. Servicios de interpretación están disponibles en muchos sitios de nuestros proveedores. Contamos con Representantes de Servicios a Miembros que le pueden ayudar en español, criollo haitiano, ruso y chino. Si es necesario, podemos coordinar servicios de intérpretes por medio de ATT Language Bank.

Miembros con discapacidades auditivas con acceso a una máquina TDD pueden hacer sus preguntas llamando al **1-800-881-2812**.

## **I – PREVENCIÓN CONTRA EL FRAUDE**

Usted puede ayudar a prevenir el fraude de atención médica. Proteja su tarjeta de identificación de MetroPlus Health Plan como lo haría si fuera una tarjeta de crédito. Sea precavido al dar su número de identificación a personas desconocidas. Alguien podría usar su tarjeta para cometer un fraude. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llame a Servicios a Miembros de MetroPlus de inmediato. Al igual, si recibe una factura por servicios que deben ser pagados por MetroPlus, llame a Servicios a Miembros.

## **J – DEPARTAMENTO DE CONDUCTA MÉDICA PROFESIONAL**

Usted puede llamar al Departamento de Conducta Médica Profesional del Estado de Nueva York si tiene preguntas sobre la licencia de su proveedor. Llame gratuitamente al **1-800-663-6114** de lunes a viernes, entre 8:30 a.m. y 5 p.m.

## **K – SUGERENCIAS DE MIEMBROS SOBRE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS**

Agradeceremos sus ideas para mejorar a MetroPlus Health Plan. Para darnos sus sugerencias, favor de llamar al **1-800-303-9626** o escribanos a:

MetroPlus Health Plan  
160 Water Street, 3rd Floor  
New York, NY 10038  
Attention: Member Services Department

## **L – CÓMO SE LE PAGA AL PROVEEDOR**

MetroPlus paga por los servicios de dos maneras. Por servicios brindados por su médico de cabecera (PCP), pagamos una cantidad fija cada mes por cada miembro de MetroPlus. La cantidad no se verá afectada por el número de veces que ve a su PCP ni por la cantidad de servicios que usted recibe de su PCP. Para todos los demás servicios, nosotros recibimos una factura del proveedor por los servicios que de hecho fueron brindados y pagamos los precios establecidos en nuestros contratos. No utilizamos métodos de retenciones, participación en la ganancia ni cualquier otro método de pago que podría causar que los médicos brinden menos servicios.

## **M – INFORMACIÓN ADICIONAL DISPONIBLE A SU PETICIÓN**

La siguiente información está a su disposición. Para pedirla, favor de llamar al **1-800-303-9626**.

- Nombres y direcciones de los representantes y directores de MetroPlus.
- Una copia de nuestro estado financiero anual más reciente.
- Información sobre reclamos del consumidor del Departamento de Seguros.
- Los procedimientos de protección de confidencialidad de MetroPlus.
- Una lista de los medicamentos por los cuales pagaremos.

- Una descripción de lo que hacemos para asegurar que la atención brindada sea de calidad.
- Una descripción de la manera en que decidimos si aprobamos cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento experimental o de investigación.
- Información sobre las afiliaciones de nuestros proveedores de atención médica a los hospitales MetroPlus.
- Las normas médicas de MetroPlus escritas sobre el cuidado para una enfermedad o problema médico en particular (a petición escrita).
- El proceso de inscripción y requisitos mínimos para que proveedores de atención médica puedan ser proveedores de MetroPlus.
- Información adicional sobre directivas anticipadas.

## **N - DECLARACIÓN DE DERECHOS DE MIEMBROS DE METROPLUS**

La declaración de derechos de miembros de MetroPlus Health Plan les da los siguientes derechos a miembros quienes reciben atención en cualquier centro de salud participante:

1. El derecho a ser tratado con consideración, dignidad y respeto, sea cual sea su condición física y emocional.
2. El derecho a recibir toda la información respecto al diagnóstico, tratamiento y resultado en un idioma que usted entienda con facilidad.
3. El derecho a estar informado del nombre, título y función de cualquier persona que tenga que ver con su cuidado, al igual que a la información sobre sus cualificaciones profesionales.
4. El derecho a recibir la información necesaria para consentir de manera informada antes de empezar cualquier proceso o tratamiento (salvo en casos de emergencia cuando no se pueda conseguir un consentimiento informado).
5. El derecho a negarse a recibir tratamiento hasta el punto donde lo permite la ley y a estar informado de cualquier problema médico que usted pueda sufrir por falta de tratamiento.
6. El derecho a recibir la atención médica de emergencia necesaria cuando llegue a la sala de emergencias.
7. El derecho a recibir atención y tratamiento confidencial y a que todos sus expedientes médicos permanezcan confidenciales salvo en casos permitidos por la ley.

8. El derecho a que un médico, o representante del médico, le informe sobre cualquier necesidad especial de atención médica que usted pueda tener después de que se le dé de alta o sea trasladado.
9. El derecho a negarse a participar en cualquier tratamiento experimental o de investigación como parte de su cuidado o tratamiento, a menos que usted tenga pleno conocimiento y esté de acuerdo.
10. El derecho a recibir tratamiento sin ser discriminado por causa de su edad, raza, color, religión, sexo, orientación sexual u origen.
11. El derecho a expresar o presentar un reclamo por escrito sin temor a represalias.
12. El derecho a que se realicen decisiones como usted lo solicite en una directiva anticipada.





## Números telefónicos importantes

Para recibir ayuda de **Servicios a Miembros de MetroPlus**, llame al **1-800-303-9626** (TDD: **1-800-881-2812**)

Si tiene una pregunta o reclamo o necesita otro tipo de ayuda, llame a Servicios a Miembros de MetroPlus (gratuitamente) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado.

### **Atención médica durante horas hábiles (8:30 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes)**

Para hacer o cambiar una cita, o si tiene preguntas sobre su tratamiento médico o de salud, llame a su médico de cabecera. Escriba los números telefónicos de sus proveedores aquí:

<b>Nombre</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Médico de cabecera:</b>	
<b>Obstetricia/Ginecología:</b>	
<b>Otro:</b>	
<b>Otro:</b>	

### **Fuera de horas hábiles, llame a la línea directa de atención médica las 24 horas al: 1-800-442-2560**

Si necesita atención médica después de horas hábiles o durante los fines de semana, llame a nuestra línea directa de atención médica las 24 horas (gratuitamente). El personal de la línea directa lo pondrá en contacto con su médico de cabecera o si su médico de cabecera no puede ser localizado, otro proveedor de MetroPlus quien trabaja con su médico de cabecera le podrá ayudar.

### **Servicios de emergencia**

En caso de emergencia, *llame al 911 y siga las instrucciones o vaya a la sala de emergencias más cercana.* **Afección de Emergencia y Servicios de Emergencia** se definen en la página 4.

## **Revisión de Utilización de MetroPlus**

Para revisar una decisión sobre un tratamiento que no es médicamente necesario, llame a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626**. Un Representante de Servicios a Miembros responderá a cualquier pregunta que usted tenga respecto al proceso y pasará su llamada al Departamento de Revisión de Utilización, si es necesario.

**Línea directa de reclamos del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: 1-800-206-8125**





Estimado Miembro de MetroPlus:

Al igual que muchas personas hoy en día, usted se debe preguntar qué sucede con su información personal que su plan de salud recibe. Los dos avisos de privacidad incluidos en su paquete de bienvenida le informan sobre sus derechos de confidencialidad, la información personal que MetroPlus Health Plan reúne, lo que hacemos con esa información y los pasos que tomamos para que se mantenga confidencial y segura. El aviso de una página, titulado “Aviso de Confidencialidad”, le da información requerida conforme a la Norma de Seguro 169 de Nueva York. El aviso más largo, titulado “Aviso de Prácticas de Confidencialidad en Relación a la Información sobre la Salud”, le informa sobre nuestro uso y divulgación de su información médica y sus derechos conforme lo estipulado en la norma de confidencialidad federal HIPAA.

El compromiso de nuestra compañía a la confidencialidad de nuestros clientes no es de novedad. Los miembros de MetroPlus nos han confiado su información personal todo el tiempo que hemos estado en actividad comercial. Nosotros valoramos esa confianza y tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de proteger su confidencialidad.

Por favor, lea los avisos de confidencialidad detenidamente. No es necesario que responda. Sin embargo, si tiene preguntas, las atenderemos con gusto. Por favor, llame al Departamento de Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** (TTY —teléfono de texto para personas con problemas de audición y habla— 1-800-881-2812).

Sinceramente,  
MetroPlus Health Plan



## **Aviso de Confidencialidad**

MetroPlus Health Plan respeta sus derechos de confidencialidad. Este aviso describe la manera en que nos encargamos de su información personal, financiera y de salud (“Información”) que recibimos sobre usted y lo que hacemos para que se mantenga confidencial y segura como lo estipula la Ley de Seguros del Estado de Nueva York (Norma 169).

### **Categorías de Información que reunimos y podríamos divulgar**

MetroPlus reúne Información sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que usted nos da en solicitudes y otros formularios o que usted nos dice; e
- Información sobre su relación con nosotros, con los proveedores de atención médica con quienes trabajamos y con otros.

### **Lo que hacemos con su Información**

**No le divulgamos Información sobre nuestros miembros y antiguos miembros a nadie, salvo en casos permitidos por la ley.**

Sí usamos Información conforme lo permite la ley para fines del plan de salud, tales como los siguientes:

- Para brindar los beneficios de atención médica que usted recibe como miembro de MetroPlus Health Plan; por ejemplo, para encargarnos de un tratamiento que usted necesite y para pagar por los servicios que usted reciba;
- Para informarle a usted sobre los programas y servicios que están a su disposición como miembro de MetroPlus; y
- Para administrar nuestra compañía y cumplir con los requisitos legales y normativos

### **Cómo protegemos su confidencialidad**

- Limitamos el acceso a su Información a empleados y a otras personas quienes la necesitan para realizar las actividades comerciales de MetroPlus Health Plan o para cumplir con los requisitos legales y normativos.
- Los empleados están sujetos a ser sancionados, y pueden ser despedidos, si infringen nuestras normas y procesos de confidencialidad.
- También usamos medidas preventivas físicas, electrónicas y de procedimiento para que la Información se mantenga confidencial y segura conforme lo estipulan las normas estatales y federales.

### **Antiguos miembros**



Si su afiliación a MetroPlus Health Plan termina, su Información permanecerá protegida conforme lo estipulado en nuestras normas y procedimientos para los miembros actuales.

**Usted nos puede contactar a la dirección o al número de teléfono a continuación para:**

- Pedir información adicional sobre nuestras normas y prácticas de confidencialidad,
- Presentar un reclamo ante nosotros relacionado a la confidencialidad, o
- Solicitar (por escrito) que se revise su Información en nuestros archivos.
- Reportar presuntos fraudes o abusos.

**Member Services, MetroPlus Health Plan, 160 Water St., 3rd Floor**

**New York, NY 10038**

**Teléfono: 1-800-303-9626 (TTY 1-800-881-2812)**

**Línea gratuita anónima de cumplimiento: 1-888-245-7247**



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO DETENIDAMENTE.**

**MetroPlus Health Plan**  
**Aviso de Prácticas de Confidencialidad en Relación**  
**a la Información sobre la Salud**  
Vigente a partir del 14 de abril, 2003

**I. Nuestro deber legal**

De acuerdo a la ley, MetroPlus debe proteger la confidencialidad de la información médica que muestre quién es usted. MetroPlus también tiene que darle el presente aviso para informarle sobre nuestros deberes legales y nuestras prácticas de confidencialidad – las maneras en que MetroPlus puede utilizar y dar (“divulgar”) su información protegida sobre la salud (“IPS”). De acuerdo a la ley, MetroPlus debe cumplir con las prácticas estipuladas en nuestro aviso de confidencialidad actual.

**II. Cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud**

**A. MetroPlus DEBE divulgar su información protegida sobre la salud (IPS):**

- A usted o a alguien quien tenga el derecho legal de actuar por usted (su representante personal),
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si lo es necesario, para asegurar que su confidencialidad esté protegida, y
- En casos cuando lo requiera la ley.

Para estas divulgaciones no se necesita su consentimiento por escrito. Algunos ejemplos de divulgaciones que podrían ser requeridas por ley incluyen: (a) divulgaciones a organismos gubernamentales como lo estipulan las leyes de Nueva York que regulan las organizaciones para el mantenimiento de la salud; (b) reportar a funcionarios de salud pública información sobre abuso infantil, violencia doméstica, nacimientos, muertes y varias enfermedades; (c) respuestas a órdenes judiciales y citatorios emitidos por los jurados de acusación o tribunales administrativos; y (d) divulgaciones requeridas para cumplir con leyes de compensación a los trabajadores.



B. MetroPlus PODRÍA utilizar y divulgar su IPS por los motivos que se describen a continuación:

Conforme a lo que estipula la ley de Nueva York, se requiere su consentimiento para ciertas divulgaciones, salvo hasta el punto que tales divulgaciones se hagan al Departamento de Salud con fines de control o supervisión de calidad, o en casos en que lo requiera la ley.

Normalmente, el consentimiento requerido se encuentra en la solicitud de inscripción y en los formularios de renovación. Cuando se hacen divulgaciones por estos motivos, MetroPlus también debe cumplir con leyes federales, estatales y locales que proporcionan protecciones especiales de confidencialidad respecto a información sobre VIH, salud mental y tratamiento para la dependencia de químicos.

1. Tratamiento: Podemos utilizar su información protegida sobre la salud (IPS) y divulgarla a proveedores de atención médica conforme lo requieran para que usted reciba la atención médica que necesita. Por ejemplo, una administradora de atención de enfermería de MetroPlus podría ayudarle a coordinar servicios especiales o equipo médico que su médico solicite. En tal caso, la administradora podría tener que hablar de su condición y necesidades específicas con proveedores para poder asegurar que usted recibirá los servicios o equipo adecuado cuando los necesite. También les damos a nuestros administradores de farmacias y beneficios dentales una cantidad limitada de IPS que necesitan para brindarles beneficios a los miembros.
2. Pago: MetroPlus utiliza y divulga IPS para pagar por servicios cubiertos por su plan de salud. Por ejemplo, los proveedores de atención médica que lo atienden nos mandan una factura por sus servicios e incluyen IPS en sus facturas. MetroPlus usa esta información para determinar si el Plan cubre los servicios y el monto que MetroPlus debe pagar. También podríamos revisar los expedientes médicos de su médico u hospital para decidir si los servicios son médicamente necesarios o para verificar una afección médica de emergencia. Además, MetroPlus podría divulgar su IPS a proveedores o a sus agentes encargados de facturar, tanto en la explicación de pagos del Plan como en la resolución de disputas de pago.

MetroPlus también puede utilizar y divulgar su información protegida sobre la salud (IPS) conforme sea necesario para recibir pagos por lo que hacemos. Por ejemplo, el Estado de Nueva York le paga a MetroPlus por administrar los beneficios del plan de salud para personas inscritas en programas de Medicaid Managed Care, Family Health Plus y Child Health Plus. MetroPlus divulga una cantidad limitada de IPS al facturar al Estado y podría divulgar IPS conforme sea necesario para resolver disputas de pagos. También, para poder recibir pagos del Estado, MetroPlus debe cumplir con sus



responsabilidades conforme a lo que estipulan nuestros contratos con el Estado y la Ciudad de Nueva York. Estas responsabilidades incluyen reportar información de salud personal conforme lo requiera el Estado y la Ciudad por su supervisión y administración de estos programas. Otro ejemplo, MetroPlus puede utilizar o divulgar su IPS para conseguir pago de acuerdo a un contrato por reaseguro.

3. Manejo de Atención Médica: MetroPlus puede utilizar y divulgar su información protegida sobre la salud (IPS) conforme sea necesario para asegurar que usted reciba atención médica de calidad y los servicios del plan de salud. Estas actividades podrían realizarse por nuestros empleados o por socios que tienen contratos con MetroPlus. Algunos ejemplos se dan a continuación.

Para poder brindar servicios a clientes, podríamos utilizar su IPS y divulgarla a proveedores o socios contratados. Por ejemplo, para investigar y resolver un reclamo o problema que se nos presente, nuestro personal podría tener que hablar de la situación, incluso alguna de su IPS, con personas dentro y fuera de MetroPlus. Otro ejemplo sería, MetroPlus les da una cantidad limitada de información de contacto y de cobertura de miembros a las compañías que operan nuestra línea directa de atención médica después de horas hábiles, para que sus representantes puedan pasar su llamada a proveedores de atención médica.

MetroPlus puede utilizar y divulgar su IPS (por ejemplo, al llamarle o mandarle una carta) para recordarle de una cita para un tratamiento o que es tiempo de hacer una cita para su chequeo normal o para una vacunación o para darle información sobre alternativas al tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que podrían ser de su interés.

La administración de calidad también podría conllevar el uso y divulgación de su información protegida sobre la salud. Esto incluye la evaluación del rendimiento de nuestros empleados, proveedores contratados y socios al igual que controlar y mejorar la calidad de los programas, información y procesos comerciales del Plan. Por ejemplo, su expediente médico puede ser revisado por nuestro personal de control de calidad o enfermeras contratadas que evalúan la calidad del cuidado que le brindamos a usted y a todos los miembros del Plan.

Otros ejemplos de las actividades de MetroPlus que forman parte del manejo del plan de salud y podrían conllevar el uso y divulgación de su IPS incluyen: archivar la tarifa de la prima y otras actividades que requieren contrataciones para brindar cobertura médica; auditorías financieras; planificación y desarrollo comercial; revisión de



licencias, certificaciones y acreditaciones; revisión de cumplimiento interno; conseguir servicios legales y el manejo de asuntos legales, y; prevención y detección de fraude.

4. Actividades de supervisión de salud por organismos gubernamentales autorizadas por la ley. Por ejemplo, daremos información para ayudar a que el gobierno realice una investigación o inspección de un proveedor de atención médica.
5. Actividades de organismos de salud pública autorizadas por la ley. Por ejemplo, proporcionaremos información para ayudar a que el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York mantenga su registro de vacunaciones de niños.
6. Divulgación para prevenir un riesgo grave e inminente contra su salud y seguridad o contra la salud y seguridad de otra persona o contra el público a alguien que pueda ayudar a prevenir el peligro.
7. Motivos de cumplimiento de leyes, tal como cuando lo requiera una orden judicial o para denunciar actos de delincuencia en el plan de salud.
8. Funciones gubernamentales especializadas autorizadas por la ley. Si usted es miembro o veterano de las fuerzas armadas, podríamos divulgar su información protegida sobre la salud (IPS) requerida por las autoridades militares. También podríamos divulgar su IPS a funcionarios federales autorizados por motivos de actividades de seguridad nacional. Además, podríamos divulgar la IPS de presos a correccionales, en circunstancias limitadas.

### **III. Su autorización es requerida para otros usos y divulgaciones**

La ley requiere que MetroPlus obtenga su permiso por escrito (una “autorización”) para utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud para cualquier motivo que no se incluya en una de las categorías de usos y divulgaciones detalladas en el presente aviso. Usted puede retirar (“revocar”) su autorización en cualquier momento al escribirle una carta al Encargado de Confidencialidad de MetroPlus. Su carta entrará en vigor a partir de la fecha en que la reciba MetroPlus, pero nosotros no podemos retirar ninguna divulgación ya hecha.

### **IV. El resto de sus derechos de confidencialidad de información médica**

- A. Ver y recibir una copia de su información protegida sobre la salud (IPS). En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su información médica que nosotros podemos utilizar para tomar decisiones sobre usted. Las solicitudes se deben mandar por escrito al Encargado de Confidencialidad de MetroPlus. Si nosotros no tenemos su IPS pero sabemos quien la tiene, le informaremos a quien pedírsela.



Nosotros le responderemos dentro de 30 días de haber recibido su solicitud por escrito. En algunos casos, nosotros podríamos negar su solicitud. Si lo hacemos, le daremos nuestros motivos por escrito respecto a la denegación y le explicaremos el derecho que usted tiene a que su denegación sea revisada.

De acuerdo a lo que permite la ley, le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite. En lugar de proporcionar la IPS que usted solicitó, podríamos darle un resumen o explicación de la IPS con tal de que usted primero se comprometa a ello y al costo.

- B. Que su información protegida sobre la salud (IPS) sea corregida o actualizada (“enmendada”) si usted cree que está incorrecta o que falta algún dato importante y nosotros consentimos. Usted debe mandar una solicitud y sus motivos por la enmienda por escrito al Encargado de Confidencialidad de MetroPlus. Nosotros le daremos una respuesta dentro de 60 días de haber recibido su solicitud. Si no podemos tomar una decisión dentro de 60 días, podríamos prolongar el periodo por un plazo no mayor a 30 días adicionales. Si necesitamos prolongar el periodo, le informaremos de la demora y de la fecha para cuando se tomará una decisión respecto a su solicitud. Si aprobamos su solicitud, haremos el cambio a su IPS y le avisaremos de ello. Si nosotros sabemos o usted nos informa que alguien más recibió la IPS que consentimos enmendar, también les informaremos de la corrección.

Podríamos denegar su solicitud si no se hace por escrito o si no incluye un motivo por la solicitud. Igualmente, podríamos denegar su solicitud si:

- nosotros no creamos la información, a menos que la persona o la entidad que haya creado la información deje de estar disponible para hacer la corrección;
- la información no está en los expedientes a los cuales usted tiene derecho a ver o copiar;
- la ley no nos permite divulgar la IPS; o
- la IPS está correcta y completa.

Nuestra denegación por escrito indicará los motivos por haber denegado su solicitud y explicará su derecho a presentar una declaración de disconformidad por escrito. Si usted no presenta tal declaración, tiene derecho a pedir que su carta de solicitud y nuestra denegación se adjunten a las divulgaciones de la IPS que se hagan en el futuro.

- C. Recibir una lista (un “informe”) de las divulgaciones que hemos hecho de su información protegida sobre la salud (IPS). La lista no incluirá las veces en que su IPS se le dio directamente a usted o a su representante personal o a otras personas con su



autorización. La lista tampoco incluirá divulgaciones hechas para tratamientos, pagos o el manejo de atención médica, o por motivos de seguridad nacional, al personal de correccionales o de cumplimiento de leyes, o antes del 14 de abril, 2003.

Para recibir un informe de las divulgaciones, mande una solicitud por escrito al Encargado de Confidencialidad de MetroPlus. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser mayor a seis años y no debe incluir fechas antes del 14 de abril, 2003. Tomaremos una decisión respecto a su solicitud dentro de 60 días si lo es posible. Si necesitamos más tiempo, podríamos demorar hasta 30 días más. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Tenemos derecho a cobrarle por el costo de proporcionar más listas en un lapso de 12 meses de haber proporcionado la gratuita. Le diremos cuál es el costo y usted tiene la opción de retirar o modificar su solicitud antes de incurrir cualquier costo.

- D. Pedir que MetroPlus restrinja o limite la forma en que usamos o divulgamos su IPS para tratamientos, pagos o el manejo de atención médica. Consideraremos su solicitud, pero conforme a lo que estipula la ley no tenemos que consentir en hacerlo. En caso de que consintamos, cumpliremos con su solicitud a menos que un proveedor necesite la información para darle tratamiento de emergencia o si la ley requiere que se haga una divulgación.

Para solicitar una restricción, escríbale al Encargado de Confidencialidad de MetroPlus. Su solicitud nos debe indicar: (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere que apliquen los límites – por ejemplo, a su cónyuge o padres.

- E. Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a pedir que le comuniquemos su IPS de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que le llamemos por teléfono solamente a su lugar de empleo, o que le mandemos correspondencia sólo a una dirección en particular. Complaceremos todas las solicitudes que sean razonables con las que podamos cumplir. Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** (TTY 1-800-881-2812).
- F. Recibir una copia impresa del presente aviso. Usted puede recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, sólo tiene que llamar al Departamento de Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** (TTY 1-800-881-2812).

**V. Enmiendas a las prácticas de confidencialidad y al presente aviso**



Nos reservamos el derecho a enmendar nuestras prácticas de confidencialidad y el presente aviso en cualquier momento de acuerdo a lo que estipula la ley. Estas enmiendas aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si hacemos una enmienda considerable, le mandaremos un aviso nuevo por correo antes de que la enmienda entre en vigor.

## **VI. Reclamos**

Si usted cree que MetroPlus ha violado sus derechos de confidencialidad, usted puede presentar un reclamo ante nuestro Encargado de Confidencialidad a la dirección o número de teléfono a continuación, o puede llamar a Servicios a Miembros al **1-800-303-9626** (TTY 1-800-881-2812). También puede mandar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias en contra suya por presentar un reclamo.

## **VII. Información de contacto del Encargado de Confidencialidad**

Si tiene preguntas respecto a nuestras prácticas de confidencialidad, o si quiere presentar un reclamo o ejercer los derechos detallados en la sección IV, artículos A, B, C y D detallados anteriormente, favor de contactar a:

MetroPlus Privacy Officer  
160 Water Street, 3rd Floor  
New York, NY 10038  
Teléfono: (212) 908-8600    Fax: (212) 908-8620  
E-mail: [MetroPlusPrivacyOfficer@nychhc.org](mailto:MetroPlusPrivacyOfficer@nychhc.org)











0004100327

X45368-000001  
LURIE SAMPLE  
17 MAIN STREET  
APT 2  
NEW YORK, NY 12303

