



# Contrato del suscriptor de HARP



Highmark Blue Cross Blue Shield  
of Western New York

[bcbswny.com/stateplans](https://bcbswny.com/stateplans)

# **Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York Manual del miembro**

**Marzo de 2023**

En este manual, se describe cómo usar el plan  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York.  
Guarde el manual donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-231-0847 (TTY 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-231-0847 (TTY 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-231-0847 (TTY 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (TTY 711) رقم هاتف الصم والبكم 866-231-0847	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 866-231-0847 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-231-0847 (телетайп: TTY 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-231-0847 (TTY 711).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-231-0847 (TTY 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 866-231-0847 (TTY 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט (TTY 711) 866-231-0847.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-231-0847 (TTY 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-231-0847 (TTY 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে ফোন করুন ১- 866-231-0847 (TTY 711)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 866-231-0847 (TTY 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-231-0847 (TTY 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 866-231-0847 (TTY 711)۔	Urdu
BAÁ ÁKOHWIINIDZIN: Saad bee áka'e'eyeed bee áka'anída'awo', t'áá jíík'eh ta' ná hólóoggo át'é. Kohjì' 866-231-0847 (TTY 711) hodíilnih.	Navajo

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

**Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY)** cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Highmark BCBSWNY** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Highmark BCBSWNY** proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de ayuda con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Highmark BCBSWNY** al 866-231-0847. Para servicios TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **Highmark BCBSWNY** no le brindó estos servicios o le dio un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante **Highmark BCBSWNY** por los siguientes medios:

Correo postal: Member Complaints and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429  
Teléfono: 866-231-0847 (para servicios TTY/TDD, llame al 711)  
Fax: 844-759-5954  
En persona: Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
257 West Genesee Street, #110  
Buffalo, NY 14202

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

Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Los formularios de queja están disponibles en  
[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)  
Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## **Aquí es donde encontrará la información que desea**

BIENVENIDO AL PLAN HEALTH AND RECOVERY DE HIGHMARK BLUE CROSS BLUE SHIELD OF WESTERN NEW YORK.....	8
Cómo funcionan los planes Health and Recovery .....	8
El plan, nuestros proveedores y usted .....	8
Confidencialidad .....	10
Cómo usar este manual .....	10
Asistencia de Servicios para Miembros .....	10
Su tarjeta de identificación de Highmark BCBSWNY .....	11
SECCIÓN I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER.....	12
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP).....	12
Centros de Salud Calificados Federalmente de Highmark BCBSWNY.....	13
Cuidado médico regular .....	16
Servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS).....	17
Cómo obtener cuidado especializado y referencias .....	18
Reciba estos servicios de Highmark BCBSWNY sin una referencia .....	20
Cuidado médico de la mujer.....	20
Planificación familiar .....	20
Servicios de prevención del VIH .....	21
Cuidado de los ojos .....	21
Salud conductual (salud mental y abuso de sustancias).....	22
Prueba de detección de depresión materna .....	22
Emergencias .....	22
Qué debe hacer si tiene una emergencia: .....	23
Atención de urgencia.....	23
Cuidado fuera de los Estados Unidos.....	24
Queremos que se mantenga saludable.....	24
Parte II: SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN .....	25
Beneficios.....	25
Cuidado médico regular .....	25

Cuidado preventivo .....	25
Atención de maternidad .....	25
Cuidado médico en el hogar.....	26
Servicios de cuidado personal/asistente en el hogar/asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) .....	26
Sistema personal de respuesta ante emergencias .....	26
Cuidado médico diurno para adultos.....	26
Terapia para la tuberculosis (TB).....	26
Cuidado para enfermos terminales.....	26
Cuidado dental.....	27
Cómo recibir servicios dentales .....	27
Cuidado de visión.....	27
Farmacia: artículos incluidos en su cobertura: .....	28
Farmacia: artículos no incluidos en su cobertura: .....	28
Atención de emergencia.....	29
Cuidado especializado.....	30
Atención en un centro médico residencial (hogar de ancianos).....	30
Atención de la salud conductual.....	30
Servicios de salud mental para adultos .....	31
Apoyo residencial en situaciones de crisis.....	31
Servicios intensivos residenciales en situaciones de crisis .....	31
Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS) .....	31
Servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS).....	32
Otros servicios cubiertos .....	35
Beneficios que puede recibir de nuestro plan o con su tarjeta de Medicaid .....	36
Planificación familiar .....	36
Pruebas de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual .....	36
Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis .....	36
Beneficios usando solo su tarjeta de Medicaid .....	39
Transporte.....	39
Discapacidades del desarrollo .....	40
Nuevos tipos de cuidado .....	40

Servicios no cubiertos .....	40
Si recibe una factura .....	41
Autorización de servicios .....	41
Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios .....	42
Plazos de las solicitudes de autorización previa.....	43
Plazos de las solicitudes de revisión simultánea .....	43
Otras decisiones sobre su cuidado.....	44
Plazos para otras decisiones sobre su cuidado .....	44
Cómo les pagamos a nuestros proveedores.....	45
Usted puede ayudar con las políticas del plan.....	45
Información de Servicios para Miembros .....	46
Manténganos informados .....	46
Cancelación de la inscripción y cambio de plan .....	47
Usted podría perder la elegibilidad para recibir atención administrada de Medicaid y planes Health and Recovery .....	48
Apelaciones al plan .....	48
Su proveedor puede solicitar una reconsideración .....	49
Usted puede presentar una apelación al plan .....	49
Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan:.....	51
Plazos para las apelaciones al plan:.....	52
Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado: .....	53
Apelaciones externas.....	54
Audiencias imparciales .....	55
Proceso de quejas .....	57
Cómo presentar una queja ante nuestro plan.....	58
Qué sucederá luego .....	58
Después de que revisamos su queja .....	58
Apelaciones de quejas .....	59
Cómo presentar una apelación de queja.....	59
Qué sucede después de que recibimos su apelación de su queja .....	59
Derechos y obligaciones de los miembros .....	60
Sus derechos.....	60

Sus obligaciones ..... 60  
Directivas anticipadas ..... 61  
Representante médico ..... 61  
CPR y DNR..... 61  
Tarjeta de donante de órganos..... 61  
Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA ..... 62  
Sitios web importantes ..... 70

# **BIENVENIDO AL PLAN HEALTH AND RECOVERY DE HIGHMARK BLUE CROSS BLUE SHIELD OF WESTERN NEW YORK**

Nos alegra que se haya inscrito en el Plan Health and Recovery (HARP) de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY) aprobado por el estado de New York. Los HARP son un nuevo tipo de plan que ofrece cuidado médico a los miembros de Medicaid, además de atención de la salud conductual. En este manual, salud conductual se refiere a salud mental, trastorno de abuso de sustancias y rehabilitación.

Somos un plan médico especial con proveedores que tienen mucha experiencia en el tratamiento de personas que pueden necesitar atención de la salud mental y/o atención por abuso de sustancias para mantenerse saludables. También proporcionamos servicios de administración de cuidados médicos para ayudarles a usted y a su equipo de cuidado médico a trabajar juntos para mantenerlo tan saludable como sea posible.

Este manual será su guía para toda la variedad de servicios médicos disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de Highmark BCBSWNY. Nos comunicaremos con usted en las próximas dos semanas para conocerlo mejor. Puede hacernos todas las preguntas que tenga u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros antes, solo tiene que llamarnos al **866-231-0847 (TTY 711)**. También puede visitar nuestro sitio web en [bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans) para obtener más información sobre Highmark BCBSWNY.

## **Cómo funcionan los planes Health and Recovery**

### **El plan, nuestros proveedores y usted**

Quizás haya visto o escuchado acerca de los cambios en el cuidado médico. Muchos consumidores reciben sus beneficios de salud a través de la atención administrada, que proporciona una sede central para su atención. Si recibía servicios de salud conductual con su tarjeta de Medicaid, ahora es posible que los reciba a través de Highmark BCBSWNY.

Como miembro de Highmark BCBSWNY, tendrá todos los beneficios disponibles a través de Medicaid regular. También puede usar servicios de especialidad que lo ayuden a alcanzar sus metas de salud. Ofrecemos servicios extendidos para ayudarle a estar y mantenerse saludable, y para asistirlo en su recuperación.

Highmark BCBSWNY ofrece nuevos servicios, llamados servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS) y servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE), a los miembros que reúnen los requisitos.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Estos servicios pueden ayudarle con lo siguiente:

- Encontrar una vivienda.
- Vivir de manera independiente.
- Regresar a la escuela.
- Encontrar un empleo.
- Obtener ayuda de personas que estuvieron en situaciones similares.
- Manejar el estrés.
- Evitar crisis.

Como miembro de Highmark BCBSWNY, también contará con un administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud que trabajará con todos sus proveedores de salud física y conductual para prestar especial atención a todas sus necesidades médicas. El administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud le ayudará a asegurarse de que usted reciba los servicios médicos, sociales y de salud conductual que pueda necesitar, como ayuda para encontrar una vivienda y asistencia con los alimentos.

Es posible que esté usando su tarjeta de Medicaid para recibir un servicio de salud conductual que ahora está disponible a través de Highmark BCBSWNY. Para averiguar si un servicio que usted ya recibe ahora es proporcionado por Highmark BCBSWNY, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Usted y su equipo de cuidado médico trabajarán juntos para asegurarse de que disfrute de la mejor salud física y emocional posible. Puede obtener acceso a servicios especiales para una vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.

Highmark BCBSWNY tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de New York para satisfacer las necesidades médicas de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de cuidado médico, salud mental y servicios por abuso de sustancias para que nos ayude a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otros centros de cuidado médico conforman nuestra **red de proveedores**. En nuestro directorio de proveedores, encontrará una lista. Si no tiene un directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en **[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)**.

Cuando se inscriba en Highmark BCBSWNY, uno de nuestros proveedores se ocupará de usted. La mayor parte del tiempo, esa persona será su **proveedor de atención primaria (PCP)**. Quizás desee elegir un PCP de su clínica de salud mental o abuso de sustancias. Si necesita hacerse un análisis, consultar a otro especialista o ir al hospital, su PCP lo coordinará.

Su PCP está a su disposición todos los días, de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario normal o durante el fin de semana, deje un mensaje e información sobre cómo contactarlo. El PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Si bien su PCP es su fuente principal para recibir cuidado médico, en algunos casos, puede consultar a determinados médicos para obtener ciertos servicios. Consulte la página 18 para conocer más detalles.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Es posible que pueda consultar solo a ciertos proveedores del plan en los siguientes casos:

- Si recibe atención de varios médicos por el mismo problema.
- Si recibe cuidado médico con más frecuencia de la necesaria.
- Si usa medicamentos recetados de una forma que podría resultar perjudicial para su salud.
- Si permite que una persona que no sea usted use su tarjeta con el número de identificación del plan.

### **Confidencialidad**

Respetamos su derecho a la privacidad. Highmark BCBSWNY reconoce que debe haber confianza entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de cuidado médico. Highmark BCBSWNY nunca divulgará su historial médico o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán Highmark BCBSWNY, su PCP, su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud y otros proveedores que le proporcionen atención, y su representante autorizado. Su PCP y/o administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud siempre hablarán con usted con anticipación sobre las referencias a estos proveedores. El personal de Highmark BCBSWNY ha recibido capacitación para respetar una confidencialidad estricta respecto de los miembros.

### **Cómo usar este manual**

En este manual se incluye información sobre cómo funciona su nuevo plan médico y cómo puede aprovechar Highmark BCBSWNY al máximo. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica lo que debe hacer para que el plan le resulte útil.

En las primeras páginas, encontrará lo que necesita saber de inmediato. Podrá consultar el resto del manual más adelante, cuando lo necesite. Úselo como referencia o léalo de a poco. Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual o llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**. También puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid Choice al **800-505-5678**.

### **Asistencia de Servicios para Miembros**

El personal de Servicios para Miembros está a su disposición de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. o en cualquier momento si tiene una crisis. Llame al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con las referencias, para reemplazar una tarjeta de identificación perdida, para informar el nacimiento de un bebé o que está embarazada, o para preguntar acerca de cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios.

Ofrecemos **sesiones sin cargo** para explicarle nuestro plan médico y cómo podemos ayudarle. Es un momento ideal para hacer preguntas y conocer a otros miembros. Si quiere asistir a una de las sesiones, llámenos para encontrar el lugar y la hora más convenientes para usted.

**Si no habla inglés**, podemos ayudarle. Queremos que sepa usar su plan médico, sin importar el idioma que hable. Solo tiene que llamarnos, y nosotros buscaremos la forma de comunicarnos con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudar. También le ayudaremos a encontrar un PCP que pueda prestarle servicios en su idioma.

**Si tiene una discapacidad** y usa una silla de ruedas, es ciego o tiene dificultades de audición o comprensión, llámenos para solicitar ayuda adicional. Podemos indicarle si el consultorio de un proveedor en particular tiene acceso para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios como los siguientes:

- Máquina de TTY/TDD (nuestro número de teléfono TTY es **711**).
- Información en letra grande.
- Administración de casos.
- Ayuda para programar o encontrar transporte a las citas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

**Si actualmente recibe atención en su hogar**, es posible que su enfermero o asistente no sepa que se ha inscrito en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que no se interrumpa de forma inesperada el cuidado médico en el hogar.

## **Su tarjeta de identificación de Highmark BCBSWNY**

Después de inscribirse, le enviaremos una **carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de Highmark BCBSWNY debería llegar dentro de los 14 días a partir de la fecha de inscripción. En su tarjeta figurarán el nombre y el número de teléfono de su PCP. También tendrá su número de identificación de cliente (CIN). Llámenos de inmediato si su tarjeta de identificación de Highmark BCBSWNY tiene información incorrecta. Su tarjeta de identificación no indica que usted tiene Medicaid ni que Highmark BCBSWNY es un tipo especial de plan médico.

Lleve todo el tiempo su tarjeta de identificación y muéstrela cuando quiera recibir atención. Si necesita cuidado médico antes de que llegue la tarjeta, su carta de bienvenida es prueba de que usted es miembro de Highmark BCBSWNY. También debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará su tarjeta de Medicaid para los servicios que Highmark BCBSWNY no cubre.

## SECCIÓN I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

### Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Es posible que ya haya elegido a su PCP. **Si no ha elegido un PCP, debe hacerlo inmediatamente.** Si no elige un médico en 30 días, nosotros le asignaremos uno. Servicios para Miembros (**866-231-0847 [TTY 711]**) puede verificar si ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir uno. **Quizás también pueda elegir un PCP en su clínica de salud conductual.**

Con este manual, se incluye un directorio de proveedores. Se trata de una lista de todos los proveedores, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con Highmark BCBSWNY. Incluye las direcciones, los teléfonos y las especialidades de los médicos. En el directorio de proveedores podrá ver qué médicos y proveedores admiten pacientes nuevos. Le recomendamos que llame al consultorio para asegurarse de que admiten pacientes nuevos cuando elige un PCP. También puede encontrar una lista de proveedores en nuestro sitio web en **bcbswny.com/stateplans**.

Busque un médico que tenga estas características:

- Usted ya lo ha consultado antes.
- Entiende sus problemas de salud.
- Admite pacientes nuevos.
- Puede atenderlo en su idioma.
- Atiende en un lugar al que usted puede acceder sin problemas.
- Está en una clínica que usted visita.

Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros ginecólogos obstetras para que se encargue del cuidado médico de la mujer. No se necesita la referencia de un PCP para consultar a un ginecólogo obstetra del plan. Pueden realizar chequeos de rutina, proporcionar cuidado de seguimiento cuando sea necesario y atención habitual durante el embarazo.

También tenemos contrato con varios Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC). Todos los FQHC ofrecen cuidado primario y especializado. Algunos miembros prefieren obtener su cuidado en un FQHC porque los centros tienen una larga trayectoria en la comunidad. Tal vez quiera probarlos porque se encuentran en un lugar accesible. Usted debe saber que tiene opciones. Puede elegir uno de nuestros proveedores o puede inscribirse con un PCP en uno de los FQHC con los que trabajamos, que se enumeran a continuación. Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** para obtener ayuda.

## **Centros de Salud Calificados Federalmente de Highmark BCBSWNY**

Community Health Center  
of Buffalo  
34 Benwood Ave.  
Buffalo, NY 14214  
**716-986-9199**

Jericho Road Community  
Health Center — Vive  
50 Wyoming Ave.  
Buffalo, NY 14215  
**716-892-4354**

Community Health Center  
of Cheektowaga  
934 Cleveland Drive  
Cheektowaga, NY 14225  
**716-986-9199**

Northwest Buffalo Community  
Healthcare Center  
155 Lawn Ave.  
Buffalo, NY 14207  
**716-875-2904**

Community Health Center of Lockport  
38 Heritage Court  
Lockport, NY 14094  
**716-986-9199**

Northwest Buffalo Community  
Healthcare Center  
300 Niagara St.  
Buffalo, NY 14201  
**716-875-2904**

Community Health Center of Niagara  
2715 Highland Ave.  
Niagara Falls, NY 14305  
**716-986-9199**

Northwest Buffalo Community  
Healthcare Center — Blasdell  
4233 Lake Ave.  
Blasdell, NY 14219  
**716-875-2904**

Jericho Road Community  
Health Center — Barton  
184 Barton St.  
Buffalo, NY 14213  
**716-881-6191**

Northwest Buffalo Community  
Healthcare Center — Southtowns  
151 Elmview Ave.  
Hamburg, NY 14075  
**716-875-2904**

Jericho Road Community  
Health Center — Broadway  
1021 Broadway St.  
Buffalo, NY 14212  
**716-529-3020**

Oak Orchard Community  
Health Center — Albion  
301 West Ave.  
Albion, NY 14411  
**585-589-5613**

Jericho Road Community  
Health Center — Genesee  
1609 Genesee St.  
Buffalo, NY 14211  
**716-892-2775**

Oak Orchard Community  
Health Center — Brockport  
300 West Ave.  
Brockport, NY 14420  
**585-637-5319**

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Oak Orchard Community  
Health Center — Warsaw  
81 S. Main St.  
Warsaw, NY 14569  
**585-637-3905**

Southern Tier Community  
Healthcare Network — Cuba  
132 W. Main St  
Cuba, NY 14727  
**716-375-7500**

Southern Tier Community  
Healthcare Network — Olean  
135 N. Union St.  
Olean, NY 14760  
**716-375-7500**

The Chautauqua Center  
319 Central Ave.  
Dunkirk, NY 14048  
**716-338-2935**

The Chautauqua Center — Dunkirk Dental  
314 Central Ave.  
Dunkirk, NY 14048  
**716-363-6050**

The Chautauqua Center — Jamestown  
110 E. Fourth St.  
Jamestown, NY 14701  
**716-363-6050**

Universal Primary Care — Salamanca  
445 Broad St.  
Salamanca, NY 14779  
**716-375-7500**

En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Highmark BCBSWNY. Existen tres casos en los que **podrá seguir atendiéndose con el proveedor que tenía antes de inscribirse en Highmark BCBSWNY**. En estos casos, su proveedor tendrá que aceptar trabajar con Highmark BCBSWNY. Puede continuar atendiéndose con su proveedor en los siguientes casos:

- Está embarazada de más de tres meses en el momento en que se inscribe en Highmark BCBSWNY y recibe atención prenatal. En este caso, puede conservar su médico hasta después del parto y durante el cuidado de posparto.
- En el momento en que se inscribe en Highmark BCBSWNY tiene una condición o enfermedad mortal que empeora con el tiempo. En este caso, puede solicitar conservar su proveedor durante un máximo de 60 días.
- En el momento en que se inscribe en Highmark BCBSWNY está recibiendo tratamiento por una condición de salud conductual. En la mayoría de los casos, podrá seguir utilizando el mismo proveedor. Es posible que algunas personas deban elegir un proveedor que trabaje con el plan médico. Asegúrese de hablar con su proveedor acerca de este cambio. Highmark BCBSWNY trabajará con usted y su proveedor para garantizar que siga recibiendo el cuidado que necesita.

Si Medicaid regular pagaba el cuidado médico en el hogar cuando se inscribió en Highmark BCBSWNY y usted necesita seguir recibiendo ese cuidado durante al menos 120 días, puede mantener la agencia de cuidado médico en el hogar, el enfermero o el asistente actuales, y la misma cantidad de cuidado médico en el hogar durante al menos 90 días. Highmark BCBSWNY debe informarle sobre cualquier cambio que se produzca en su cuidado médico en el hogar antes de que los cambios entren en vigencia.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Si es necesario, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días posteriores a su primera cita con el PCP. Después de eso, puede cambiar una vez cada seis meses sin motivo o con más frecuencia si tiene una buena razón para hacerlo. También puede cambiar su ginecólogo obstetra o el especialista al que su PCP lo haya referido.

Si su **proveedor deja de trabajar** para Highmark BCBSWNY, se lo informaremos dentro de los cinco días posteriores al momento en que nos enteremos. Si lo desea, usted podrá continuar atendándose con ese proveedor si tiene más de tres meses de embarazo o si está recibiendo un tratamiento en curso por una condición. Si está embarazada, puede continuar visitando a su médico durante el cuidado de posparto. Si consulta a un médico de forma periódica por un problema médico específico, puede continuar el plan de tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su médico tiene que aceptar trabajar con Highmark BCBSWNY durante este tiempo. Si alguno de estos es su caso, consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **Administración de cuidados médicos de Hogar de Salud**

Highmark BCBSWNY es responsable de proporcionar y coordinar su cuidado médico físico y sus servicios de salud conductual. Usamos Hogares de Salud para coordinar los servicios para nuestros miembros. Usted puede decidir si desea inscribirse en un Hogar de Salud, y le recomendamos que lo haga para su administración de cuidados médicos.

Highmark BCBSWNY puede ayudarlo a inscribirse en un Hogar de Salud que le asignará un administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud. Su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud puede ayudarlo a programar citas, obtener acceso a servicios sociales y realizar un seguimiento de su progreso.

Su Hogar de Salud es responsable de realizarle una evaluación para conocer qué servicios de salud conductual en el hogar y en la comunidad (BH HCBS) puede necesitar. Con la evaluación, usted y su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud trabajarán juntos para crear un plan de cuidado diseñado especialmente para usted.

El administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud puede hacer lo siguiente:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar todo su cuidado médico físico y conductual.
- Trabajar con personas de su confianza, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y obtener acceso al cuidado.
- Apoyarlo cuando recibe servicios sociales, como SNAP (cupones para alimentos) y otros beneficios de servicios sociales.
- Desarrollar un plan de cuidado con usted para ayudarlo a identificar sus necesidades y objetivos.
- Ayudar a programar citas con su PCP y otros proveedores.
- Ayudar a manejar problemas médicos permanentes, como diabetes, asma y presión arterial alta.
- Ayudarlo a encontrar servicios que lo ayuden a perder peso, comer sano, hacer ejercicio y dejar de fumar.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

- Apoyarlo durante el tratamiento.
- Identificar los recursos que necesita en su comunidad.
- Ayudarlo a encontrar o solicitar una vivienda estable.
- Ayudarlo a regresar a su hogar de manera segura después de una hospitalización.
- Asegurarse de que usted reciba cuidado de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud se comunicará con usted de inmediato para averiguar qué cuidados necesita y para ayudarlo con las citas. Su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud o un representante de su proveedor del Hogar de Salud estará disponible para usted las 24 horas, los siete días de la semana.

Si tiene una crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al **866-231-0847 (TTY 711)**.

También ofrecemos coordinación de cuidado para todos los miembros y servicios de administración de casos si no está inscrito en un Hogar de Salud. Nuestros administradores de casos pueden vincularlo con los servicios y el apoyo que necesita. Podemos ayudarlo a encontrar recursos, coordinar el cuidado entre sus proveedores, surtir recetas y trabajar con los Hogares de Salud a fin de garantizar que se satisfagan sus necesidades.

### **Cuidado médico regular**

Su cuidado médico incluirá chequeos regulares para todas sus necesidades médicas. Proporcionamos referencias a hospitales o especialistas. Queremos que los nuevos miembros consulten a su PCP en su primera visita médica poco después de inscribirse en Highmark BCBSWNY. Esto le dará la posibilidad de hablar con su PCP sobre sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier pregunta que tenga.

Su PCP está disponible para atender sus llamadas de día o de noche. Asegúrese de llamar a su PCP siempre que tenga una pregunta o una inquietud médicas. Si llama fuera del horario normal o durante el fin de semana, puede dejar un mensaje e información sobre dónde y cómo se lo puede contactar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan médico.

Puede llamar a Highmark BCBSWNY las 24 horas, los siete días de la semana al **866-231-0847 (TTY 711)** si tiene preguntas sobre los servicios o si no puede comunicarse con su PCP por alguna razón.

Su cuidado debe ser **médicamente necesario**; los servicios que recibe deben ser necesarios:

- Para prevenir, o diagnosticar, y corregir algo que podría causar más sufrimiento, o
- Para abordar un riesgo para su vida, o
- Para tratar un problema que podría provocar una enfermedad, o
- Para tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
 Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
 Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 1043907NYMSPHWN 08/22

Su PCP se encargará de la mayor parte de sus necesidades médicas. Usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si no puede llegar a una cita, llame para informar a su PCP.

Tan pronto elija un PCP, llame para programar una primera cita. Si es posible, prepárese para la primera cita. Su PCP necesitará toda la información que pueda darle sobre su historial médico. Haga una lista con sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga actualmente, todos los medicamentos que esté tomando y cualquier pregunta que desee hacerle a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera visita debe realizarse dentro de las cuatro semanas posteriores a su inscripción en el plan. Si necesita tratamiento en las próximas semanas, programe su primera cita para la primera semana posterior a su inscripción en Highmark BCBSWNY. Su administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud puede ayudarle a programar su primera cita y a prepararse para ella.

**Si necesita atención antes de su primera cita**, llame al consultorio del PCP para explicar su inquietud. De esta forma, el personal le adelantará la cita. (Aun así, deberá asistir a su primera cita para conversar sobre su historial médico y hacer preguntas).

Use la siguiente lista como guía para tener en cuenta el mayor tiempo de espera que podría tener después de solicitar una cita. Su administrador de cuidados médicos también puede ayudarle a programar citas.

- Atención de urgencia: dentro de las 24 horas
- Visitas por enfermedad que no son de urgencia: dentro de los tres días
- Cuidado preventivo de rutina: dentro de las cuatro semanas
- Primera visita prenatal: dentro de las tres semanas durante el primer trimestre, dos semanas en el segundo trimestre, una semana en el tercer trimestre
- Primera visita de planificación familiar: dentro de las dos semanas
- Visita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias por abuso de sustancias/de salud mental o una visita para pacientes hospitalizados: dentro de los cinco días
- Visita a un especialista de salud mental o abuso de sustancias que no es de urgencia: en un plazo de una semana
- Visita inicial para adultos y exámenes físicos de rutina: dentro de las cuatro semanas

### **Servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS)**

La atención de la salud conductual incluye servicios de tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias. Usted tiene acceso a los servicios que pueden ayudarlo con su salud emocional. También puede recibir ayuda con problemas relacionados con el abuso de alcohol u otras sustancias.

Si necesita ayuda para continuar viviendo en su comunidad, Highmark BCBSWNY ofrece servicios adicionales, llamados servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS). Estos servicios pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital y vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a lograr los objetivos que tenga en la vida relacionados con el empleo, el estudio u otras áreas.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Para ser elegible para estos servicios, le realizarán una evaluación. Para obtener más información, llámenos al **866-231-0847 (TTY 711)** o pregunte a su administrador de cuidados médicos sobre estos servicios.

Consulte la página 31 de este manual para obtener más información sobre estos servicios y cómo obtener acceso a ellos.

### **Servicios de salud conductual de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE)**

Los miembros elegibles pueden obtener servicios CORE a través de la recomendación de un proveedor calificado para lo siguiente:

- **Rehabilitación psicosocial (PSR)**  
Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como hacer conexiones sociales, encontrar o conservar un empleo, comenzar o regresar a la escuela y usar recursos comunitarios.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST)**  
Este servicio le ayuda a manejar los síntomas a través de consejería y tratamiento clínico.
- **Servicios de empoderamiento: Apoyo de pares**  
Este servicio lo conecta con especialistas de apoyo de pares que han pasado por la recuperación. Obtendrá apoyo y asistencia para aprender cómo:
  - Vivir con problemas de salud y ser independiente,
  - Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su propia recuperación, y
  - Encontrar apoyos y recursos naturales.
- **Apoyo y capacitación para la familia (FST)**  
Este servicio les da a sus familiares y amigos los consejos y las habilidades necesarias para brindarle ayuda y apoyo

### **Cómo obtener cuidado especializado y referencias**

Si necesita cuidado que su PCP no puede proporcionarle, este lo referirá a otros especialistas que puedan hacerlo. Si su PCP lo refiere a otro médico, pagaremos el cuidado que usted reciba. La mayoría de estos especialistas son proveedores de Highmark BCBSWNY. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las referencias.

Si considera que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Este puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente.

Algunos tratamientos y servicios requieren que su PCP le solicite a nuestro plan una aprobación previa para que usted pueda recibirlos. Su PCP le dirá cuáles son.

Si tiene problemas para obtener una referencia que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Si no hay un especialista en nuestra red de proveedores que pueda proporcionarle el cuidado que necesita, le daremos la atención necesaria con un especialista que no pertenezca a nuestro plan. Esto se denomina **referencia fuera de la red**. Su PCP o el proveedor del plan deben solicitar la aprobación de Highmark BCBSWNY antes de que pueda obtener una referencia fuera de la red. Si su PCP o el proveedor del plan lo refieren a un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted no es responsable de ningún costo, excepto de los copagos, como se describe en este manual.

Su PCP puede obtener una preautorización para servicios con proveedores fuera de la red llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**. Puede consultar los plazos en la sección **Autorizaciones de servicios** de este manual.

Es posible que, a veces, no aprobemos una referencia fuera de la red porque contamos con un proveedor en Highmark BCBSWNY que puede tratarlo. Si cree que el proveedor de nuestro plan no tiene la capacitación o la experiencia correspondientes para tratarlo, puede pedirnos que verifiquemos si su referencia fuera de la red es médicamente necesaria. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 48 para averiguar cómo hacerlo.

A veces, es posible que no aprobemos una referencia fuera de la red para un tratamiento específico porque solicitó un tipo de cuidado que no es muy diferente del que puede ofrecer un proveedor de Highmark BCBSWNY. Puede pedirnos que verifiquemos si su referencia fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesaria. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 48 para averiguar cómo hacerlo.

Su médico debe estar certificado por el Colegio de Médicos o ser un especialista que reúne los requisitos del Colegio de Médicos que trate a personas que necesiten el tratamiento que usted está solicitando.

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Existe la posibilidad de que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la página 54 para obtener más información sobre las apelaciones externas.

Quizá tenga que ver a un especialista para la atención continua de una condición médica o de salud conductual. Es posible que su PCP pueda referirlo para un determinado número de visitas o por un periodo determinado (**una referencia permanente**) para condiciones médicas. Si usted tiene una referencia permanente, no necesitará una nueva referencia cada vez que necesite cuidado. No se requiere referencia y no hay un número específico de visitas para los servicios de salud conductual.

Si tiene una enfermedad a largo plazo o incapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede coordinar lo siguiente:

- Que su especialista actúe como su PCP.
- Una referencia a un centro de cuidado que se especialice en el tratamiento de su enfermedad.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## **Reciba estos servicios de Highmark BCBSWNY sin una referencia**

### **Cuidado médico de la mujer**

No necesita una referencia de su PCP para ver a uno de nuestros proveedores si:

- Está embarazada.
- Necesita servicios de un ginecólogo obstetra.
- Necesita servicios de planificación familiar.
- Desea ver a una partera.
- Necesita hacerse un examen pélvico o mamario.

### **Planificación familiar**

Puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar:

- Asesoramiento sobre control de natalidad
- Recetas de anticonceptivos
- Preservativos masculinos y femeninos
- Pruebas de embarazo
- Esterilización
- Aborto

Durante las visitas que realiza por estos motivos, también puede hacerse análisis para la detección de infecciones de transmisión sexual, pruebas de detección de cáncer de mama o un examen pélvico.

No necesita una referencia de su PCP para estos servicios. De hecho, usted puede elegir dónde obtener estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación de Highmark BCBSWNY para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el directorio de proveedores del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

O puede usar su tarjeta de Medicaid si desea ir a un médico o clínica fuera de nuestro plan. Solicite a su PCP o a Servicios para Miembros llamando al **866-231-0847 (TTY 711)** una lista de los lugares a donde puede acudir para recibir estos servicios. También puede llamar a la Línea Directa de Creciendo Sanos (Growing Up Healthy) del estado de New York (**800-522-5006**) para obtener los nombres de los proveedores de servicios de planificación familiar cercanos a usted.

### **Pruebas de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual**

Todos deberían conocer su estado de VIH. Las pruebas de detección del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS) forman parte de su cuidado médico habitual.

Puede realizarse una prueba de detección del VIH o de ITS en cualquier momento, en una visita al consultorio o a la clínica.

Puede realizarse una prueba de detección del VIH o de ITS en cualquier momento cuando reciba servicios de planificación familiar. No necesita una referencia de su PCP. Solo tiene que programar una cita con un proveedor de servicios de planificación familiar. Si desea hacerse una prueba de detección del VIH o de ITS, pero no como parte de un servicio de planificación familiar, su PCP podrá hacerla o coordinarla para usted.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

O bien, si prefiere no atenderse con un proveedor de Highmark BCBSWNY, puede usar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de servicios de planificación familiar fuera de la red de Highmark BCBSWNY. Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Todas las personas deberían hablar con su médico acerca de la prueba de detección del VIH. Para encontrar pruebas de detección del VIH u otras pruebas gratuitas de forma anónima, llame al **800-541-AIDS** (inglés) o al **800-233-SIDA** (español).

Algunas pruebas son rápidas y los resultados estarán listos mientras espera. El proveedor que le realice la prueba le explicará los resultados y programará cuidado de seguimiento, de ser necesario. Usted también aprenderá a proteger a su pareja. Si el resultado de la prueba es negativo, le informaremos cómo evitar contagiarse.

### **Servicios de prevención del VIH**

Hay muchos servicios de prevención del VIH disponibles para usted. Hablaremos con usted sobre las actividades que podrían ponerlo a usted y a otros en riesgo de transmisión del VIH o de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Podemos ayudarle a aprender a protegerse. También podemos ayudarle a obtener preservativos para hombre y para mujer gratuitos, y jeringas limpias.

Si usted es VIH positivo, podemos ayudarle a hablar con sus parejas. También podemos ayudarle a hablar con sus familiares y amigos para que entiendan el VIH y el sida, y cómo deben tratarlo. Si necesita ayuda para hablar sobre su estado de VIH con futuras parejas, el personal de Highmark BCBSWNY le ayudará. También podemos ayudarle a hablar con sus hijos sobre el VIH.

### **Cuidado de los ojos**

Los servicios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, un optometrista y un dispensador oftálmico e incluyen un examen de la vista y un par de anteojos, si son necesarios. Puede recibir estos servicios una vez cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera necesario por motivos médicos. Las personas inscritas que tienen diagnóstico de diabetes pueden realizarse un examen de la retina con dilatación de las pupilas una vez cada 12 meses. Solo tienen que elegir a uno de nuestros proveedores participantes.

Normalmente, se proporcionan anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, una vez cada dos años. Puede pedir lentes nuevos con mayor frecuencia si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si se le rompen los anteojos, pueden repararse. Si se le pierden los anteojos o se le rompen, pero no pueden repararse, se reemplazarán con la misma receta y el mismo estilo de marco. Si necesita consultar a un oftalmólogo para tratar una enfermedad o defecto en los ojos, su PCP lo referirá.

## **Salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)**

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

Si en algún momento considera que necesita ayuda con respecto a su salud mental o un problema de abuso de sustancias, puede consultar a proveedores de salud conductual de nuestra red para ver qué servicios podría necesitar. Esto incluye servicios clínicos y de desintoxicación. **No necesita una referencia de su PCP.** No hay una cantidad de visitas específica para servicios de salud conductual.

## **Dejar de fumar**

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

## **Prueba de detección de depresión materna**

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

## **Emergencias**

Usted siempre está cubierto en caso de emergencias. En el estado de New York, una emergencia significa una condición médica o conductual con las siguientes características:

- Aparece de manera repentina.
- Causa dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de la salud tuviera miedo de sufrir un daño grave en partes o funciones del cuerpo, o una desfiguración grave, si no recibiera cuidado de inmediato.

Estos son ejemplos de casos de emergencia:

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho.
- Hemorragia persistente o quemaduras graves.
- Fracturas de huesos.
- Dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Cuando usted siente que podría lastimarse o lastimar a otros.
- Si está embarazada y tiene dolor, hemorragia, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de drogas.

Ejemplos de casos que **no son de emergencia**: resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes leves, moretones o esguinces.

Los casos que no son de emergencia también podrían ser problemas familiares, una separación o el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Estos casos podrían parecer emergencias, pero no son motivos válidos para ir a la sala de emergencia.

**Qué debe hacer si tiene una emergencia:**

Si piensa que tiene una **emergencia**, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia. No necesita la aprobación de Highmark BCBSWNY ni de su PCP para recibir atención de emergencia, y no se requiere que use nuestros hospitales o médicos.

**Si no está seguro, llame a su PCP o a Highmark BCBSWNY.**

Dígale a la persona con quien hable lo que le sucede. Su PCP o un representante de Highmark BCBSWNY harán lo siguiente:

- Le dirán lo que debe hacer en su casa
- Le dirán que visite el consultorio de su PCP
- Le informarán sobre los servicios comunitarios que puede usar, como reuniones de 12 pasos o un refugio
- Le indicarán que acuda a la sala de emergencia más cercana

**También puede comunicarse con Servicios para Miembros de Highmark BCBSWNY llamando al 866-231-0847 (TTY 711) las 24 horas, los siete días de la semana, si está en crisis o necesita ayuda con servicios de salud mental o por abuso de sustancias.**

Si tiene una emergencia cuando está **fuera del área**:

- Vaya a la sala de emergencia más cercana o llame al 911.
- Llame a Highmark BCBSWNY en cuanto pueda (dentro de las 48 horas si es posible).

**Recuerde:**

**No necesita aprobación previa para recibir servicios de emergencia.** Use la sala de emergencia **solo** si tiene una **emergencia real**.

La sala de emergencia no debe usarse para problemas como influenza, dolores de garganta o infecciones del oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a nuestro plan al **866-231-0847 (TTY 711)**.

**Atención de urgencia**

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no constituyan una emergencia, pero que, aun así, requieran atención oportuna.

- Esto podría ser una influenza o una herida que necesita suturas.
- También podría ser un esguince de tobillo o una astilla que usted no puede extraer.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Puede programar una cita para una visita de atención de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Sin importar si se encuentra en su casa o de viaje, puede llamar a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al **866-231-0847 (TTY 711)**. Dígale a la persona que lo atiende lo que le sucede. Le indicarán qué debe hacer.

### **Cuidado fuera de los Estados Unidos**

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede recibir atención de emergencia y de urgencia solo en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita cuidado médico mientras se encuentra en cualquier otro país (incluidos Canadá y México), tendrá que pagar los servicios que reciba.

### **Queremos que se mantenga saludable**

Además de los chequeos regulares y las vacunas que necesita, estos son otros servicios que proporcionamos y otras formas de mantenerlo con buena salud:

- Clases de ayuda para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo para duelo/pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Consejería sobre la diabetes y capacitación para el autocontrol
- Consejería sobre el asma y capacitación para el autocontrol
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección contra las ITS
- Servicios por violencia doméstica

Llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** o visite nuestro sitio web, **[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)**, para obtener más información y consultar una lista de las próximas clases.

## Parte II: SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información que podrá consultar cuando la necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. En el manual se explica lo que tiene que hacer si tiene una queja. Contiene otra información que podría resultarle útil. Tenga el manual a mano para cuando lo necesite.

### Beneficios

Los planes Health and Recovery ofrecen una serie de servicios además de aquellos que recibe con Medicaid regular. Proporcionaremos u organizaremos la mayoría de los servicios que vaya a necesitar. Puede usar algunos servicios sin acudir a su PCP. Entre estos, se incluyen los siguientes:

- Atención de emergencia
- Planificación familiar
- Pruebas de detección del VIH
- Servicios móviles para casos de crisis
- Servicios de autorreferencia específicos, incluidos aquellos dentro de Highmark BCBSWNY y algunos que le permiten elegir ir a cualquier proveedor del servicio de Medicaid

### Servicios cubiertos por nuestro plan

Usted debe recibir estos servicios de proveedores que pertenezcan a nuestro plan. Todos los servicios deben ser necesarios por motivos médicos o clínicos y deben ser prestados o referidos por su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los servicios a continuación.

### Cuidado médico regular

- Visitas al consultorio de su PCP
- Referencias a especialistas
- Exámenes de audición/de la vista
- Ayuda para respetar su programa de medicamentos
- Coordinación de cuidado y beneficios

### Cuidado preventivo

- Chequeos regulares
- Acceso a agujas y jeringas gratuitas
- Atención y consejería para dejar de fumar
- Educación sobre el VIH y la reducción de riesgos
- Referencias a organizaciones comunitarias para cuidado de apoyo

### Atención de maternidad

- Cuidado médico durante el embarazo
- Médico, partera y servicios hospitalarios
- Examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

### **Cuidado médico en el hogar**

- Debe ser médicamente necesario y coordinado por Highmark BCBSWNY
- Una visita de salud posparto en el hogar necesaria por motivos médicos, visitas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres en alto riesgo
- Otras visitas de cuidado médico en el hogar según sea necesario y solicitado por su PCP/especialista

### **Servicios de cuidado personal/asistente en el hogar/asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)**

- Deben ser médicamente necesarios y coordinados por Highmark BCBSWNY
- Cuidado personal/asistente en el hogar: ayuda para bañarse, vestirse, alimentarse, ayuda para preparar comidas y con las tareas domésticas.
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse, alimentarse, ayuda para preparar comidas y con las tareas domésticas, además de asistente de cuidado médico en el hogar y enfermería. Esto es proporcionado por un asistente elegido y dirigido por usted. Si desea más información, llame al 866-231-0847 (TTY 711).

### **Sistema personal de respuesta ante emergencias**

Esto es algo que usted usa en caso de que tenga una emergencia y necesite ayuda. Para calificar y recibir este servicio, debe estar recibiendo servicios de cuidado personal/asistente en el hogar o CDPAS.

### **Cuidado médico diurno para adultos**

- Debe ser recomendado por su PCP.
- Proporciona educación sobre salud, nutrición, enfermería y cuidado social, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de referencias para el cuidado dental y otros cuidados especializados.

### **Terapia para la tuberculosis (TB)**

- Consiste en ayuda para la administración de los medicamentos para la tuberculosis y cuidado de seguimiento.

### **Cuidado para enfermos terminales**

- El beneficio de cuidado para enfermos terminales ayuda a los pacientes y sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de una enfermedad y después de la muerte.
- Debe ser médicamente necesario y coordinado por Highmark BCBSWNY.
- Ofrece servicios de apoyo y algunos servicios médicos para los pacientes que están enfermos y tienen una expectativa de vida de un año o menos.
- Usted puede recibir estos servicios en su casa, en un hospital o en un hogar de ancianos.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, puede llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).

### **Cuidado dental**

Highmark BCBSWNY considera que proporcionarle cuidado dental de calidad es importante para su cuidado médico general. Ofrecemos cuidado dental a través de un contrato con el plan LIBERTY Dental, un experto en la prestación de servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos comprenden servicios dentales habituales y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento y/o cuidado de seguimiento para usted. No necesita una referencia de su PCP para ver a un dentista.

### **Cómo recibir servicios dentales**

Una vez que se inscriba en Highmark BCBSWNY, recibirá una carta de Servicios para Miembros para comunicarle que tiene que elegir a su dentista de atención primaria (PCD). Tiene 30 días desde la fecha de esta carta para elegir a un PCD; una vez transcurrido este tiempo, nosotros le asignaremos uno.

Si necesita buscar un dentista o cambiar el actual, llame a LIBERTY al **833-276-0846 (TTY 711)**. También puede llamar a Servicios para Miembros de Highmark BCBSWNY al **866-231-0847 (TTY 711)**. Los representantes del Servicio al Cliente están disponibles para ayudarlo. Muchos representantes hablan su idioma o tienen un contrato con servicios de interpretación telefónica.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro para obtener acceso a beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental por separado. Cuando visite a su dentista, debe mostrar su tarjeta con el número de identificación del plan.

Usted también puede acudir a una clínica dental que esté administrada por un centro académico dental sin una referencia. Si necesita ayuda para encontrar una clínica dental, puede llamar a LIBERTY al **833-276-0846 (TTY 711)**.

### **Cuidado de visión**

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista
- Cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, prótesis oculares y/o reemplazo de lentes perdidos o destruidos, incluidas reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Las prótesis oculares están cubiertas si las indica un proveedor del plan
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario
- Anteojos, con un nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o con más frecuencia si fuera médicamente necesario
- Examen de visión deficiente y accesorios para la vista solicitados por su médico
- Referencias a especialistas por enfermedades o defectos oculares

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

**Farmacia: artículos incluidos en su cobertura:**

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros para diabéticos
- Agentes para dejar de fumar, incluidos productos de venta libre
- Baterías para audífonos
- Anticoncepción de emergencia (seis por año calendario)
- Suministros médicos y quirúrgicos
- Fórmula enteral

**Farmacia: artículos no incluidos en su cobertura:**

- Medicamentos de alteración cosmética
- Agentes para la impotencia
- Medicamentos para la anorexia, contra la obesidad

Es posible que algunas personas, para ciertos medicamentos y artículos farmacéuticos, deban pagar un copago de farmacia. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Miembros que están embarazadas, durante todo el embarazo y durante los primeros dos meses después del mes en que termina el embarazo
- Medicamentos y suministros para planificación familiar como pastillas anticonceptivas, preservativos masculinos o femeninos, jeringas y agujas
- Consumidores que participan en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) de la Oficina de Salud Mental (OMH) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)
- Consumidores que participan en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad de la OMH o la OPWDD del estado de New York (NYS)
- Consumidores que participan en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad del Departamento de Salud de NYS para personas con una lesión cerebral traumática
- Medicamentos y suministros para planificación familiar como pastillas anticonceptivas y preservativos masculinos o femeninos
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y tuberculosis
- Miembros que pertenecen a una tribu indígena estadounidense reconocida federalmente

<b>Artículo recetado</b>	<b>Monto de copago</b>	<b>Detalles del copago</b>
Medicamentos recetados de marca	\$3.00/\$1.00	Un cargo de copago por cada nueva receta y cada reposición
Medicamentos genéricos recetados	\$1.00	
Medicamentos de venta libre, como aquellos para dejar de fumar y para la diabetes	\$0.50	

Si tiene un copago:

- Hay un copago para cada nueva receta y cada reposición.
- Su copago máximo de farmacia es de \$50 por trimestre (tres meses). El máximo de copago se restablece cada trimestre, sin importar el monto que pagó el último trimestre.

Estos son los trimestres:

- Primer trimestre: del 1.º de enero al 31 de marzo
- Segundo trimestre: del 1.º de abril al 30 de junio
- Tercer trimestre: del 1.º de julio al 30 de septiembre
- Cuarto trimestre: del 1.º de octubre al 31 de diciembre

Si no puede pagar el copago solicitado, debe informárselo al proveedor. El proveedor no puede negarse a proporcionarle servicios o productos porque usted no puede pagar el copago. (Los copagos no pagados son una deuda que usted tiene con el proveedor).

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Si se transfirió a un nuevo plan durante el año calendario, conserve sus recibos como prueba de sus copagos, o puede solicitar un comprobante de los copagos pagados a su farmacia. Deberá darle una copia a su nuevo plan.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico reciba una autorización previa antes de emitir la receta. Su médico puede trabajar con Highmark BCBSWNY para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Conozca más sobre la autorización previa más adelante en este manual.

Usted puede elegir dónde desea surtir sus recetas. Puede ir a cualquier farmacia participante de nuestro plan o puede surtir sus recetas a través de una farmacia de pedido por correo. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **Cuidado hospitalario**

- Cuidado de pacientes hospitalizados
- Cuidado ambulatorio
- Laboratorios, radiografías y otros análisis

### **Atención de emergencia**

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.

- Después de que haya recibido atención de emergencia, tal vez necesite otra atención para garantizar que su condición se mantenga estable. Según cuáles sean sus necesidades, puede ser tratado en la sala de emergencia, en un cuarto en hospital para pacientes internados o en otro entorno. Esto se denomina **servicios posteriores a la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la sección Emergencias.

### **Cuidado especializado**

Incluye los servicios de otros profesionales, incluidos los siguientes:

- Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y terapeutas del habla que sean indicados por un médico u otro profesional certificado
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos

### **Atención en un centro médico residencial (hogar de ancianos)**

- Incluye estadías a corto plazo o de rehabilitación
- Los servicios deben ser indicados por un médico y autorizados por Highmark BCBSWNY
- Los servicios de un hogar de ancianos cubiertos incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, asistencia con las actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje

Si necesita colocación a largo plazo en un hogar de ancianos, su Departamento de Servicios Sociales local debe determinar si cumple con ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. Highmark BCBSWNY y el hogar de ancianos pueden ayudarle a presentar la solicitud.

Las estadías a largo plazo (permanentes) en un hogar de ancianos no son un beneficio cubierto por el plan HARP de Highmark BCBSWNY. Si reúne los requisitos para la colocación permanente a largo plazo, deberá cancelar su inscripción en el plan HARP de Highmark BCBSWNY. Este beneficio estará cubierto por el plan de pago por servicio de Medicaid hasta que se haya inscrito en un plan de atención administrada de Medicaid.

Llame al **866-231-0847 (TTY 711)** para pedir ayuda para encontrar un hogar de ancianos de nuestra red.

### **Atención de la salud conductual**

La atención de la salud conductual incluye servicios de rehabilitación y tratamiento de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias (alcohol y drogas). Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios que los ayudarán con su salud emocional o con problemas de abuso de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen lo siguiente:

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
 Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
 Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 1043907NYMSPHWN 08/22

### **Servicios de salud mental para adultos**

- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Cuidado hospitalario parcial
- Programa Integral de Emergencia Psiquiátrica (CPEP) (incluidas camas de observación prolongada)
- Servicios de rehabilitación si está recibiendo tratamiento familiar o en un hogar comunitario
- Tratamiento diurno continuo
- Servicios Orientados a la Recuperación Personalizada (PROS) (para mayores de 18 años)
- Servicios de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT)
- Consejería individual y en grupo
- Intervención en situaciones de crisis

### **Apoyo residencial en situaciones de crisis**

- Este es un programa para personas mayores de 18 años de edad con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden manejar en su casa o en la comunidad sin ayuda.

### **Servicios intensivos residenciales en situaciones de crisis**

- Este es un programa de tratamiento para personas mayores de 18 años que tienen angustia emocional grave.

### **Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS)**

Servicios para situaciones de crisis

- Servicios de manejo de la abstinencia administrados médicamente
- Servicios de manejo de la abstinencia supervisados médicamente (pacientes hospitalizados/ambulatorios)

Servicios para el tratamiento de adicciones para pacientes hospitalizados (en hospitales o centros comunitarios)

Servicios residenciales para el tratamiento de adicciones

- Estabilización en un entorno residencial
- Rehabilitación en un entorno residencial
- Estabilización en un entorno residencial

Servicios para el tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios

- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de rehabilitación ambulatorios
- Manejo de la abstinencia para pacientes ambulatorios
- Tratamiento asistido con medicamentos

Programas de Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)

### **Tratamiento para el trastorno de adicción al juego proporcionado por los programas certificados de la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY) cubre el Tratamiento para el trastorno de adicción al juego proporcionado por los programas certificados de la OASAS.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Usted puede recibir tratamiento para el trastorno de adicción al juego de las siguientes maneras:

- Cara a cara; o
- A través de los servicios de telesalud.

Si necesita tratamiento para el trastorno de adicción al juego, puede obtenerlo mediante un programa para pacientes ambulatorios de la OASAS o, de ser necesario, mediante un programa residencial o para pacientes internados de la OASAS.

No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros de Highmark BCBSWNY al número que figura a continuación.

### **Servicios de salud conductual basados en el hogar y en la comunidad (BH HCBS)**

BH HCBS puede ayudarle a lograr los objetivos que tenga en la vida relacionados con el empleo, el estudio u otras áreas. Para averiguar si califica, un administrador de cuidados médicos de un Hogar de Salud debe completar una breve revisión de su caso para determinar si usted puede beneficiarse con estos servicios. Si la revisión muestra que puede beneficiarse, el administrador de cuidados médicos realizará una evaluación completa de su caso para averiguar cuáles son todas sus necesidades de salud, incluidos los servicios físicos, conductuales y de rehabilitación.

BH HCBS incluye:

- Servicios de habilitación: lo ayudan a aprender nuevas habilidades para vivir de forma independiente en la comunidad.
- Servicios de apoyo educativo: lo ayudan a encontrar formas de regresar a la escuela para recibir educación y formación, y así poder conseguir un empleo.
- Servicios prevocacionales: lo ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para el empleo.
- Servicios de empleo transitorios: le proporcionan asistencia durante un corto tiempo mientras prueba diferentes trabajos. Esto incluye capacitación en el trabajo para fortalecer las habilidades laborales que lo ayudarán a conservar un empleo que ofrezca un salario mínimo o superior al mínimo.
- Servicios intensivos de empleo respaldado: lo ayudan a encontrar un trabajo que ofrezca un salario mínimo o superior al mínimo y a conservarlo.
- Servicios continuos de empleo respaldado: lo ayudan a conservar su empleo y a tener éxito en el trabajo.
- Transporte no médico: transporte para actividades no médicas relacionadas con un objetivo de su plan de cuidado.

Necesitará una evaluación para recibir los servicios de BH HCBS. Debe completar la evaluación de elegibilidad del estado de New York con su administrador de cuidados médicos o coordinador de recuperación para obtener los servicios de BH HCBS.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## **Servicios de salud conductual de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE)**

Highmark BCBSWNY cubrirá los servicios de salud conductual de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE). Puede usar su tarjeta del plan para obtener los servicios de CORE.

Los servicios de CORE son más fáciles de obtener que los de BH HCBS. Los miembros elegibles pueden obtener servicios de CORE a través de la recomendación de un proveedor calificado. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como hacer conexiones sociales, encontrar o conservar un empleo, comenzar o regresar a la escuela y usar recursos comunitarios. Puede trabajar con un proveedor de PSR de CORE que le ayudará a:
  - Conseguir un empleo o asistir a la escuela mientras enfrenta problemas de salud mental o adicciones;
  - Vivir por su cuenta y manejar su hogar; y
  - Desarrollar o fortalecer relaciones saludables.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST):** Este servicio le ayuda a manejar los síntomas a través de consejería y tratamiento clínico.
- **Servicios de empoderamiento: Apoyo de pares:** Este servicio lo conecta con especialistas de apoyo de pares que han pasado por la recuperación. Obtendrá apoyo y asistencia para aprender cómo:
  - Vivir con problemas de salud y ser independiente;
  - Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su propia recuperación; y
  - Encontrar apoyos y recursos naturales.
- **Apoyo y capacitación familiar (FST):** Este servicio les da a sus familiares y amigos los consejos y las habilidades necesarias para brindarle ayuda y apoyo.

Si anteriormente recibió PSR, CPST, apoyo de pares o FST a través de BH HCBS, puede seguir recibiendo los mismos servicios de su proveedor a través de CORE. Su proveedor hablará con usted sobre cualquier cambio que pueda afectarlo. También puede pedirle ayuda a su administrador de cuidados médicos.

No necesita la evaluación de elegibilidad del estado de New York para recibir los servicios de CORE. Puede recibir un servicio de CORE si un proveedor calificado, como un médico o un trabajador social, lo recomienda. El proveedor calificado podría querer hablar sobre su diagnóstico y sus necesidades antes de recomendar un servicio de CORE.

Es posible que su proveedor de atención primaria o terapeuta puedan hacer una recomendación para los servicios de CORE. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor calificado, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**. También puede pedirle ayuda a su administrador de cuidados médicos.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

### **Servicios residenciales en situaciones de crisis**

Highmark BCBSWNY pagará servicios residenciales en situaciones de crisis. Se trata de servicios nocturnos. Estos servicios se utilizan para tratar a personas que experimentan una crisis emocional. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- **Apoyo residencial en situaciones de crisis:** Este es un programa para personas con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden manejar en su casa o en la comunidad sin ayuda.
- **Servicios intensivos residenciales en situaciones de crisis:** Este es un programa de tratamiento para personas que tienen angustia emocional grave.

### **Servicios para la infertilidad**

Si no puede quedar embarazada, Highmark BCBSWNY cubre servicios que pueden ser de ayuda.

Highmark BCBSWNY cubre algunos medicamentos para tratar la infertilidad. Este beneficio tiene un límite de cobertura de tres ciclos de tratamiento de por vida.

Highmark BCBSWNY también cubre servicios relacionados con las recetas y la supervisión del uso de estos medicamentos. El beneficio para tratar la infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio.
- Radiografías del útero y de las trompas de Falopio.
- Ecografía pélvica.
- Análisis de sangre.

### **Elegibilidad**

Puede ser elegible para recibir los servicios para la infertilidad si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada tras 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada tras 6 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)**

Si usted está en riesgo de padecer diabetes tipo 2, Highmark BCBSWNY cubre servicios que pueden ser de ayuda.

Highmark BCBSWNY cubrirá servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Este beneficio cubre 22 sesiones de capacitación en grupo del NDPP durante 12 meses.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo diseñado para ayudar a las personas que están en riesgo de padecer diabetes tipo 2. El programa consiste en sesiones de capacitación en grupo centradas en los efectos positivos a largo plazo de una alimentación saludable y la actividad física. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida apuntan a perder peso moderadamente y aumentar la actividad física. Un instructor de estilo de vida capacitado está a cargo de las sesiones del NDPP.

### **Elegibilidad**

Es posible que sea elegible para recibir servicios de prevención de la diabetes si tiene la recomendación de un médico u otro profesional certificado y reúne los siguientes requisitos:

- Tiene por lo menos 18 años,
- No está embarazada actualmente,
- Tiene sobrepeso, y
- No le han diagnosticado diabetes tipo 1 ni tipo 2 anteriormente.

Además, debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

- Se le realizó un análisis de sangre que arrojó resultados dentro del rango de prediabetes en el último año, **o**
- Le diagnosticaron diabetes gestacional anteriormente, **u**
- Obtuvo un puntaje de 5 o más en el análisis de riesgo de prediabetes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)/la American Diabetes Association (ADA).

Hable con su médico para determinar si puede participar en el NDPP.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **Visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla**

Se eliminaron los límites de servicio para la fisioterapia (PT), la terapia ocupacional (OT) y la terapia del habla (ST). En su lugar, Highmark BCBSWNY cubrirá la PT, la OT y la ST que sean médicamente necesarias y que hayan sido solicitadas por un médico o un profesional certificado.

### **Otros servicios cubiertos**

- Equipo médico duradero, audífonos, prótesis o aparatos ortopédicos
- Servicios por orden judicial
- Servicios de apoyo social (ayuda para encontrar servicios comunitarios)
- FQHC o servicios similares

## **Beneficios que puede recibir de nuestro plan o con su tarjeta de Medicaid**

Para algunos servicios, usted puede elegir dónde encontrar cuidado médico. Puede recibir estos servicios utilizando su tarjeta de membresía de Highmark BCBSWNY. También puede acudir a proveedores que aceptarán su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta.

### **Planificación familiar**

Puede visitar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de servicios de planificación familiar. De cualquier forma, no necesita una referencia de su PCP.

Usted puede recibir medicamentos para control de natalidad, dispositivos para control de natalidad (DIU y diafragmas) disponibles con una receta, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. Además, puede consultar a un proveedor de servicios de planificación familiar para realizar una prueba de detección del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como para recibir tratamientos y consejería relacionados con los resultados de las pruebas. También se incluyen pruebas de detección de cáncer y otras condiciones relacionadas en las visitas de planificación familiar.

### **Pruebas de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual**

Puede obtener este servicio en cualquier momento de su PCP o de los médicos de Highmark BCBSWNY. Cuando use este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una referencia cuando use este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todas las personas deberían hablar con su médico acerca de la prueba de detección del VIH. Para hacerse una prueba de detección del VIH u otras pruebas gratuitas de forma anónima, llame al **800-541-AIDS** (inglés) o al **800-233-SIDA** (español).

### **Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis**

Puede elegir visitar a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para realizar un diagnóstico y/o recibir tratamiento. No necesita una referencia para ir a la agencia de salud pública del condado.

### **Cuidado especial para miembros embarazadas**

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New Life<sup>SM</sup>) es el programa de Highmark BCBSWNY para las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su PCP o ginecólogo obstetra para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal siempre es importante, incluso si ya tuvo otro bebé. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud y recompensas por recibir atención prenatal y cuidado de posparto.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades médicas complejas. Los enfermeros administradores de cuidados médicos trabajan en estrecha colaboración con estas mujeres para proporcionarles:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos comunitarios, como transporte, el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), programas de visitas al hogar, lactancia y consejería.

Nuestros enfermeros también colaboran con los médicos y ayudan con otros servicios que las miembros puedan necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

### **Atención de calidad para usted y su bebé**

En Highmark BCBSWNY, queremos proporcionarle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, también participará en My Advocate<sup>®</sup>, que es parte de nuestro programa New Baby, New Life. My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

### **Infórmese sobre My Advocate**

My Advocate proporciona educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, Internet y una aplicación para teléfono inteligente. Conocerá a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con lo siguiente:

- Educación práctica.
- Comunicación con su administrador de cuidados médicos a través del sistema de mensajería de My Advocate en caso de tener una pregunta o un problema.
- Un sencillo programa de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate, se protege la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que Mary Beth llame, le preguntará su año de nacimiento. Proporcionele este dato. Ella lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

### **Ayudamos a que usted y su bebé estén sanos**

Las llamadas de My Advocate dan respuesta a sus preguntas y le brindan apoyo médico si lo necesita. Primero, se hará una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico, y, luego, se realizarán llamadas informativas continuas. Lo único que debe hacer es escuchar, aprender y responder a una o dos preguntas por teléfono. Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de cuidados médicos la llamará. Los temas que trata My Advocate incluyen:

- Cuidado durante el embarazo y de posparto
- Cuidado de control pediátrico
- Cuidado dental
- Vacunas
- Consejos para una vida sana

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

### **Cuando quede embarazada**

Si cree que está embarazada:

- Llame de inmediato a su PCP o a su ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un médico que sea ginecólogo obstetra.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra dentro de la red de Highmark BCBSWNY.

Cuando se entere de que está embarazada, también debe llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Mientras está embarazada, debe cuidar muy bien su salud. Es posible que pueda obtener alimentos saludables a través del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Durante el embarazo, debe visitar a su PCP o al ginecólogo obstetra en estas ocasiones como mínimo:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Todas las semanas durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le indique visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

### **Cuando nazca su bebé**

Después del parto, usted y el bebé podrán quedarse en el hospital al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 72 horas después de una cesárea.

Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le pida que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su casa en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe:

- Llamar al **866-231-0847 (TTY 711)** apenas pueda para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos información sobre el recién nacido.
- Llamar a su agencia de Medicaid para solicitar la inscripción de su bebé en Medicaid.

### **Después de tener a su bebé**

Si usted estaba inscrita en My Advocate y recibió llamadas informativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas educativas sobre cuidado de posparto y controles médicos pediátricos hasta 12 semanas después del parto.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para realizarse un chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

- La visita debe hacerse entre 7 y 84 días después de dar a luz.
- Si tuvo una cesárea o tuvo complicaciones en su embarazo o parto, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que vuelva para hacer un chequeo una o dos semanas después. Esto no se considera un chequeo posparto. Debe volver a visitar al proveedor en un plazo de 7 a 84 días después de dar a luz para hacer el chequeo posparto.

### **Beneficios usando solo su tarjeta de Medicaid**

Existen algunos servicios que Highmark BCBSWNY no presta. Puede obtener acceso a estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

### **Servicios de análisis conductual aplicado (ABA)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York cubre el servicio de terapia de análisis conductual aplicado (ABA) que puede prestar:

- Un analista de conducta certificado (LBA), o
- Un asistente de analista de conducta certificado (CBAA) bajo la supervisión de un LBA.

### **¿Quién puede recibir los servicios de ABA?**

Niños o jóvenes menores de 21 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista y/o síndrome de Rett. Si usted cree que es elegible para recibir servicios de ABA, hable con su proveedor al respecto. Empire trabajará junto a usted y su proveedor para garantizar que reciba el servicio que necesita.

### **Entre los servicios de ABA, se incluyen los siguientes:**

- evaluación y tratamiento realizados por un médico, un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado,
- tratamientos individuales realizados en su casa o en otro entorno,
- tratamiento grupal de conducta adaptativa, y
- capacitación y apoyo para familias y cuidadores.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **Transporte**

Medicaid regular cubre servicios de transporte de emergencia y que no son de emergencia.

Para servicios de transporte que no son de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a ModivCare al **866-481-9667**. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a LogistiCare por lo menos tres días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

(por ejemplo, AB12345C), fecha y hora de la cita, dirección a donde va y el médico al que verá. El transporte médico que no sea de emergencia incluye los siguientes medios: vehículo personal, autobús, taxi, camioneta adaptada y transporte público.

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

### **Discapacidades del desarrollo**

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos en virtud de la exención de servicios en el hogar y la comunidad
- Servicios de la exención de modelo médico (cuidado en casa)

### **Nuevos tipos de cuidado**

Nuestros médicos y directores médicos siempre están analizando nuevos tratamientos y estudios médicos. Hacen esto para determinar lo siguiente:

- Si estos nuevos tratamientos deberían ser beneficios cubiertos.
- Si el gobierno estableció que el tratamiento es seguro y eficaz.
- Si los resultados son tan buenos como los tratamientos de beneficios cubiertos que se usan actualmente, o si son mejores.

### **Servicios no cubiertos**

Estos servicios **no están disponibles** de parte de Highmark BCBSWNY o Medicaid. Si obtiene estos servicios, es posible que deba pagar la factura.

- Cirugía cosmética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y para el bienestar
- Servicios de un proveedor que no forme parte de Highmark BCBSWNY, a menos que sea un proveedor al que se le permita acudir según se describe en cualquier otra parte de este manual, o que Highmark BCBSWNY o su PCP lo envíen a ese proveedor

Usted tal vez tenga que pagar por los servicios que no apruebe su PCP. O bien, si antes de recibir algún servicio, usted acepta “pagar por cuenta propia” o ser un “paciente privado”, tendrá que pagar por el servicio.

Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (mencionados arriba).
- Servicios no autorizados.
- Servicios prestados por proveedores que no formen parte de Highmark BCBSWNY.

### **Si recibe una factura**

Si recibe una factura por un servicio o tratamiento que no cree que debería pagar, no la pase por alto. Llame a Highmark BCBSWNY al **866-231-0847 (TTY 711)** de inmediato.

Highmark BCBSWNY puede ayudarle a entender por qué recibió la factura. Si usted no es responsable del pago, Highmark BCBSWNY se comunicará con el proveedor e intentará solucionar el problema.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si considera que le están pidiendo que pague algo que debería estar cubierto por Medicaid o por Highmark BCBSWNY. Consulte la sección Audiencias imparciales que encontrará más adelante en este manual.

**Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).**

## **Autorización de servicios**

### **Autorización previa**

Hay algunos tratamientos y servicios para los que debe obtener aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede solicitarla.

### **Los servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados no requieren autorización previa**

No se requiere autorización previa para los servicios por trastorno de abuso de sustancias (SUD) para pacientes hospitalizados dentro de la red que sean médicamente necesarios y estén certificados o autorizados de algún otro modo por OASAS. Entre los servicios se incluyen la desintoxicación, la rehabilitación, el tratamiento residencial, el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, la clínica ambulatoria, la rehabilitación para pacientes ambulatorios y el tratamiento por uso de opioides para pacientes ambulatorios.

Los siguientes tratamientos y servicios deben aprobarse antes de que pueda obtenerlos:

- Algunos casos de cirugía ambulatoria
- Quimioterapia
- Diálisis
- Equipo médico duradero
- Evaluación y terapia de la hormona del crecimiento
- Audífonos digitales
- Cuidado médico en el hogar
- Terapia de oxígeno hiperbárico
- Servicios para pacientes hospitalizados
- Litotricia
- Transporte aéreo de ala fija que no sea de emergencia
- Servicios obstétricos (excepto servicios de planificación familiar)
- Equipo de oxígeno/terapia respiratoria
- Prótesis y ortótica
- Algunos medicamentos
- Evaluación para trasplantes

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, debe pedirle a su médico que llame al Departamento de Administración Médica de Highmark BCBSWNY al **866-231-0847 (TTY 711)**.

También necesitará autorización previa si recibe actualmente uno de estos servicios, pero necesita seguir recibiendo más atención. Esto se denomina **revisión simultánea**.

### **Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios**

El plan médico cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Verificamos que el servicio que solicita esté cubierto por su plan médico. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, comparan su plan de tratamiento con estándares aceptables de la práctica médica.

Podemos decidir negar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor que la solicitada. Un profesional médico calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un colega clínico revisor que puede ser un médico o un profesional médico que generalmente proporciona el cuidado que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, usados para tomar las decisiones sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos en un proceso de revisión **estándar** o **de vía rápida**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de vía rápida si se cree que una demora causará un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión de vía rápida, se lo informaremos, y su caso se tratará mediante el proceso de revisión estándar.

Realizaremos una revisión de vía rápida en los siguientes casos:

- Una demora supone un riesgo grave para su salud, su vida o sus funciones.
- Su proveedor indica que la revisión debe hacerse con más rapidez.
- Usted solicita más servicios del tipo que está recibiendo en este momento.

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su condición médica lo requiera, pero esto no demorará más del plazo indicado a continuación.

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si denegamos o aprobamos su solicitud. También les informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones de apelación o audiencias imparciales con las que cuenta si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones Apelaciones del plan y Audiencias imparciales que se encuentran más adelante en este manual).

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

### **Plazos de las solicitudes de autorización previa**

**Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de tres días hábiles una vez que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras en no más de 14 días después de que recibamos su solicitud. Le diremos antes del día 14 si necesitamos más información.

**Revisión de vía rápida:** Tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras dentro de las 72 horas. Si necesitamos más información, le avisaremos dentro de las 72 horas.

### **Plazos de las solicitudes de revisión simultánea**

**Revisión estándar:** Tomaremos una decisión en un día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras no más de 14 días después de que recibamos su solicitud. Le diremos antes del día 14 si necesitamos más información.

**Revisión de vía rápida:** Tomaremos una decisión en un día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria. Tendrá noticias nuestras en no más de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si necesitamos más información, le avisaremos en un día hábil.

### **Plazos especiales para otras solicitudes**

Si está hospitalizado o acaba de salir del hospital y solicita cuidado médico en el hogar, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de presentada su solicitud.

Si recibe tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado y solicita más servicios al menos 24 horas antes de que le den de alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de presentada su solicitud.

Si solicita servicios de salud mental o para trastornos de abuso de sustancias que puedan estar relacionados con una comparecencia en un tribunal, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de presentada su solicitud.

Si solicita un medicamento recetado para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de presentada su solicitud.

Un protocolo de terapia escalonada significa que nosotros requerimos que usted primero intente con otro medicamento antes de aprobar el medicamento que solicita. Si solicita aprobación para ignorar un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas si se trata de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. En el caso de otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días de presentada su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de vía rápida sobre su solicitud de servicios, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud está en una revisión de vía rápida, lo llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión en un plazo máximo de 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos demoremos más para tomar una decisión. Esto puede suceder porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudar a decidir su caso. Esto puede hacerse mediante una llamada al **866-231-0847 (TTY 711)** o por escrito a la siguiente dirección:

Highmark BCBSWNY  
P.O. Box 38  
Buffalo, NY 14240-0038

Usted o su representante pueden presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar la solicitud. Usted, o alguien de su confianza, también pueden presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al **800-206-8125**.

Le enviaremos una notificación cuando se haya acabado nuestro tiempo para la revisión. Si por alguna razón usted no tiene noticias nuestras para ese momento, esto significa que denegamos su solicitud de autorización de servicios. Si no respondemos a una solicitud para ignorar un protocolo de terapia escalonada a tiempo, su solicitud se aprobará.

Si cree que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicios es incorrecta, tiene derecho a presentar una apelación al plan. Consulte la sección Apelaciones al plan que se encuentra más adelante en este manual.

### **Otras decisiones sobre su cuidado**

En ocasiones, llevamos a cabo una revisión simultánea del cuidado que está recibiendo para comprobar si todavía lo necesita. También es posible que revisemos otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le comunicaremos si tomamos estas decisiones.

### **Plazos para otras decisiones sobre su cuidado**

En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo, debemos comunicárselo al menos 10 días antes de modificar el servicio.

Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre apoyos y servicios a largo plazo, como cuidado médico en el hogar, cuidado personal, servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor, cuidado diurno para adultos y atención de un hogar de ancianos.

Si verificamos el cuidado que se brindó en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de ese cuidado dentro de los 30 días de haber recibido toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si negamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que el pago se niega. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ningún cuidado recibido cubierto por el plan o por Medicaid, incluso si, posteriormente, negamos el pago al proveedor.**

### **Cómo les pagamos a nuestros proveedores**

Usted tiene derecho a consultar si tenemos acuerdos financieros especiales con nuestros médicos que puedan afectar su uso de los servicios médicos. Si tiene consultas específicas, puede llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**. Además, queremos que sepa que la mayoría de nuestros proveedores reciben pagos de una o más de las siguientes maneras.

Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente reciban un **salario**. Esto no se ve afectado por la cantidad de pacientes que atiendan.

Los PCP que trabajan en sus consultorios particulares podrían recibir un cargo fijo mensual por cada paciente que los haya elegido como su PCP. El cargo no varía independientemente de que el paciente necesite una visita, muchas o ninguna. Esto se denomina **capitación**.

En ocasiones, los proveedores reciben un cargo fijo por cada persona que figura en su lista de pacientes, pero es posible que se retenga un monto de dinero (quizás el 10%) para formar un fondo de **incentivos**. A fin de año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que hayan cumplido con los requisitos establecidos por el plan para recibir un pago adicional.

También es posible que los proveedores reciban el pago de un **cargo por servicio**. Esto significa que reciben un cargo convenido por el plan por cada servicio que prestan.

### **Usted puede ayudar con las políticas del plan**

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas más convenientes para nuestros miembros. Si tiene alguna idea, infórmenos. Quizás le gustaría trabajar con alguno de nuestros consejos o comités asesores de miembros. Llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** para averiguar de qué forma puede ayudar.

## **Información de Servicios para Miembros**

Esta es la información que puede obtener si llama a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**:

- Una lista con los nombres, las direcciones y los cargos de los miembros de la junta directiva, ejecutivos, socios mayoritarios, dueños y socios de Highmark BCBSWNY.
- Una copia de los estados contables/balances generales más recientes, resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato individual de suscripción de pago directo más reciente.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas de consumidores con respecto a Highmark BCBSWNY.
- Información sobre cómo mantenemos confidenciales los registros médicos y la información sobre el miembro.
- Por escrito, le diremos cómo nuestro plan comprueba la calidad del cuidado médico para nuestros miembros.
- Le informaremos sobre los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos sobre las guías que utilizamos para revisar las condiciones o enfermedades cubiertas por Highmark BCBSWNY.
- Si nos lo solicita por escrito, le informaremos sobre las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de cuidado médico pueden solicitar formar parte de Highmark BCBSWNY.
- Si pregunta, le indicaremos lo siguiente: 1) Si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de referencias; y, en ese caso, 2) Los tipos de acuerdos de incentivos que empleamos; y 3) Si se brinda protección por exceso de pérdidas para médicos y grupos médicos.
- Información sobre la organización y el funcionamiento de nuestra compañía.

## **Manténganos informados**

Llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** cuando haya alguno de estos cambios en su vida:

- Cambia de nombre, dirección o número de teléfono
- Ha habido un cambio en su elegibilidad para Medicaid
- Está embarazada
- Ha dado a luz
- Ha habido un cambio en su seguro
- Cuando se inscriba en un nuevo programa de administración de casos o reciba servicios de administración de casos en otra organización comunitaria

**Si ya no tiene Medicaid**, verifique con el Departamento de Servicios Sociales local. **Es posible** que pueda inscribirse en otro programa.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## Cancelación de la inscripción y cambio de plan

### Si desea retirarse de Highmark BCBSWNY

Puede ponernos a prueba durante 90 días. Puede retirarse de Highmark BCBSWNY e inscribirse en otro plan médico en cualquier momento durante este periodo. Si no cancela su inscripción durante los primeros 90 días, deberá continuar con Highmark BCBSWNY durante nueve meses más, a menos que tenga un buen motivo (motivo válido).

Estos son algunos ejemplos de motivos válidos:

- Nuestro plan médico no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros se ven perjudicados.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el LDSS coinciden en que la cancelación de la inscripción es la mejor opción para usted.
- Usted está o queda exento o excluido de la atención administrada.
- No ofrecemos un servicio de atención administrada de Medicaid que usted puede recibir de parte de otro plan médico en su área.
- Usted necesita un servicio relacionado con un beneficio que hemos elegido no cubrir, y recibir el servicio por separado pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido prestarle servicios de acuerdo con lo requerido en virtud del contrato que tenemos con el Estado.

Para cambiar de plan:

- Llame al personal de atención administrada de su Departamento de Servicios Sociales local.
- Si vive en el condado de Erie, llame a New York Medicaid Choice al **800-505-5678**. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan médico.

Usted puede cancelar su inscripción o cambiarse a otro plan por teléfono. Si tiene que recibir atención administrada, deberá elegir otro plan médico.

Puede demorar entre dos y seis semanas en procesarse, según la fecha en que se reciba su solicitud. Recibirá una notificación de que el cambio entrará en vigencia a partir de una fecha determinada. Hasta entonces, Highmark BCBSWNY le proporcionará el cuidado que necesite. Puede solicitar una acción más rápida si considera que los plazos del proceso regular causarían más daño a su salud. También puede solicitar una acción más rápida si ha presentado una queja porque no estaba de acuerdo con la inscripción. Llame a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

## **Usted podría perder la elegibilidad para recibir atención administrada de Medicaid y planes Health and Recovery**

Es posible que deba retirarse de Highmark BCBSWNY si ocurre lo siguiente:

- Se muda fuera del condado o área de servicio.
- Se cambia a otro plan de atención administrada.
- Ingresa a una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) u otro plan de seguro a través del trabajo.
- Lo encarcelan.
- Pierde su elegibilidad por cualquier otro motivo.

**Si usted tiene que retirarse de Highmark BCBSWNY o pierde la elegibilidad para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse de imprevisto, incluso cualquier cuidado que reciba en su hogar. Llame de inmediato a New York Medicaid Choice al 800-505-5678 si esto sucede.**

## **Podemos solicitarle que se retire de Highmark BCBSWNY**

Usted también puede perder su membresía de Highmark BCBSWNY si a menudo hace lo siguiente:

- Se rehúsa a trabajar con su PCP con respecto a su cuidado.
- No asiste a las citas médicas.
- Utiliza la sala de emergencia para recibir atención que no es de emergencia.
- No sigue las normas de Highmark BCBSWNY.
- No completa los formularios con honestidad o no suministra información verdadera (comete fraude).
- Actúa de tal manera que nos impide hacer lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas.

Usted también puede perder su membresía de Highmark BCBSWNY si daña o maltrata a los miembros, los proveedores o el personal del plan.

**Independientemente del motivo de la cancelación de su inscripción, le prepararemos un plan de alta para ayudarle a recibir los servicios que necesita.**

## **Apelaciones al plan**

Hay algunos tratamientos y servicios para los que debe obtener aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describió anteriormente en este manual. El aviso de nuestra decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada se denomina **determinación adversa inicial**.

Si no está conforme con nuestra decisión sobre su cuidado, tiene ciertas opciones.

### **Su proveedor puede solicitar una reconsideración**

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicios no era médicamente necesaria o que era experimental o de investigación, y no hablamos con su médico sobre eso, su médico puede solicitar hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

### **Usted puede presentar una apelación al plan**

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicios es equivocada, puede solicitarnos que volvamos a revisar su caso. Esto se conoce como apelación al plan.

Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de la determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** si necesita ayuda para solicitar una apelación al plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudar si tiene necesidades especiales, como problemas auditivos o de la vista, o si necesita servicios de traducción.

Puede solicitar una apelación al plan, o hacer que alguien más, como un familiar, amigo, médico o abogado, lo haga en su nombre. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración donde conste que usted desea que esa persona lo represente.

No lo trataremos de forma distinta ni de mala manera por solicitar una apelación al plan.

### **Ayuda para continuar recibiendo servicios mientras apela una decisión sobre su cuidado**

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar recibéndolos mientras espera la resolución de su apelación al plan. **Debe solicitar la apelación al plan:**

- **Dentro de los 10 días a partir de haber sido notificado de que su cuidado va a cambiar; o**
- **Antes de la fecha en la que está programado el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Si su apelación al plan vuelve a ser rechazada, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que haya continuado recibiendo.

Puede llamarnos, escribirnos o visitarnos para solicitar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, o poco después, tendrá que proporcionarnos los siguientes datos:

- Su nombre y dirección
- Número de miembro
- El servicio que solicitó y las razones de la apelación
- Cualquier información que quiera que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Toda información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de la determinación adversa inicial

Para ayudarle a preparar su apelación al plan, puede solicitar que se le permita ver las guías, los registros médicos y los demás documentos que utilizamos para tomar la determinación adversa inicial. Si su apelación al plan se procesa de manera acelerada, es posible que haya poco tiempo para que nos proporcione la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos u obtener una copia gratis llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Proporcionémos su información y materiales por teléfono, fax, correo postal, en línea o en persona:

Teléfono .....	<b>866-231-0847 (TTY 711)</b>
Fax .....	<b>844-759-5954</b>
Correo postal .....	Grievance and Appeals Department P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466-2429
En línea.....	<b><a href="http://bcbswny.com/stateplans">bcbswny.com/stateplans</a></b>
En persona .....	Highmark BCBSWNY 257 West Genesee St. Buffalo, NY 14202

Si solicita una apelación al plan por teléfono, a menos que se realice por vía rápida, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario con un resumen de la apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier modificación que sea necesaria antes de enviarnos el formulario.

Si usted solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no difiere mucho de un servicio que puede prestar un proveedor participante, usted puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario. Tendrá que pedirle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación al plan:
  - 1) Una declaración por escrito de su médico que diga que el servicio fuera de la red difiere mucho del servicio que el plan puede ofrecerle a través de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado o que reúna los requisitos del Colegio de Médicos que ofrezca tratamiento a las personas que necesitan el servicio que usted solicita.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

- 2) Dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que usted solicita es más útil para usted y no ocasionará más daños que el servicio que el plan puede ofrecerle a través de un proveedor participante.

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Existe la posibilidad de que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección sobre apelaciones externas que se encuentra más adelante en este manual.

- Si usted cree que nuestro proveedor participante no cuenta con la capacitación o la experiencia correspondientes para prestar el servicio, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que usted obtenga una referencia para un proveedor fuera de la red. Tendrá que pedirle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación:
  - 1) Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
  - 2) Una recomendación de un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda prestarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado o que reúna los requisitos del Colegio de Médicos que ofrezca tratamiento a las personas que necesitan el servicio que usted solicita. Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Existe la posibilidad de que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección sobre apelaciones externas que se encuentra más adelante en este manual.

### **Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan:**

En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación.

Le enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y de cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación al plan es acelerada, el plazo para revisar esta información podría ser breve.

También puede proporcionar la información que se usará para tomar la decisión personalmente o por escrito. Llámenos al **866-231-0847 (TTY 711)** si no está seguro de qué información debe darnos.

Las apelaciones al plan relativas a cuestiones clínicas serán decididas por profesionales médicos calificados que no tomaron la primera decisión, uno de los cuales al menos debe ser un colega clínico revisor.

Las decisiones no relativas a cuestiones clínicas estarán a cargo de personas con una jerarquía superior a aquellas que tomaron la primera decisión.

Le informaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra lógica clínica, si corresponde. El aviso de la decisión respecto de la apelación al plan de rechazar su solicitud o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina determinación adversa final.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Si considera que nuestra determinación adversa final está equivocada:

- Puede pedir una audiencia imparcial. Consulte la sección sobre audiencias imparciales de este manual.
- Para algunas decisiones, podrá solicitar una apelación externa. Consulte la sección sobre apelaciones externas de este manual.
- Puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York llamando al **800-206-8125**.

**Plazos para las apelaciones al plan:**

**Apelaciones al plan estándar:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que solicitó su apelación al plan.

**Apelaciones al plan de vía rápida:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de las apelaciones al plan por vía rápida se tomarán en un plazo de dos días hábiles desde su apelación al plan, sin superar las 72 horas desde el momento en que haya solicitado su apelación al plan.

- Si necesitamos más información, le avisaremos dentro de las 72 horas.
- Si se rechazó su solicitud cuando pidió más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de salir del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de las 24 horas.
- Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación escrita más tarde.

**Su apelación al plan se revisará con el proceso de vía rápida en los siguientes casos:**

- Si usted o su médico piden una revisión de su apelación al plan mediante el proceso de vía rápida. Su médico deberá explicar por qué la demora podría causar daños a su salud. Si se rechaza su solicitud de vía rápida, se lo notificaremos y su apelación al plan se revisará con el proceso estándar; **o**
- Si se rechazó su solicitud cuando pidió continuar recibiendo cuidado o si necesita extender un servicio que le prestaron; **o**
- Si se rechazó su solicitud cuando pidió cuidado médico en el hogar después de estar en el hospital; **o**
- Si se rechazó su solicitud cuando pidió más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de salir del hospital.

Si necesitamos más información para una decisión estándar o de vía rápida sobre su apelación al plan haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud está en una revisión de vía rápida, lo llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.

- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión en un plazo máximo de 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Usted o su representante también pueden solicitar que demoremos más en tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan para ayudarle a decidir su caso. Esto puede hacerse mediante una llamada al **866-231-0847 (TTY 711)** o por escrito a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación al plan. Usted, o alguien de su confianza, también pueden presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al **800-206-8125**.

Si no recibe una respuesta a su apelación al plan o no tomamos una decisión a tiempo, incluida cualquier extensión, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección sobre audiencias imparciales de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan oportunamente, y alegamos que el servicio que usted solicita tiene las siguientes características:

1) No es médicamente necesario; 2) Es experimental o de investigación; 3) No difiere de la atención que puede recibir en la red del plan; o 4) Puede proporcionarlo un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia correspondientes para satisfacer sus necesidades, la denegación original se revertirá. Esto significa que se aprobará su solicitud de autorización de servicios.

**Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:**

En algunos casos, podrá continuar recibiendo los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. **Podrá continuar recibiendo los servicios que están programados para terminar o ser reducidos si pide una audiencia imparcial:**

- Dentro de los **10 días** posteriores a la notificación de que hemos denegado su solicitud o de que el cuidado va a cambiar; o
- Antes de la fecha en que comenzará el cambio en los servicios.

Si su audiencia imparcial también da como resultado una denegación, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que haya continuado recibiendo. La decisión que reciba por parte del funcionario de audiencias imparciales será definitiva.

### **Apelaciones externas**

Tiene otros derechos de apelación si alegamos lo siguiente acerca del servicio que solicita:

- 1) No es médicamente necesario;
- 2) Es experimental o está en investigación;
- 3) No difiere del cuidado que puede obtener en la red del plan; o
- 4) Puede proporcionarlo un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia correspondientes para satisfacer sus necesidades.

Para estos tipos de decisiones, puede solicitarle al estado de New York una **apelación externa** independiente. Esto se denomina apelación externa porque toman la decisión revisores que no trabajan para el plan médico ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco común. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa, debe hacer lo siguiente:

- Presentar una apelación ante el plan y recibir la determinación adversa final del plan; o
- Si aún no recibió el servicio y usted solicita una apelación al plan de vía rápida, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que indicar que una apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y el plan deben acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y proseguir directamente con la apelación externa; o
- Usted puede demostrar que el plan no respetó debidamente las normas al procesar su apelación al plan.

Tiene cuatro meses después de que recibió la determinación adversa final del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la apelación externa dentro de los cuatro meses de realizar ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, debe completar una solicitud y enviarla al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa indica qué información se necesita.

Para recibir una solicitud, tiene las siguientes opciones:

- Llamar al Departamento de Servicios Financieros al **800-400-8882**.
- Ingresar en el sitio web del Departamento de Servicios Financieros, en [dfa.ny.gov](http://dfa.ny.gov).
- Comunicarse con Highmark BCBSWNY llamando al **866-231-0847 (TTY 711)**.

Su apelación externa se resolverá en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. A usted y al plan se les informará sobre la decisión final dentro de los dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida en los siguientes casos:

- Si su médico indica que una demora causaría un daño grave a su salud; o
- Si usted está en el hospital después de una visita a una sala de emergencia y el plan deniega el cuidado hospitalario.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá si es posible realizar una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si pidió tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de salir del hospital, seguiremos pagando por su estadía si ocurre lo siguiente:

- Solicita una apelación al plan de vía rápida dentro de las 24 horas, Y
- Solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

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

El revisor de la apelación externa enseguida les comunicará la decisión a usted y al plan por teléfono o fax. Más tarde, se recibirá una carta con la decisión.

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación adversa final donde se deniega, se reduce, se suspende o se interrumpe su servicio, usted puede solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, prevalecerá la decisión del funcionario de audiencias imparciales.

### **Audiencias imparciales**

Puede solicitar una audiencia imparcial al estado de New York en los siguientes casos:

- Si no está satisfecho con una decisión que tomó el Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del Estado con respecto a si sigue o no recibiendo servicios de Highmark BCBSWNY.

- Si no está satisfecho con una decisión que tomamos de restringir sus servicios. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de Intención de Restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días del Aviso de Intención de Restricción o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta que se tome la decisión de la audiencia imparcial. Si pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- Si no está satisfecho con la decisión de su médico de no solicitar los servicios que usted quería.
- Si considera que la decisión del médico interrumpe o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja a Highmark BCBSWNY. Si Highmark BCBSWNY está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una determinación adversa final, tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Si usted no está conforme con una decisión que tomamos acerca de su cuidado. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está conforme con que hayamos decidido lo siguiente:
  - Reducir, suspender o finalizar el cuidado que estaba recibiendo; o
  - Denegar el cuidado que quería; o
  - Denegar el pago por el cuidado que recibía; o
  - Negarle la posibilidad de cuestionar el monto de un copago, otro monto que debe o un pago que hizo por cuidado médico.

Debe solicitar primero una apelación al plan y recibir una determinación adversa final. Tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial.

**Si solicitó una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que reduce, suspende o interrumpe el cuidado que recibe ahora, puede continuar recibiendo los servicios que solicitó su médico mientras espera que se tome una decisión sobre su audiencia imparcial. Debe pedir una audiencia imparcial dentro de los 10 días desde la fecha de la determinación adversa final o cuando la acción entre en vigencia, lo que ocurra más tarde.**

Si elige solicitar la continuación de los servicios y pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

- Usted solicitó una apelación al plan y ya venció el plazo que teníamos para resolverla, incluidas las prórrogas. Si no recibe una respuesta a su apelación al plan o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.

Puede solicitar una audiencia imparcial a través de una de las siguientes formas:

1. Por teléfono, llamando al número gratuito: **800-342-3334**
2. Por fax: 518-473-6735
3. Por Internet: [otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://otda.state.ny.us/oah/forms.asp)

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
 Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
 Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 1043907NYMSPHWN 08/22

4. Por correo:

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

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó Highmark BCBSWNY, debemos enviarle una copia del **paquete de pruebas**. Esta es la información que utilizamos para tomar nuestra decisión sobre su cuidado. El plan le proporcionará esta información al funcionario de audiencias para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, llevaremos a la audiencia una copia del paquete de pruebas para usted. Si no recibe el paquete de pruebas durante la semana anterior a la audiencia, puede llamar al **866-231-0847 (TTY 711)** para pedirlo.

**Recuerde**, puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al **800-206-8125**. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo su cuidado de la misma forma mientras espera su audiencia imparcial. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

## Proceso de quejas

### Quejas:

Esperamos que nuestro plan médico le preste un buen servicio. Si tiene un problema, hable con su PCP, o llame o escriba a Servicios para Miembros. La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Si tiene un problema o una disputa con su cuidado o los servicios, puede presentar una queja al plan. Los problemas que no se resuelven enseguida por teléfono y cualquier queja que se envíe por correo se tratarán de acuerdo con nuestro procedimiento de quejas que se explica a continuación.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudar si tiene necesidades especiales, como problemas auditivos o de la vista, o si necesita servicios de traducción. No le dificultaremos nada ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York en relación con su queja. Para ello, llame al **800-206-8125** o escriba a la siguiente dirección:

Complaint Unit  
Bureau of Consumer Services  
OHIP DHPCO 1CP-1609  
New York State Department of Health  
Albany, NY 12237

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local para hablar sobre su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del estado de New York al **800-342-3736** si su queja está relacionada con un problema de facturación.

### **Cómo presentar una queja ante nuestro plan**

Puede presentar una queja usted mismo, u otra persona (como un familiar, amigo, médico o abogado) puede hacerlo en su nombre. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración donde conste que usted desea que esa persona lo represente.

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Si nos llama fuera del horario normal, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le avisaremos.

Puede escribirnos para informarnos su queja o llamar al número de Servicios para Miembros y solicitar un formulario de queja. Este formulario se debe enviar por correo a la siguiente dirección:  
Complaint Specialist  
Quality Management Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

### **Qué sucederá luego**

Si no podemos solucionar el problema en el momento por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. En la carta, le comunicaremos lo siguiente:

- El departamento que trabaja para resolver su queja.
- Cómo comunicarse con el departamento (dirección y número de teléfono).
- Si necesitamos más información.

También puede proporcionar la información que se usará para revisar su queja personalmente o por escrito. Llame a Highmark BCBSWNY al **866-231-0847 (TTY 711)** si no está seguro de qué información debe enviarnos.

Una o más personas calificadas revisarán su queja. Si su queja está relacionada con cuestiones clínicas, uno o más profesionales médicos calificados revisarán su caso.

### **Después de que revisamos su queja**

- Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días después de tener toda la información que necesitamos para responder a su queja. Tendrá noticias nuestras en un plazo de 60 días a partir del día en que recibamos su queja. También le informaremos los motivos de nuestra decisión por escrito.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

- Cuando una demora ponga en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas desde el momento en que contamos con toda la información que necesitamos para responder su queja, pero nos comunicaremos con usted en un plazo máximo de siete días a partir de la recepción de su queja. Lo llamaremos o intentaremos comunicarnos con usted para informarle nuestra decisión. Recibirá una carta de seguimiento de nuestra comunicación en tres días hábiles.
- En la carta, le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión si no está conforme y le proporcionaremos todos los formularios que podría necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja debido a que no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para informarlo al respecto.

### **Apelaciones de quejas**

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto a su queja, usted o alguien de su confianza pueden solicitar una **apelación de la queja** ante el plan.

### **Cómo presentar una apelación de queja**

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles a partir del momento en que recibe noticias nuestras para presentar una apelación de queja.
- Puede presentar la apelación de queja usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que lo haga por usted.
- La apelación de queja debe realizarse por escrito. Si la presenta por teléfono, deberá completarla por escrito. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y reenviarnoslo. Puede hacer cualquier modificación que sea necesaria antes de enviarnos el formulario.

### **Qué sucede después de que recibimos su apelación de su queja**

Después de que recibamos la apelación de su queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. En la carta, le comunicaremos lo siguiente:

- Quién está trabajando en la apelación de su queja,
- Cómo comunicarse con esa persona, y
- Si necesitamos más información.

La apelación de su queja será revisada por una o más personas calificadas con una jerarquía superior a la de aquellas que tomaron la primera decisión sobre su queja. Si la apelación de su queja se relaciona con cuestiones clínicas, su caso será revisado por uno o más profesionales médicos calificados, con al menos un colega clínico revisor, que no participaron en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Una vez que recibamos toda la información necesaria, conocerá nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en dos días hábiles después de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
 Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
 Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 1043907NYMSPHWN 08/22

Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra lógica clínica, si corresponde. Si aún no se siente satisfecho, usted u otra persona en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al **800-206-8125**.

## **Derechos y obligaciones de los miembros**

### **Sus derechos**

Como miembro de Highmark BCBSWNY, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto, sin tener en cuenta su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo puede acceder a los servicios que necesita de Highmark BCBSWNY.
- Recibir explicaciones de su PCP sobre cuál es el problema, qué puede hacer por usted y cuál será el resultado más probable, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, en un idioma que entienda.
- Obtener una segunda opinión sobre su cuidado.
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento o plan de cuidado después de haber recibido una explicación completa sobre el plan.
- Negarse a recibir cuidado, y que le informen sobre cuál sería el riesgo.
- Negarse a inscribirse en un Hogar de Salud y que le digan cómo satisfacer sus necesidades de cuidado médico físico y conductual, sin tener un administrador de cuidados médicos del Hogar de Salud asignado.
- Recibir una copia de su registro médico y hablar sobre este con su PCP. Pedir que se modifique o corrija su registro médico, si es necesario.
- Estar seguro de que su registro médico sea privado y no se comparta con nadie, excepto cuando se requiera por ley o por contrato, o cuando usted dé su aprobación.
- Usar el sistema de quejas de Highmark BCBSWNY para resolver una queja. También puede quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York o el Departamento de Servicios Sociales local siempre que considere que no recibió un trato justo.
- Usar el sistema de audiencia imparcial estatal.
- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre si usted no puede expresarse por sí mismo respecto de su cuidado y tratamiento.
- Recibir una atención respetuosa y amable en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.

### **Sus obligaciones**

Como miembro de Highmark BCBSWNY, usted acepta lo siguiente:

- Trabajar con su equipo de cuidado médico para proteger y mejorar su salud dándoles la información que necesitan para proporcionarle atención.
- Seguir las instrucciones para su cuidado que acordó con su equipo de cuidado médico.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

- Saber cómo funciona el sistema médico.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o volver a visitar a su PCP si no se siente mejor, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado médico con el respeto con el que espera que lo traten a usted.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado médico. Llame a Servicios para Miembros.
- Asistir a las citas médicas. Si debe cancelar, llame tan pronto como pueda.
- Utilizar la sala de emergencia solo en casos de emergencia.
- Llamar a su PCP siempre que necesite cuidado médico, incluso fuera del horario normal.

### **Directivas anticipadas**

Puede llegar el día en que no pueda decidir sobre su propio cuidado médico. Si planifica con anticipación, puede determinar ahora cuáles son sus deseos para el futuro. En primer lugar, informe a familiares, amigos y a su médico sobre los tipos de tratamiento que usted desea o no. En segundo lugar, puede designar a un adulto en quien usted confíe para que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia o con otras personas cercanas para que sepan lo que desea. En tercer lugar, lo mejor es plasmar lo que piensa por escrito. Los documentos listados a continuación pueden ser útiles. No está obligado a contratar a un abogado, pero le recomendamos que consulte con uno al respecto. Puede cambiar de idea y cambiar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender o conseguir estos documentos. Estos documentos no cambian su derecho a obtener beneficios de cuidado médico. El único objetivo es que otras personas sepan qué es lo que quiere si no puede hablar por usted mismo.

### **Representante médico**

Con este documento, usted designa a otro adulto en quien confía (por lo general, un amigo o un familiar) para que tome decisiones sobre su cuidado médico en caso de que usted no pueda hacerlo. En ese caso, debería hablar con la persona designada para que sepa lo que usted desea.

### **CPR y DNR**

Usted tiene derecho a decidir si desea recibir algún tratamiento especial o de emergencia para revivir el corazón o los pulmones si se detiene su respiración o circulación. Si no desea ningún tratamiento especial, ni siquiera reanimación cardiopulmonar (CPR), debe hacer constar sus deseos por escrito. Su PCP emitirá una orden de no reanimar (DNR) que se agregará a sus registros médicos. También puede recibir un formulario de DNR para llevar con usted y/o un brazalete que podrá usar para que cualquier proveedor médico de emergencia conozca sus deseos.

### **Tarjeta de donante de órganos**

Esta tarjeta para llevar en la billetera indica que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas después de su fallecimiento. Además, marque en el dorso de su licencia de conducir para informar a los demás que desea donar sus órganos y de qué forma.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
 Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
 Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
 1043907NYMSPHWN 08/22

**EN ESTE AVISO, SE DETALLA CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. LÉALO ATENTAMENTE.**

**Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA**

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de la revisión más reciente se indica al final de este aviso.

**Lea este aviso atentamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla y cuándo podemos hacerlo sin su autorización. Incluye, además, los derechos que tiene de ver y modificar su información.**

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que usted pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico, recibimos información acerca de usted de agencias estatales de Medicaid y el programa Child Health Plus. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos pagar su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos proporciona por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
  - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas
  - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas
- Si está guardada en una computadora (formato digital):
  - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas puedan tener acceso
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Cuando la usa o la comparte el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado, hacemos lo siguiente:
  - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos)
  - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## **¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
  - Para ayudar a que médicos, hospitales y otras personas le proporcionen la atención que usted necesita
- **Para pagos, operaciones médicas y tratamiento**
  - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturarán su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
  - Para encontrar nuevas maneras de mejorar nuestros programas, además de proporcionar su PHI en intercambios de información de salud para pagos, tratamiento y operaciones médicas. Si no desea esto, visite [bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans) para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado salud**
  - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
  - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que la gente se enferme o se lesione
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
  - Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos da su permiso
  - Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos recibir su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado, pagos, actividades administrativas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su aprobación por escrito antes de compartir informes de psicoterapia de su médico sobre usted.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

### **Otras formas en las que podemos usar su PHI o situaciones en las que la ley nos obliga a hacerlo:**

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar abusos y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud sobre temas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y su causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para fines de investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

### **¿Cuáles son sus derechos?**

- Usted puede pedir ver y recibir una copia de su PHI. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si, enviarla a la dirección que tenemos, implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

### **¿Qué debemos hacer?**

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

### **Cómo nos comunicamos con usted**

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo ha llamado y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al **844-203-3796** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

### **¿Qué debe hacer si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **866-231-0847 (TTY 711)**.

### **¿Qué debe hacer si tiene una queja?**

Estamos a su disposición. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo por quejarse.

### **Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza, Suite 3312  
New York, NY 10278  
Teléfono: **800-368-1019**  
TDD: **800-537-7697**  
Fax: 212-264-3039

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le informaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web [bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans).

### **Raza, origen étnico e idioma**

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid y el programa Child Health Plus. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

La usamos para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas que mejoren los resultados en materia de salud.
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades de idioma.
- Prestar servicios de traducción.

**No** usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Divulgarla a usuarios no aprobados.

### **Su información personal**

Podemos pedir, usar y compartir la información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
  - Su salud
  - Sus hábitos
  - Sus pasatiempos
- Podemos recibir PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

Modificado el 20 de noviembre de 2017  
Revisado el 27 de mayo de 2020

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**  
Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**  
1043907NYMSPHWN 08/22

## Números de teléfono importantes

Su PCP.....	(escriba el número arriba)
Su sala de emergencia más cercana.....	(escriba el número arriba)
Servicios para Miembros de Highmark BCBSWNY	866-231-0847 (TTY 711)
Línea de Enfermería 24/7	866-231-0847 (TTY 711)
Administración de la Calidad (Quejas y apelaciones)	844-401-2292
Departamento de Salud del estado de New York (Quejas)	800-206-8125
Quejas de la OMH	800-597-8481
Defensor de quejas de la OASAS	518-473-3460
Información sobre atención administrada de Medicaid del estado de New York	
Departamento de Servicios Sociales del condado	
Departamento de Servicios Sociales del condado de Allegany	585-268-9300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cattaraugus	716-373-8077
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua	877-653-0216
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie	716-858-6105
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee	585-344-8502
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara	716-278-8400
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans	585-589-3209
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming	585-786-8900
Medical Answering Services (MAS)	
Allegany	866-271-0564
Cattaraugus	866-371-4751
Chautauqua	855-733-9405
Erie	800-651-7040
Genesee	855-733-9404
Niagara	866-753-4430
Orleans	866-260-2305
Wyoming	855-733-9403
New York Medicaid Choice	800-505-5678
Línea directa de VIH/sida del estado de New York	800-541-AIDS (2437)
Español	800-233-SIDA (7432)
TDD	800-369-AIDS (2437)

Manual Modelo del Plan Health and Recovery  
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Servicios para Miembros: **866-231-0847 (TTY 711)**

Línea para casos de crisis: **866-231-0847 (TTY 711)**

1043907NYMSPHWN 08/22

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Services (CHAMP)	888-614-5400
Línea directa de VIH/sida de la ciudad de New York (inglés y español)	800-TALK-HIV (8255-448)
Programas de Atención para Personas con VIH Sin Seguro TDD	800-542-AIDS (2437) 518-459-0121
Child Health Plus (seguro médico gratuito o de bajo costo para niños)	855-693-6765
Programa de Asistencia para Parejas	800-541-AIDS (2437)
En la ciudad de New York (CNAP)	212-693-1419
Administración del Seguro Social	800-772-1213
Línea directa de Violencia Doméstica del estado de New York	800-942-6906
Español	800-942-6908
Personas con discapacidad auditiva	800-810-7444
Línea de información sobre la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)	800-514-0301
TDD	800-514-0383
Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)	844-614-8800 (TTY 711)

Farmacia local \_\_\_\_\_  
(escriba el número arriba)

Otros proveedores de salud \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(escriba el número arriba)

\_\_\_\_\_  
(escriba el número arriba)

## **Sitios web importantes**

**Highmark BCBSWNY:** [bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)

**Departamento de Salud del estado de New York:** [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)

**Oficina de Salud Mental (OMH) del estado de New York:** [omh.ny.gov](http://omh.ny.gov)

**Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS) del estado de New York:**  
[oasas.ny.gov](http://oasas.ny.gov)

**Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Services (CHAMP):**  
[Ombuds@oasas.ny.gov](mailto:Ombuds@oasas.ny.gov)

**Información sobre VIH/sida del Departamento de Salud (DOH) del estado de New York:**  
[health.ny.gov/diseases/aids](http://health.ny.gov/diseases/aids)

**Programas de Atención para Personas Sin Seguro del DOH del estado de New York:**  
[health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap](http://health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap)

**Directorio de recursos de pruebas de VIH del DOH del estado de New York:**  
[health.ny.gov/diseases/aids/providers/testing](http://health.ny.gov/diseases/aids/providers/testing)

**NYC Salud:** [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health)

**Información sobre VIH/sida de NYC Salud:** [nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page](http://nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page)

**Independent Consumer Advocacy Network (ICAN):** Sitio web: [icannys.org](http://icannys.org) | Correo electrónico:  
[ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)



**866-231-0847 (TTY 711) | [bcbswny.com/stateplans](https://bcbswny.com/stateplans)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.