



Manual del Miembro



Highmark Blue Cross Blue Shield
of Western New York

bcbswny.com/stateplans

HIGHMARK BLUE CROSS BLUE SHIELD OF WESTERN NEW YORK
ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID
MANUAL DEL MIEMBRO
Revisado en enero de 2022

**CAMBIOS EN APELACIONES Y AUTORIZACIONES DE SERVICIO VIGENTES
DESDE EL 5/1/18**

Western New York
bcbswny.com/stateplans



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
אויפגערוקזאם: 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 করুন: 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
BAA ÁKOHWIINIDZIN: Saad bee áka'e'eyeed bee áka'anída'awo', t'áá jíik'eh ta' ná hólóoggo át'é. Kohj' 866-231-0847 (TTY 711) hodiilnih.	Navajo

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 brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse con nosotros, 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 866-2310847. 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 por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, 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
Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Su proveedor de atención primaria (PCP).....	_____
	(escriba el número arriba)
Servicios para Miembros de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York	866-231-0847
Servicios para Miembros TTY/TDD	711
Línea de Enfermería 24/7	866-231-0847 (TTY 711)
Administración de la Calidad (Quejas y Apelaciones)	866-231-0847
LIBERTY Dental	833-276-0846
Su sala de emergencia más cercana.....	_____
	(escriba el número arriba)
Departamento de Salud del estado de New York (Quejas) health.ny.gov	800-206-8125
Oficina de Salud Mental (Quejas) Omh.ny.gov	800-597-8481
Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (Quejas) Oasas.ny.gov	518-473-3460
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
Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)	844-614-8800
Servicio de retransmisión TTY	711
icannys.org ican@cssny.org	
Programa de Defensor	888-614-5400
Ombuds@oasas.ny.gov	
Farmacia local	_____
	(escriba el número arriba)

Otros proveedores de salud:

_____	_____
_____	_____
	(escriba el número arriba)

	(escriba el número arriba)
Línea directa de VIH/sida del estado de New York	800-541-AIDS (2437)
Español	800-233-SIDA (7432)
TDD	800-369-AIDS (2437)
Programas de Atención para Personas con VIH Sin Seguro	800-542-AIDS (2437)
	TDD. Retransmisión, luego 518-459-0121
Child Health Plus	855-693-6765
Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños	
Programa de Asistencia de Parejas	800-541-AIDS (2437)
Administración del Seguro Social	800-772-1213
Línea directa de Violencia Doméstica del estado de New York	800-942-6906
Español	800-942-6908
TDD	800-810-7444
Línea de información sobre la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)	800-514-0301
TDD	800-514-0383

Índice

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES.....	4
LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID	7
Cómo funcionan los planes de atención administrada.....	7
Cómo usar este manual	8
Asistencia de Servicios para Miembros	8
Su tarjeta de identificación.....	9
SECCIÓN I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER	11
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)	11
Centros de Salud Calificados Federalmente de Highmark BCBSWNY	12
Cómo recibir cuidado médico regular.....	13
Cómo obtener atención especializada y referencias	14
Recibir estos servicios de Highmark BCBSWNY sin una referencia	16
Emergencias.....	18
Atención de urgencia	19
Queremos que se mantenga saludable	19
Administración de cuidados médicos en el hogar.....	20
Programa Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New Life SM) para mujeres embarazadas	20
Programa de manejo de enfermedades	23
SECCIÓN II: SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	26
Evaluación de nueva tecnología.....	26
Beneficios	26
Servicios cubiertos por Highmark BCBSWNY.....	26
Beneficios que puede recibir de Highmark BCBSWNY o con su tarjeta de Medicaid.....	39
Beneficios usando solo su tarjeta de Medicaid.....	40
Servicios no cubiertos.....	41
Autorización de servicios.....	42
Autorización previa y plazos	42
Otras decisiones sobre su cuidado	45
Usted puede ayudar con las políticas del plan	46
Información de Servicios para Miembros.....	46
Manténganos informados.....	47
Cancelación de la inscripción y cambio de plan.....	47
Si desea retirarse de Highmark BCBSWNY	47
Usted podría ser no elegible para recibir atención administrada de Medicaid	48
Podemos solicitarle que se retire de Highmark BCBSWNY	48
Apelaciones al plan.....	49
Apelaciones externas	54
Audiencias imparciales	55
Proceso de quejas.....	57
Cómo presentar una queja ante nuestro plan	57
¿Qué sucederá luego?	58
Apelaciones de quejas.....	58
Derechos y obligaciones de los miembros.....	59
Directivas anticipadas	60
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA.....	62

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID

Nos alegra que sea miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY). Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo. Este manual es su guía para todos los servicios de cuidado de salud disponibles para usted. Nos comunicaremos con usted en las próximas dos o tres semanas para conocerlo mejor. Si necesita comunicarse con nosotros antes, llámenos al 866-231-0847 (TTY 711). Puede hacer preguntas, pedir ayuda para programar citas o aprender a elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Estamos aquí para ayudar en toda forma posible.

Cómo funcionan los planes de atención administrada

El plan, nuestros médicos y usted

Muchos consumidores reciben sus beneficios de salud a través de la atención administrada, que proporciona una sede central para su atención.

Highmark BCBSWNY tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado para satisfacer las necesidades médicas de las personas con Medicaid. Elegimos un grupo de proveedores de cuidado médico para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de salud forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores en línea, en bcbswny.com/stateplans. También puede llamarnos al 866-231-0847 (TTY 711) para solicitar un directorio de proveedores.

Cuando se inscriba en Highmark BCBSWNY, uno de nuestros proveedores se ocupará de brindarle atención. La mayor parte del tiempo, esa persona será su proveedor de atención primaria (PCP) o médico. Si necesita hacerse un análisis, consultar a un especialista o ir al hospital, su PCP lo coordinará. En algunos casos, puede consultar a determinados médicos para obtener ciertos servicios sin tener una referencia. Consulte la sección **Recibir estos servicios de Highmark BCBSWNY sin una referencia** para obtener detalles.

Si ha sido identificado como receptor restringido, es posible que pueda consultar solo a ciertos proveedores del plan. Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría ser un receptor restringido:

- Recibe cuidado de varios médicos por el mismo problema
- Recibe servicios médicos con más frecuencia de la necesaria
- Usa medicamentos recetados de una forma que podría resultar perjudicial para su salud
- Permite que una persona que no sea usted use su tarjeta 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.

Nunca divulgaremos su historial médico o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Estas son las únicas personas que tendrán acceso a su información clínica:

- Highmark BCBSWNY.
- Su proveedor de atención primaria (PCP).
- Otros proveedores que le brinden atención.
- Su representante autorizado.

Si tiene un PCP o encargado de atención de la salud, este siempre hablará antes con usted sobre referencias a otros proveedores. El personal de Highmark BCBSWNY se ha capacitado para respetar una confidencialidad estricta respecto de los miembros.

Cómo usar este manual

Este manual le ayudará cuando se inscriba en un plan de atención administrada. Incluye información sobre cómo funciona su nuevo sistema de cuidado de salud y cómo puede aprovechar Highmark BCBSWNY al máximo. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. 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 visite el sitio web para miembros, bcbswny.com/stateplans, y acceda a una copia electrónica. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711). También puede llamar al personal de atención administrada del Departamento de Servicios Sociales local.

Departamento de Servicios Sociales 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

Si vive en el condado de Erie, 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. hora del Este. Llame al 866-231-0847 (TTY 711). Si necesita ayuda o asesoramiento relacionado con la atención de la salud fuera del horario de atención, llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 866-231-0847 (TTY 711). Siga las opciones del teléfono para hablar con un enfermero las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener asistencia en cualquier momento si tiene una pregunta. Puede llamarnos o visitar el sitio web para miembros, bcbswny.com/stateplans, para hacer lo siguiente:

- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Hacer consultas sobre los beneficios y servicios.
- Obtener ayuda con referencias.
- Reemplazar una tarjeta de identificación perdida.
- Informar el nacimiento de un bebé.
- Consultar sobre cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.

Si es mujer y está o queda embarazada, su hijo formará parte de Highmark BCBSWNY desde el día de su nacimiento. Esto será así a menos que su hijo recién nacido pertenezca a un grupo que no puede inscribirse en el programa de atención administrada. Si queda embarazada, debe comunicarse de inmediato con nosotros y con el Departamento de Servicios Sociales local para que la ayudemos a elegir un médico para su **bebé** antes de que nazca.

Ofrecemos **sesiones sin cargo** para explicarle nuestro plan médico y cómo podemos ayudar. Es un momento ideal para hacer preguntas y conocer a otros miembros. Si le gustaría asistir a una de estas reuniones de asesoramiento para miembros, llámenos para encontrar un momento y un lugar convenientes para usted.

Si no habla inglés, podemos brindarle ayuda. 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 brindaremos ayuda para encontrar un PCP que pueda prestarle servicios en su idioma.

Personas con discapacidades: Si 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 médico en particular tiene acceso para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios como los siguientes:

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

Si usted o su hijo actualmente reciben atención en su hogar, es posible que su enfermero o asistente no sepan que se han inscrito en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que no se interrumpa de forma inesperada la atención que reciben en su hogar.

Su tarjeta de identificación

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

Lleve todo el tiempo su tarjeta de identificación y muéstrela cuando quiera recibir atención. Si necesita obtener atención antes de recibir la tarjeta, la carta de bienvenida (en la primera página de este manual) es la prueba de que usted es miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará la tarjeta para recibir los servicios que no están cubiertos.

SECCIÓN I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Tal vez ya haya elegido a un proveedor de atención primaria (PCP) para que sea su médico habitual. Esta persona puede ser un médico o un enfermero especializado. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico en 30 días, nosotros le asignaremos uno.

Cada miembro de la familia puede tener un PCP distinto, o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Existen diferentes tipos de médicos, por ejemplo:

- Pediatras, que atienden a niños.
- Médicos de familia, que atienden a toda la familia.
- Médicos de medicina interna, que atienden a adultos.
- Proveedores de atención primaria empleados por clínicas de salud conductual, como clínicas de salud mental, centros de diagnóstico y tratamiento, y programas de tratamiento de adicciones a los opioides.

Puede obtener ayuda para elegir un PCP o consultar si ya tiene uno ingresando en el sitio web para miembros, bcbswny.com/stateplans, o llamando a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).

Puede encontrar el directorio de proveedores en línea en bcbswny.com/stateplans. Esta es una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con Highmark BCBSWNY. Contiene las direcciones, los números de teléfono y las especializaciones de los médicos. En el directorio de proveedores, se muestra qué médicos y proveedores admiten pacientes nuevos. Le recomendamos que llame a los consultorios para asegurarse de que admiten pacientes nuevos cuando elige un PCP.

Busque un médico que tenga estas características:

- Ya haya consultado antes.
- Entienda sus problemas de salud.
- Admita pacientes nuevos.
- Pueda atenderlo en su idioma.
- Atienda en un lugar al que usted puede acceder sin problemas.

Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros ginecólogos obstetras para que se encargue de la atención de la salud femenina. No se necesita una referencia de un PCP para consultar a un ginecólogo obstetra del plan. Pueden realizar chequeos de rutina (dos veces al año), brindar cuidado de seguimiento cuando sea necesario y atención habitual durante el embarazo.

También tenemos contrato con Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC). Todos los FQHC brindan cuidado primario y especializado. Algunos consumidores desean recibir su cuidado en FQHC porque estos 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 cualquier proveedor de nuestro directorio. O bien, puede elegir un proveedor de atención primaria de uno de los FQHC con los que trabajamos, que figuran a continuación.

Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) para pedir ayuda.

Centros de Salud Calificados Federalmente de Highmark BCBSWNY

Community Health Center of Buffalo, Inc.
462 Grider St.
Buffalo, NY 14215
716-898-4449

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

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

Seneca Nation of Indians Cattaraugus Indian Reservation
36 Thomas Indian School Drive
Irving, NY 14081
716-532-5582

Seneca Nation Health Department
P.O. Box 500
Salamanca, NY 14779
716-945-5894

Southern Tier Community Healthcare Network
d.b.a. Universal Primary Care
500 Main St.
Olean, NY 14760
716-375-7500

Tri County Medicine
12 N. Church St.
Canaseraga, NY 14822
585-243-1700

En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Highmark BCBSWNY. Existen cuatro casos en los que **podrá seguir atendiéndose con el médico que tenía antes de inscribirse en Highmark BCBSWNY**. En estos casos, su médico tendrá que aceptar trabajar con Highmark BCBSWNY. Puede continuar atendiéndose con su médico 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 a su proveedor hasta después del parto, durante el cuidado de posparto.
- En el momento en que se inscribe en Highmark BCBSWNY, tiene una condición o enfermedad mortal y que empeora con el tiempo. En este caso, puede solicitar conservar a su médico 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 acudiendo al 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 junto a usted y su proveedor para garantizar que reciba el cuidado que necesita.

- En el momento en que se inscribe en Highmark BCBSWNY, Medicaid regular paga el cuidado médico en el hogar y usted necesita continuar recibiendo el cuidado durante 120 días como mínimo. En ese caso, usted podrá conservar la misma agencia para el cuidado médico en el hogar, enfermero o asistente, y la misma cantidad del servicio 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.

Si tiene una enfermedad crónica, como VIH/sida, u otros problemas de salud crónicos, es posible que pueda **elegir un especialista para que sea su PCP**. Debe llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) y solicitar que el especialista que lo atiende sea su PCP. Tendrá que proporcionarnos lo siguiente:

- Su nombre e información demográfica.
- Su información médica. Esto incluye diagnósticos, historial médico, medicamentos y equipos que haya usado y cualquier necesidad de procedimientos.
- Su historial con el médico tratante. Esto incluye el número de veces que ha visto a su PCP, los nombres de los médicos que lo estén tratando y las fechas de las visitas.

Nos comunicaremos con su PCP o especialista si necesitamos más información.

El director médico, el especialista y el PCP deben comunicarse y coincidir en que usted necesita que el especialista sea su PCP.

Nosotros le informaremos por escrito cuando tomemos una decisión. Si no está conforme con nuestra decisión, tendrá derecho a presentar una apelación. Le indicaremos cómo hacerlo en la carta donde le informamos nuestra decisión.

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 15 días posteriores al momento en que nos enteremos. Si lo desea, usted podrá continuar atendiéndose 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 atendiéndose con el médico durante un máximo de 60 días después del parto. Si consulta a un médico de forma periódica por una condición persistente, puede continuar el plan de tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su médico tiene que aceptar trabajar con nosotros 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).

Cómo recibir cuidado médico regular

El cuidado médico regular hace referencia a exámenes, chequeos de rutina, inyecciones u otros tratamientos para mantenerlo saludable, brindarle asesoramiento cuando lo necesite y referirlo al

hospital o a especialistas si es necesario. Significa que usted y su PCP deben trabajar juntos para conservar su salud y asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

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 inquietud médica. 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 ubicar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde, su PCP lo conoce a usted y sabe cómo funciona el plan médico.

Su cuidado debe ser médicamente necesario. Los servicios que recibe deben ser necesarios para lo siguiente:

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

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades médicas, pero usted debe programar una cita para verlo. Si alguna vez no puede llegar a una cita, llame para informar a su PCP.

Tan pronto elija un PCP, llame para programar una primera cita. En la mayoría de los casos, su primera visita debe ser en un plazo de tres meses después de inscribirse en el plan. Si es posible, prepárese para la primera cita. Su PCP necesitará toda la información que pueda brindarle 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 tenga.

Si necesita cuidado antes de su primera cita, llame al consultorio del PCP para explicar su inquietud. Su PCP adelantará la cita. Aun así, deberá asistir a la primera cita para conversar sobre su historial médico y hacer preguntas.

Use la siguiente lista como **guía para saber cuál es el tiempo máximo que podría tener que esperar después de solicitar una cita**:

- Visita inicial para adultos y exámenes físicos de rutina: dentro de las 12 semanas
- 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 del recién nacido: dentro de las dos semanas del alta del hospital
- 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/salud mental o una visita para pacientes hospitalizados: cinco días
- Visita por abuso de sustancias o salud mental que no es de urgencia: dos semanas

Cómo obtener atención especializada y referencias

Si necesita cuidado que su PCP no puede brindarle, lo referirá a un especialista que sí pueda 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 un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente.

Hay algunos tratamientos y servicios para los cuales su PCP debe solicitarle aprobación a Highmark BCBSWNY antes de 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 al 866-231-0847 (TTY 711).

Si no hay un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado que necesita, le brindaremos la atención necesaria mediante un especialista fuera de 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 si llama 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 sección **Apelaciones al plan** para averiguar cómo hacerlo.

Es posible que, en ocasiones, no aprobemos una referencia fuera de la red para un tratamiento específico. Esto se debe a que usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede recibir por parte de 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 sección **Apelaciones al plan** para averiguar cómo hacerlo.

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** para obtener más información.

Si necesita consultar a un especialista para obtener atención continua, su PCP podrá referirlo para un determinado número de visitas o un lapso determinado (una **referencia permanente**). Si usted tiene una referencia permanente, no necesitará una nueva referencia cada vez que necesite cuidado.

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.
- Realizar una referencia a un centro de cuidado especializado que proporcione el tratamiento para su enfermedad.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) a fin de obtener ayuda para acceder a un centro de cuidado especializado.

Recibir estos servicios de Highmark BCBSWNY sin una referencia

No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP) de Highmark BCBSWNY para ninguno de los servicios indicados en esta sección. Esto significa que podrá recibir estos servicios sin ninguna aprobación especial.

Atención de la salud de la mujer

No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra del plan en los siguientes casos:

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

Planificación familiar

Puede recibir estos servicios de planificación familiar:

- Asesoramiento sobre el 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.

Puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación del miembro para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte nuestro directorio de proveedores o llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) para obtener ayuda para encontrar un médico.

También puede usar su tarjeta de Medicaid si quiere ir a un médico o clínica fuera de nuestro plan. Pídale a su PCP o a Servicios para Miembros (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 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.

Prueba 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 atención de la salud habitual.

Usted puede realizarse una prueba para la detección del VIH o de ITS en cualquier visita que haga al consultorio o la clínica, o cuando reciba servicios de planificación familiar. No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (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 sin que sea un servicio de planificación familiar, su PCP podrá hacerla o coordinarla por usted.

O bien, si prefiere no atenderse con uno de nuestros médicos de Highmark BCBSWNY, puede usar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de servicios de planificación familiar fuera 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 del análisis 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).

Algunas pruebas son rápidas, y los resultados estarán listos mientras espera. El proveedor que realiza la prueba le explicará los resultados y coordinará el cuidado de seguimiento si fuera necesario. Usted también aprenderá a proteger a su pareja. Si el resultado de la prueba es negativo, le ayudaremos a aprender a evitar contagiarse.

Cuidado de los ojos

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, un optometrista y un óptico, y comprenden un examen de la vista y un par de anteojos, si fuera necesario. Por lo general, puede recibir estos servicios una vez cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario. 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 vista 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 marcos. 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 ayudarlo a obtener los servicios de salud mental y por abuso de alcohol o drogas que pueda necesitar. Para pedir ayuda, usted o su proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros en cualquier momento al 866-231-0847 (TTY 711).

Si considera que necesita ayuda con respecto a su salud mental o un problema de abuso de sustancias, puede consultar en cualquier momento a un proveedor participante de salud conductual que acepte Highmark BCBSWNY para averiguar los servicios que podría necesitar. Esto incluye servicios tales como servicios clínicos y de desintoxicación. No necesita una referencia de su PCP.

Dejar de fumar

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

Prueba de detección de depresión posparto

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

Emergencias

Usted siempre está cubierto en caso de emergencias. 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 sienta que podría lastimarse o lastimar a otros
- Si está embarazada y tiene dolor, hemorragia, fiebre o vómitos
- Sobredosis de medicamentos

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.

Lo que debe hacer si tiene una emergencia:

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia. No necesita la aprobación de su plan o de su PCP antes de 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 Servicios para Miembros hará lo siguiente:

- Le dirá lo que debe hacer en su casa
- Le pedirá que llame al consultorio del PCP
- Le indicará que acuda a la sala de emergencia más cercana

Si tiene una emergencia cuando está fuera del área:

- Acuda a la sala de emergencia más cercana.

Recuerde

No necesita aprobación previa para recibir servicios de emergencia. Use la sala de emergencia solo en caso de emergencia.

NO debe usar la sala de emergencia si tiene problemas como influenza, dolor de garganta o infecciones del oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Highmark BCBSWNY al 866-231-0847 (TTY 711).

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sean emergencias, pero que, aun así, requieran atención inmediata. Estos son algunos ejemplos de situaciones que requieren atención de urgencia:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en medio de la noche y no para de llorar.
- La influenza.
- Una herida que necesita suturas.
- Un esguince de tobillo o una astilla grande que no puede extraer.

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 no, 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 atienda 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 en el Distrito de Columbia, 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 le brinden.

Queremos que se mantenga saludable

Además de los chequeos habituales y las vacunas que necesitan usted y su familia, estas son otras formas de proteger su salud:

- Clases para usted y su familia
- Clases de ayuda para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo para duelo/pérdida
- Lactancia y atención para el 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 de violencia doméstica

Visite nuestro sitio web en bcbswny.com/stateplans o llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) para obtener más información.

Administración de cuidados médicos en el hogar

Highmark BCBSWNY desea satisfacer todas sus necesidades de salud. Si tiene muchos problemas de salud, tal vez le sea útil la administración de cuidados médicos en el hogar para que le ayude a coordinar todos sus servicios de salud.

El administrador de cuidados médicos en el hogar puede hacer lo siguiente:

- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) y otros proveedores para coordinar todo su cuidado médico.
- Trabajar con personas de su confianza, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y recibir cuidado.
- Ayudar a programar citas con su PCP y otros proveedores.
- Ayudar a manejar problemas médicos persistentes, como diabetes, asma y presión arterial alta.

Para conocer más sobre los cuidados médicos en el hogar, llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).

Programa Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) para mujeres embarazadas

Cuidado especial para miembros embarazadas

New Baby, New LifeSM es el programa de Highmark BCBSWNY para las embarazadas que sean miembros. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o ginecólogo obstetra para recibir cuidado si está embarazada. Este tipo de cuidado se denomina atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal es importante en cada embarazo. Con nuestro programa, las miembros tienen acceso a información de salud y pueden recibir incentivos por recibir atención prenatal y cuidado de posparto.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades médicas más complicadas. Los enfermeros administradores de casos trabajan en estrecha colaboración con estas miembros para proporcionarles lo siguiente:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud indicado por el médico.
- Información sobre los servicios y recursos comunitarios, como transporte, 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 brindarle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, la invitamos a que participe en My Advocate[®], que es parte de nuestro programa New Baby, New LifeSM. My Advocate le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

Conozca My Advocate

My Advocate proporciona educación útil y divertida sobre la salud maternal por teléfono, Internet y una aplicación para teléfono inteligente. Si elige la versión para el teléfono, podrá conocer 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 útil.
- Comunicación con su administrador de casos mediante mensajes en My Advocate en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un sencillo programa de comunicación.

Este servicio se ofrece sin costo 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. Proporciónese este dato ya que lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

Ayudamos a que usted y su bebé estén sanos

El personal de My Advocate le brinda respuestas a sus preguntas y 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 una o dos preguntas por teléfono. Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará. Los temas que trata My Advocate incluyen:

- Cuidado durante el embarazo y de posparto.
- Cuidado del niño sano.
- Cuidado dental.
- Vacunas.
- Consejos para una vida sana.

Cuando queda 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).

Visite nuestra página Embarazo y salud de la mujer (Pregnancy and Women's Health) en mybcbswny.com/wny-members/your-health/pregnancy-and-womens-health.html para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse saludable y tener un bebé sano. Si desea recibir por correo información sobre embarazo, llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).

Puede acceder a materiales educativos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo

- Detalles sobre My Advocate relativos al programa y cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, Internet o una aplicación para teléfonos inteligentes
- Información del programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards) sobre cómo canjear sus recompensas por atención prenatal, cuidado de posparto y controles médicos pediátricos para el bebé
- Educación sobre cómo tener un bebé saludable, la depresión posparto y el cuidado del recién nacido, que incluye recursos útiles

Mientras está embarazada, debe cuidar muy bien su salud. Puede 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
- Cada semana 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

Cuando dé a luz a su bebé, 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, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su hogar en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) apenas pueda para informar a Highmark BCBSWNY que dio a luz. Necesitaremos información sobre su bebé.
- Llamar al Departamento de Servicios Sociales local para obtener información sobre cómo solicitar Medicaid para su bebé.

Después de tener a su bebé

Después de que nazca su bebé, el programa My Advocate pasará de la educación prenatal a la educación sobre posparto y control médico pediátrico hasta 12 semanas después del parto.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para realizarse su 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 del parto.
- Si tuvo una cesárea o tuvo complicaciones en su embarazo o parto, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que vuelva para hacer un chequeo posquirúrgico una o dos semanas después del

parto. 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.

Programa de manejo de enfermedades

El programa de manejo de enfermedades (DM) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Highmark BCBSWNY, estamos aquí para ayudarlo a que conozca más sobre su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros registrados, llamados administradores de casos para el manejo de enfermedades. Lo ayudarán a controlar mejor su condición o problema de salud. Si quiere participar, los programas de manejo de enfermedades están disponibles sin costo para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un programa de manejo de enfermedades para obtener cuidado médico y servicios de apoyo si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Asma	Hipertensión
Trastorno de abuso de sustancias	Trastorno depresivo grave en adultos
Trastorno bipolar	Trastorno depresivo grave en niños y adolescentes
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Esquizofrenia
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)

Cómo funciona

Si participa en alguno de nuestros programas de DM, su administrador de casos para el manejo de enfermedades hará lo siguiente:

- Le ayudará a establecer metas de salud y crear un plan para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales.
- Hará un seguimiento de su progreso.
- Le brindará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su condición, su salud y su bienestar en general.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidado médico; por ejemplo, lo ayudará a hacer lo siguiente:
 - Programar citas.
 - Ir a las citas con el proveedor de cuidado médico.
 - Lo referirá a especialistas dentro de nuestro plan médico, si fuera necesario.
 - Conseguirá el equipo médico que usted necesite.
- Le ofrecerá materiales educativos y herramientas para el control del peso y para abandonar el tabaquismo (cómo dejar de consumir tabaco, como por ejemplo, dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudarán con sus necesidades médicas.

Cómo inscribirse

Le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM si califica. O bien, llámenos al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Le asignaremos un administrador de casos para el manejo de enfermedades para comenzar.
- Le haremos algunas preguntas sobre su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar juntos para crear un plan para usted o su hijo.

También puede enviarnos un mensaje de correo electrónico a dmsself-referral@bcbswny.com.

Tenga en cuenta que, si bien los correos electrónicos por Internet suelen ser seguros, es posible que terceros puedan acceder a ellos (o recibirlos) sin que usted se entere. Si opta por enviar su información por correo electrónico, usted reconoce (o entiende) que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede elegir cancelar la suscripción al programa (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local para cancelar la suscripción. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En caso de emergencia, llame al 911.

Manejo de enfermedades

Línea gratuita: 888-830-4300 (TTY 711)

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario de atención:

Llame a la Línea de Enfermería 24/7

Las 24 horas, los siete días de la semana

866-231-0847 (TTY 711)

Derechos y obligaciones del programa de manejo de enfermedades

Si se inscribe en un programa de manejo de enfermedades (DM), tiene ciertos derechos y obligaciones. Estos son sus derechos:

- Recibir información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
 - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Optar por dejar de recibir los servicios del programa DM.
- Saber quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.
- Recibir nuestro apoyo para tomar decisiones de cuidado médico con sus proveedores de cuidado médico.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el programa de DM (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo tratan.
- Contar con la confidencialidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Recibir información clara y fácil de entender.
- Presentar quejas ante Highmark BCBSWNY llamando al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local, y también lo siguiente:
 - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
 - Saber cuánto tiempo tiene Highmark BCBSWNY para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Dejarnos sus comentarios sobre el programa de manejo de enfermedades.

Usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de salud que acordaron usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado médico si decide cancelar la suscripción al programa (abandonar el programa).

Los programas de DM no venden productos ni servicios de compañías externas a nuestros miembros. Los programas de DM no poseen compañías externas ni ofrecen productos y servicios con fines de lucro.

Portal seguro para miembros

Puede iniciar sesión en su cuenta segura o registrarse en bcbstny.com/stateplans para solicitar la participación en un programa de DM. Para registrarse, necesitará su número de identificación del miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro). Desde su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro a Servicios para Miembros/al programa de Manejo de enfermedades para solicitar la inscripción en el programa.

SECCIÓN II: SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual contiene información que podrá consultar cuando la necesite. Se indican los servicios que paga su plan médico, así como los servicios que no pagará. En el manual, se explica lo que debe hacer si tiene una queja. Tenga el manual a mano para cuando lo necesite. Tiene muchísima información que puede serle útil.

Evaluación de nueva tecnología

Highmark BCBSWNY se mantiene actualizado con los cambios tecnológicos para verificar si deberían formar parte de los beneficios de nuestro plan. Nuestro director médico y los médicos de nuestros planes evalúan los nuevos avances médicos o cambios tecnológicos en las siguientes áreas:

- Salud conductual.
- Dispositivos.
- Tratamiento médico.
- Medicamentos recetados.

También consideran hallazgos científicos para determinar si estos nuevos avances y tratamientos médicos cumplen con los siguientes criterios:

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes.

Administración médica

Nuestro plan fundamenta sus decisiones de administración médica en la adecuación del cuidado y los servicios. Las decisiones se basan en sus beneficios. No ofrecemos recompensas ni incentivos a proveedores o miembros del personal por denegar la cobertura o los servicios, así como tampoco ofrecemos incentivos financieros para alentar las decisiones que tengan como resultado la subutilización del cuidado.

Beneficios

La atención administrada de Medicaid ofrece una variedad de servicios que usted recibe aparte de los que obtiene en virtud de la cobertura regular de Medicaid. Highmark BCBSWNY prestará o coordinará la mayoría de los servicios que usted necesite. Sin embargo, puede recibir algunos servicios sin acudir a su PCP, como los siguientes:

- Atención de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Pruebas de detección del VIH y consejería
- Servicios autorreferenciales específicos, incluidos los que puede recibir de Highmark BCBSWNY y otros para los cuales puede elegir acudir a cualquier proveedor de servicios de Medicaid

Llame al departamento de Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los servicios a continuación.

Servicios cubiertos por Highmark BCBSWNY

Usted debe recibir estos servicios de proveedores del plan de Highmark BCBSWNY. Todos los servicios deben ser necesarios por motivos médicos o clínicos y deben ser prestados o referidos por su

proveedor de atención primaria (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

Cuidado preventivo

- Cuidado de control del bebé
- Controles médicos pediátricos
- Chequeos regulares
- Vacunas para niños desde el nacimiento y durante toda la infancia
- Acceso a Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para inscritos desde el nacimiento hasta los 21 años
- Consejería para dejar de fumar
- Acceso a agujas y jeringas gratuitas
- Educación sobre el VIH y la reducción de riesgos

Atención de maternidad

- Cuidado médico durante el embarazo
- Médicos/parteras y servicios hospitalarios
- Atención para recién nacidos
- Prueba de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Cuidado médico en el hogar

- Debe ser médicamente necesario y coordinado por Highmark BCBSWNY
- Una visita a domicilio de cuidado posparto médicamente necesaria; visitas adicionales médicamente necesarias para mujeres en alto riesgo
- Al menos dos visitas para los bebés en alto riesgo (recién nacidos)
- Otras visitas de cuidado médico en el hogar según sea necesario y solicitado por su PCP/especialista

Servicios de cuidado personal/asistente doméstico/asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)

- Deben ser médicamente necesarios y coordinados por Highmark BCBSWNY
- Cuidado personal/asistente doméstico: ayuda para bañarse, vestirse y comer, y ayuda para preparar comidas y hacer tareas domésticas
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y comer, y ayuda para preparar comidas y hacer tareas domésticas, además de un asistente de cuidado médico en el hogar y tareas de enfermería. Estos servicios son prestados por un asistente elegido y dirigido por usted.
- Si desea más información, comuníquese con Highmark BCBSWNY al 866-231-0847 (TTY 711)

Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)

- Es un dispositivo que usted usa en caso de emergencia.
- Para calificar y recibir este servicio, debe estar recibiendo servicios de cuidado personal/asistente doméstico o CDPAS.

Servicios médicos diurnos para adultos

- Deben ser recomendados por su PCP.
- Brindan educación sobre salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, ayuda para la vida cotidiana, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de referencias para cuidado dental y otros cuidados especializados.

Servicios médicos diurnos para adultos con sida

- Deben ser recomendados por su PCP.
- Proporcionan atención médica y de enfermería general, servicios de apoyo relacionados con el abuso de sustancias, servicios de apoyo relacionados con la salud mental, servicios nutricionales, además de actividades de socialización, recreación y promoción de la salud y el bienestar.

Terapia contra la tuberculosis

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

Cuidado para enfermos terminales

- El beneficio de hospicio ayuda a los pacientes y sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de una enfermedad y después de un fallecimiento.
- Debe ser médicamente necesario y coordinado por Highmark BCBSWNY.
- Brinda 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.

Los niños menores de 21 años que reciben servicios para enfermos terminales también pueden recibir cuidado paliativo y servicios curativos médicamente necesarios.

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

Cuidado dental

Highmark BCBSWNY considera que brindarle cuidado dental de calidad es importante para su atención de la salud 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.

Cómo obtener 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 al número gratuito de LIBERTY al 833-276-0846. También puede llamar a 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 la Línea de Idiomas.

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 de identificación del plan.

Usted también puede asistir a una clínica dental que esté administrada por un centro académico dental sin una referencia. En caso de que necesite ayuda para encontrar una clínica dental, puede comunicarse con LIBERTY al 833-276-0846.

Atención de ortodoncia

Highmark BCBSWNY cubrirá los aparatos dentales para niños de hasta 21 años que tengan un problema dental grave, por ejemplo, si no pueden masticar alimentos debido a que los dientes están muy torcidos o si tienen paladar hendido o labio leporino.

Cuidado de visión

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, prótesis oculares y/o reemplazo de vidrios perdidos o destruidos, incluidas las reparaciones, cuando sean médicamente necesarias; las prótesis oculares están cubiertas si las solicita un proveedor del plan
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario
- Anteojos (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

Farmacia

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

Se puede requerir un copago de farmacia para algunas personas y para algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Miembros menores de 21 años

- Miembros embarazadas; están exentas durante el embarazo y durante los dos meses posteriores al mes en que termina el embarazo
- Consumidores que están 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 están en un programa de exención para personas con lesiones cerebrales traumáticas (TBI) de HCBS del Departamento de Salud (DOH)
- Medicamentos y suministros para planificación familiar como pastillas anticonceptivas y condones masculinos o femeninos
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos), tuberculosis y abuso de sustancias (MAT)
- Miembros que pertenecen a una tribu indígena estadounidense reconocida federalmente

Artículo recetado	Monto del copago	Detalles del copago
Medicamentos recetados de marca	\$3.00 (no preferidos)/ \$1.00 (preferidos)	Un cargo de copago por cada nueva receta y cada reposición
Medicamentos genéricos recetados	\$1.00	
Medicamentos de venta libre (por ejemplo, para dejar de fumar y para la diabetes)	\$0.50	Por medicamento

Hay un copago por cada nueva receta y cada reposición. Su máximo de copago de farmacia será 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 brindarle servicios o productos porque usted no puede pagar el copago. Los copagos no pagados son una deuda que usted tiene con el proveedor. Si cambió de plan durante el año calendario, conserve los recibos como comprobante de pago de sus copagos. También puede solicitar los comprobantes de pago de sus copagos a su farmacia. Deberá darle una copia a su nuevo plan.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga nuestra aprobación previa antes de hacer su receta. Su médico puede trabajar con Highmark BCBSWNY para asegurarse de que usted reciba los medicamentos que necesita. Conozca más sobre las autorizaciones previas en la sección **Autorización de servicios** que aparece 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, llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711).

Cuidado hospitalario

- Cuidado de pacientes hospitalizados

- Cuidado ambulatorio
- Análisis de laboratorio, radiografías u otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de que haya recibido atención de emergencia, tal vez necesite otra atención para garantizar que su condición se mantenga estable. De acuerdo con sus necesidades, puede recibir tratamiento en la sala de emergencia, la sala de un hospital para pacientes internados o en otro entorno. Esto se denomina **servicios de postestabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la sección **Emergencias**.

Cuidado especializado

Incluye los servicios de otros profesionales, como los siguientes:

- Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y del habla
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos

Atención en un centro médico residencial (hogar de ancianos)

Los servicios de un hogar de ancianos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Supervisión médica
- Cuidado de enfermería las 24 horas
- Asistencia con actividades de la vida diaria
- Fisioterapia
- Terapia del habla y del lenguaje y otros servicios

Para obtener estos servicios de un hogar de ancianos:

- Su proveedor debe solicitar los servicios.
- Highmark BCBSWNY debe autorizar los servicios.

Rehabilitación

Highmark BCBSWNY cubre la estadía a corto plazo o de rehabilitación en hogares de ancianos especializados.

Colocación a largo plazo

Highmark BCBSWNY cubre la colocación a largo plazo en hogares de ancianos para los miembros de 21 años o más.

La colocación a largo plazo significa que vivirá en un hogar de ancianos especializado.

Cuando usted es elegible para una colocación a largo plazo, puede seleccionar uno de los hogares de ancianos del plan de Highmark BCBSWNY que satisfaga sus necesidades.

Si desea vivir en un hogar de ancianos que no sea del plan de Highmark BCBSWNY, primero debe cambiarse al otro plan que tenga el hogar de ancianos elegido en su red.

Los veteranos elegibles, cónyuges de veteranos elegibles y padres Gold Star de veteranos elegibles pueden elegir vivir en un hogar de ancianos para veteranos.

Cómo determinar su elegibilidad para Medicaid para obtener los servicios de un hogar de ancianos a largo plazo

Debe solicitar al Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS) que Medicaid y/o Highmark BCBSWNY paguen los servicios de un hogar de ancianos a largo plazo. El LDSS evaluará sus ingresos y bienes para determinar si es elegible para recibir servicios de un hogar de ancianos a largo plazo. También le informará si deberá pagar algún costo para la atención de un hogar de ancianos a largo plazo.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a Servicios para Miembros de Highmark BCBSWNY al 866-231-0847 (TTY 711).

Recursos adicionales

Si tiene inquietudes sobre la atención de un hogar de ancianos a largo plazo, sobre cómo elegir un hogar de ancianos o sobre el efecto que esto tendrá en su economía, tiene a su disposición más recursos útiles, como los siguientes:

- Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), que brinda asistencia gratuita y confidencial. Llame al 844-614-8800 o visite icannys.org.
- La Oficina para Personas Mayores del estado de New York
- El Programa de Asistencia y Consejería de la Información del Seguro Médico (HIICAP), que brinda consejería y defensa sin costo sobre cuestiones relacionadas con el seguro de salud. Llame al 800-701-0511.
- NY CONNECTS, que lo conecta con servicios y apoyo a largo plazo. Llame al 800-342-9871 o visite visitnyconnects.ny.gov.
- La Declaración de Derechos del Hogar de Ancianos (NHBOR), que describe sus derechos y obligaciones como residente de un hogar de ancianos. Para obtener más información sobre la NHBOR, visite health.ny.gov/facilities/nursing/rights.

Cuidado de salud conductual

El cuidado de 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. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711). Se ofrecen, entre otros, los servicios que se indican a continuación.

Atención de la salud mental

- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Cuidado hospitalario parcial
- Servicios de rehabilitación si está recibiendo tratamiento familiar o en un hogar comunitario
- Tratamiento diurno continuo
- Servicios orientados a la recuperación personalizada (PROS)
- Servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- Consejería individual y en grupo
- Servicios de intervención en situaciones de crisis

Servicios para el trastorno por abuso de sustancias

- 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
- 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)

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda relacionada con trastornos por abuso de sustancias, los servicios de reducción de daños pueden ofrecerle un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar.

Highmark BCBSWNY cubre servicios que pueden ayudarlo a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Un plan de atención elaborado por una persona que tiene experiencia con consumidores de sustancias.
- Consejería de apoyo individual para ayudarlo a alcanzar sus objetivos.
- Consejería de apoyo en grupo en un entorno seguro para hablar con otras personas acerca de los problemas que afectan su salud y bienestar.
- Consejería para ayudarlo con la administración de sus medicamentos recetados y la continuación del tratamiento.

- Grupos de apoyo para ayudarle a entender mejor el abuso de sustancias y a identificar las técnicas y estrategias de afrontamiento que le resulten útiles.

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

Servicios de residencia en caso de crisis para niños y adultos

Highmark BCBSWNY pagará los servicios de residencia en caso de crisis. Se trata de servicios nocturnos. Estos servicios están dirigidos a niños y adultos que experimentan una crisis emocional. Estos servicios incluyen lo siguiente:

Apoyo residencial en caso 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.

Residencia en caso de crisis intensa

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

Residencia en caso de crisis para niños

Este es un programa de apoyo y tratamiento para menores de 21 años de edad. Estos servicios ayudan a las personas a lidiar con una crisis emocional y a regresar a sus casas y su comunidad.

Servicios de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias para miembros menores de 21 años

Atención de la salud mental

- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Cuidado hospitalario parcial
- Servicios de rehabilitación si está recibiendo tratamiento familiar o en un hogar comunitario
- Tratamiento diurno continuo
- Servicios orientados a la recuperación personalizada (PROS)
- Servicios de tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- Consejería individual y en grupo
- Servicios de intervención en situaciones de crisis

Servicios para el trastorno por abuso de sustancias

- 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
- 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)

Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familiares

Use su tarjeta de Medicaid para obtener servicios de apoyo y tratamiento para niños y familiares (CFTSS). Estos servicios incluyen lo siguiente:

- **Otros profesionales certificados (OLP)**
- **Rehabilitación psicosocial (PSR)**
- **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST)**
- **Servicios de apoyo de pares para familias (FPSS)**
- **Capacitación y apoyo de pares para adolescentes (YPST)**
- **Intervención en situaciones de crisis**
- **Servicios para pacientes ambulatorios de la Oficina de Salud Mental (OMH)**

Servicios en el hogar y en la comunidad para niños

El estado de New York cubre servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) para niños en virtud del programa Children's Waiver. Highmark BCBSWNY cubrirá los HCBS para niños para los miembros que participen en el programa Children's Waiver. También proporcionará administración de cuidados médicos para estos servicios. Los HCBS para niños son servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de todos los niños y jóvenes. Los HCBS se proporcionan en aquellos lugares donde los niños/jóvenes y sus familias se sientan más cómodos, y les brindan apoyo mientras trabajan para alcanzar sus metas y logros.

¿Quién puede obtener los HCBS para niños?

Los HCBS para niños están diseñados para niños y jóvenes con las siguientes características:

- Necesitan cuidado y apoyo adicionales para quedarse en casa/en la comunidad.
- Tienen necesidades complejas de salud, de desarrollo y/o de salud conductual.
- Quieren evitar ir al hospital o a un centro de cuidados médicos a largo plazo.
- Son elegibles para los HCBS y participan en el programa Children's Waiver.

Los miembros menores de 21 años podrán recibir estos servicios de su plan médico:

- Recuperación de habilidades en la comunidad
- Servicios diurnos de recuperación de habilidades
- Servicios de apoyo y defensoría para cuidadores/familiares
- Servicios prevocacionales (debe tener 14 años o más)
- Empleo asistido (debe tener 14 años o más)
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo en caso de crisis)
- Cuidado paliativo
- Modificaciones del entorno
- Modificaciones en vehículos
- Tecnología de asistencia y de adaptación

Los niños/jóvenes que participen en el programa Children's Waiver deben recibir administración de cuidados médicos. A través de la administración de cuidados médicos, obtiene ayuda de una persona para buscar y obtener los servicios que sean adecuados para usted.

- Si recibe servicios de administración de cuidados médicos de una agencia de administración de cuidados médicos en el hogar (CMA), puede continuar con su agencia. Highmark BCBSWNY trabajará con su CMA para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Si recibe servicios de administración de cuidados médicos de los Servicios de Evaluación para Niños y Jóvenes (C-YES), Highmark BCBSWNY trabajará con C-YES y le brindará la administración de cuidados médicos.

Beneficio de la agencia voluntaria de tutela temporal (VFCA)

Highmark BCBSWNY cubre los servicios prestados en un centro médico de la agencia voluntaria de tutela temporal (VFCA) para niños y jóvenes menores de 21 años.

El programa trabaja con las familias para promover el bienestar y resultados positivos en los niños bajo su cuidado. Los centros médicos de la VFCA ofrecen prácticas informadas sobre el trauma para satisfacer las necesidades únicas de cada niño.

Además, estos centros solo podrán brindar servicios a niños y jóvenes referidos por los servicios sociales del distrito local.

Entre los servicios prestados en el centro médico 29-I de la VFCA, se incluyen los siguientes:

Servicios básicos relacionados con la salud limitados

1. Desarrollo de habilidades
2. Apoyo de enfermería y administración de medicamentos
3. Planificación del alta y del tratamiento de Medicaid
4. Consulta y supervisión clínicas
5. Manejo/Contacto de atención administrada

y

Otros servicios relacionados con la salud limitados

1. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento relacionados con la salud física
2. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento relacionados con la salud conductual y del desarrollo
3. Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familiares (CFTSS), que incluyen lo siguiente:
 - a. Otros profesionales certificados (OLP)
 - b. Rehabilitación psicosocial (PSR)
 - c. Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST)
 - d. Servicios de apoyo de pares para familias (FPSS)
 - e. Capacitación y apoyo de pares para adolescentes (YPST)
 - f. Intervención en situaciones de crisis
 - g. Servicios para pacientes ambulatorios de la Oficina de Salud Mental (OMH)
4. Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) para niños

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

Si usted está en riesgo de padecer diabetes de 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.

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 de 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 brinda las sesiones del NDPP.

Elegibilidad

Puede que sea elegible para recibir servicios de prevención de la diabetes si tiene una referencia 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 de tipo 1 ni de 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.

Transporte

Para recibir servicios de transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services (MAS) al número que figura más abajo que corresponda al condado donde vive. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS por lo menos tres días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (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.

Medical Answering Services: medanswering.com

Allegany	866-271-0564	Genesee	855-733-9404
Cattaraugus	866-371-4751	Niagara	866-753-4430
Chautauqua	855-733-9405	Orleans	866-260-2305
Erie	800-651-7040	Wyoming	855-733-9403

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

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME)/audífonos/prótesis/dispositivos ortopédicos
- Servicios por orden judicial
- Administración de casos
- Ayuda para recibir servicios de asistencia social
- Servicios en Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC)
- Planificación familiar

- Servicios de un podólogo según sea médicamente necesario

Beneficios que puede recibir de Highmark BCBSWNY o con su tarjeta de Medicaid

Para algunos servicios, usted puede elegir dónde obtener el cuidado. Puede recibir estos servicios usando su tarjeta de identificación del miembro. También puede acudir a proveedores que aceptarán su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 866-231-0847 (TTY 711).

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 obtener medicamentos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) disponibles con una receta, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicio de aborto. Además, puede consultar a un proveedor de servicios de planificación familiar para realizar una prueba de detección del VIH y de infección 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.

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 tendrá 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 lo siguiente:

- 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 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 seis meses de relaciones sexuales regulares y sin protección.

Prueba de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual

Puede obtener este servicio en cualquier momento de parte de su PCP o de médicos de Highmark BCBSWNY. Cuando recibe 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 recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todas las personas deberían hablar con su médico acerca del análisis 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 o recibir tratamiento. No necesita una referencia para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios usando solo su tarjeta de Medicaid

Existen algunos servicios que Highmark BCBSWNY no presta. Puede recibir estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Terapia de análisis conductual aplicado (ABA)

Medicaid del estado de New York cubrirá la terapia de análisis conductual aplicado (ABA) proporcionada por los siguientes:

- Un analista de comportamiento certificado (LBA)
- Un asistente de analista de comportamiento certificado (CBAA) bajo la supervisión de un LBA, u
- Otras personas especificadas en el artículo 167 de la Ley de Educación del estado de New York

¿Quién puede recibir los servicios de ABA?

Niños/jóvenes menores de 21 años con diagnóstico de trastornos del espectro autista y/o síndrome de Rett, como lo define el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). Si usted cree que es elegible para recibir servicios de ABA, hable con su proveedor al respecto. Nota: Deberá usar su tarjeta de Medicaid cuando reciba estos servicios.

Entre los servicios de ABA, se incluyen los siguientes:

- Evaluación y tratamiento realizados por un médico, un analista de comportamiento licenciado o un asistente de analista de comportamiento certificado, u otro profesional de la salud calificado
- Tratamientos individuales realizados en su casa o en otro entorno y
- Capacitación y apoyo para familias y cuidadores

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de coordinación de servicio de Medicaid (MSC)
- 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)

Servicios no cubiertos

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

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y para el bienestar personal
- Servicios de un proveedor que no sea 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 nosotros o su PCP lo enviemos a ese proveedor
- Servicios para los cuales necesita una referencia (aprobación) por anticipado, y usted no la obtuvo

Usted tal vez tenga que pagar por cualquier servicio 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 lo siguiente:

- Servicios no cubiertos (indicados anteriormente)
- 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. Llámenos 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, nos comunicaremos con el proveedor e intentaremos solucionar el problema.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si considera que se le pide que pague algo que debería estar cubierto por Medicaid o por nosotros. 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 y plazos

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 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
- Algunos 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

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 obtener autorización previa si recibe uno de estos servicios ahora y debe continuarlos o recibir más cuidado. 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 obtenga 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 de salud 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 de salud 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.

Aceleraremos la revisión 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 que se le brinde más de un servicio que recibe actualmente.

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 negamos 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 las secciones **Apelaciones del plan** y **Audiencias imparciales** de este manual).

Plazos para las solicitudes de autorización previa

Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro 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. Tendrá noticias nuestras en no más de 14 días después de que recibamos su solicitud. Si necesitamos más información, le avisaremos dentro de los 14 días.

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 por 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 por 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 usted debe probar con otro medicamento, antes de que aprobemos el medicamento que solicita. Si solicita aprobación para ignorar un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas para 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 enviaremos una notificación escrita después.
- 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 para brindar 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 Blue Cross Blue Shield of Western New York
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 su solicitud. Usted, o alguien de su confianza, también puede 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, CDPAS, 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 pagar por 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 proveedores y 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 proveedores de atención primaria (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 una tarifa mensual fija por cada paciente que los haya elegido como su PCP. La tarifa no varía independientemente de que el paciente necesite una visita, muchas o ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- En ocasiones, los proveedores reciben una tarifa fija 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 una **tarifa por servicio**. Esto significa que reciben una tarifa convenida 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 usted y todos nuestros miembros. Si tiene alguna idea, infórmenos. Quizás le gustaría trabajar con alguno de nuestros consejos o comités asesores para 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
- Información sobre cómo controlamos la calidad de la atención que brindamos a nuestros miembros
- Los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud
- Información sobre la organización y el funcionamiento de nuestra compañía

Nos puede solicitar la siguiente información por escrito:

- Las pautas que usamos para revisar condiciones o enfermedades que están cubiertas por Highmark BCBSWNY
- Las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de cuidado médico pueden solicitar ser parte de Highmark BCBSWNY

Si pregunta, le indicaremos lo siguiente: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de los servicios de referencias; y, en ese caso, 2) información sobre el tipo de acuerdos de incentivos que empleamos; y 3) si se brinda protección por exceso de pérdidas para médicos y grupos médicos.

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 o el de sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, verifique con el Departamento de Servicios Sociales (LDSS) local. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

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 período. Sin embargo, 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 de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros se ven perjudicados.
- Si 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 obtener 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 del 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 o cancelar su inscripción.

Usted puede 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 causarán 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 al Departamento de Servicios Sociales local (consulte la sección **Números de teléfono importantes**) o a New York Medicaid Choice al 800-505-5678.

Usted podría ser no elegible para recibir atención administrada de Medicaid

Usted o su hijo podrían tener que retirarse de Highmark BCBSWNY en los siguientes casos:

- Se mudan del condado o área de servicio.
- Se cambian a otro plan de atención administrada.
- Ingresan a una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) u otro plan de seguro a través del trabajo.
- Los encarcelan.
- Pierden su elegibilidad por cualquier otro motivo.

Su hijo podría tener que retirarse de Highmark BCBSWNY o cambiar de plan en los siguientes casos:

- Se inscribe en un programa para niños con discapacidades físicas.
- Es entregado en tutela temporal por una agencia que tiene un contrato para prestar ese servicio en nombre del Departamento de Servicios Sociales local.
- Es entregado en tutela temporal por el Departamento de Servicios Sociales local en un área donde el plan actual de su hijo no presta servicios.

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 800-505-5769 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 respeta nuestras normas.
- No completa los formularios con honestidad o no suministra información verdadera (comete fraude).
- Causa daño o abuso a miembros, proveedores o personal del plan.
- Actúa de tal manera que nos impide hacer lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas.

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 inicial adversa**.

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 dentro de un día hábil.

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 inicial adversa para solicitar una apelación al plan.

Puede llamar a Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación al plan o seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarlo en los siguientes casos:

- Tiene necesidades especiales, como problemas auditivos o de la vista.
- 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.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado:

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que recibe ahora, usted puede seguir recibiendo los servicios mientras espera la resolución de la 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.

No lo trataremos de forma distinta ni de mala manera por presentar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, tendrá que brindarnos los siguientes datos:

- Su nombre y dirección
- Su número de inscripción
- El servicio que solicitó y las razones para 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 inicial adversa

Para ayudarle a preparar su apelación al plan, puede solicitar que se le permita ver las pautas, los registros médicos y los demás documentos que utilizamos para tomar la determinación inicial adversa. Si su apelación al plan se procesa por vía rápida, 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).

Bríndenos información y material por teléfono, fax o correo, o en persona:

Teléfono..... 866-231-0847 (TTY 711)

Fax..... 844-759-5954

Correo postal..... Member Complaints and Appeals
Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

En persona..... Highmark Blue Cross Blue Shield of
Western New York
257 W. Genesee St.
Buffalo, NY 14202

Si solicita una apelación al plan por teléfono, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito, a menos que se procese por vía rápida. 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 al plan 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 solicita un proveedor o servicio 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 considerablemente del servicio que el plan puede ofrecerle de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado o elegible por la junta médica que ofrezca tratamiento a las personas que necesitan el servicio que usted solicita.
 - 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 de un proveedor participante.
- 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) La recomendación de un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia correspondientes que pueda prestarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado o elegible por la junta médica 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. Sin embargo, 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 al plan.
- 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. Llame al Departamento de Apelaciones de Highmark BCBSWNY al 866-231-0847 (TTY 711) si no está seguro de qué información debe enviarnos.

- 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 de carácter no clínico las manejará una persona distinta de la que tomó 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 final adversa.
- Si considera que nuestra determinación final adversa está equivocada, puede hacer lo siguiente:
 - Pedir una audiencia imparcial. Consulte la sección sobre audiencias imparciales de este manual.
 - En el caso de algunas decisiones, solicitar una apelación externa. Consulte la sección sobre apelaciones externas de este manual.
 - Presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York al 800-206-8125.

Plazos para las apelaciones del plan

Apelaciones al plan estándares: 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 le rechazaron su solicitud cuando pidió más tratamiento para el trastorno por 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. El 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 le rechazaron su solicitud cuando pidió continuar recibiendo cuidados que ahora está recibiendo o necesita extender un servicio que le brindaron; **o**
- Si le rechazaron su solicitud cuando pidió atención de la salud en el hogar después de estar en el hospital; **o**
- Si le rechazaron su solicitud cuando pidió más tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de salir del hospital.

Si necesitamos más información para tomar 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 enviaremos una notificación escrita después.
- 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 suceder porque tiene más información para brindar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo mediante una llamada al 866-231-0847 o por escrito a la siguiente dirección:
Grievance and Appeals Department
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York
P.O. Box 38
Buffalo, NY 14240-0038

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 puede 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 brindarlo 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:

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que recibe ahora, usted puede seguir recibiendo los servicios mientras espera la resolución de la apelación al plan.

Debe solicitar la apelación al plan:

- 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 la que está programado el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.

Si su apelación al plan vuelve a ser rechazada, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales que encontrará más adelante en este manual. Si se rechazan su apelación al plan y la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que haya continuado recibiendo.

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 de investigación;
- 3) No difiere del cuidado que puede obtener en la red del plan; o
- 4) Puede brindarlo 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 inusual. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación al plan y obtener una determinación final adversa.
- 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.
- Usted y el plan deben acordar omitir el proceso de apelaciones al plan y proseguir directamente con la apelación externa.
- 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 final adversa del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones al 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 obtener 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 dfs.ny.gov
- Comunicarse con el plan médico al 866-231-0847 (TTY 711)

Su apelación externa se resolverá en 30 días. Es posible que se tarde más tiempo (hasta cinco días hábiles adicionales) 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 rechaza 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 por 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 de vía rápida 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 le enviará una carta con la decisión.

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación final adversa donde se rechaza, se reduce, se suspende o se interrumpe su servicio, usted puede solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial, 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:

- 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.
- No está conforme con una decisión que tomamos acerca de restringir sus servicios. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de intento de restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días del aviso de intento 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 la decisión de la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está conforme con la decisión de que su médico no solicite los servicios que usted desea. 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 final adversa, tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación final adversa para solicitar una audiencia imparcial estatal.
- No está conforme con la decisión de que su médico no solicite los servicios que usted desea. 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 final adversa, tendrá 120 días calendario desde la fecha de la determinación final adversa para solicitar una audiencia imparcial estatal.

- Usted no está conforme con una decisión que tomamos acerca de su cuidado. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Usted no está conforme con que hayamos decidido lo siguiente:
 - Reducir, suspender o interrumpir el cuidado que recibía;
 - Denegar el cuidado que quería;
 - 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 atención de la salud.

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

Si solicitó una apelación al plan y recibe una determinación final adversa 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 final adversa o cuando la acción entre en vigencia, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, 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.

La decisión que reciba por parte del funcionario de audiencias imparciales será definitiva.

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

- Por teléfono: 800-342-3334 (línea gratuita)
- Por fax: 518-473-6735
- Por Internet: otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing 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 la audiencia para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviársela por correo, llevaremos a la audiencia una copia del paquete de pruebas para usted. Si no recibe el paquete de pruebas la semana anterior a la audiencia, puede llamar al 866-231-0847 (TTY 711) para pedirlo.

Recuerde que puede quejarse en cualquier momento con el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 800-206-8125.

Proceso de quejas

Quejas

Esperamos que nuestro plan médico le brinde 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

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.

También puede presentar su queja por escrito o llamar al número de Servicios para Miembros para 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 dentro de 15 días hábiles. En la carta, le comunicaremos lo siguiente:

- Quién está trabajando en su queja
- Cómo puede comunicarse con esta persona
- Si necesitamos más información

Puede proporcionarnos, en persona o por escrito, más información para usar cuando analicemos su queja. 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 nuestra decisión dentro de los 45 días de haber recibido toda la información que necesitamos para resolver su queja, pero nos comunicaremos con usted en un plazo máximo de 60 días a partir de la recepción de su queja. También le informaremos los motivos de nuestra decisión por escrito.
- 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. También lo llamaremos o intentaremos llamarlo para comunicarle 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 por no contar con suficiente información, le enviaremos una carta para avisarle.

Apelaciones de quejas

Si está en desacuerdo con alguna decisión que tomamos sobre su queja, usted puede presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja

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

Qué sucede después de que recibimos la apelación de su queja

Le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles de recibir la apelación de su queja.

En la carta, le comunicaremos lo siguiente:

- Quién está trabajando en la apelación de su queja
- Cómo puede comunicarse con esta persona
- 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.

Si tenemos toda la información necesaria, conocerá nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, conocerá nuestra decisión en un plazo de dos días hábiles desde el momento en que tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación. Le informaremos los motivos 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 al Departamento de Salud del estado de New York al 800-206-8125.

Derechos y obligaciones de los miembros

Sus derechos

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

- Recibir información sobre el plan médico y sus servicios, profesionales y proveedores.
- Recibir información sobre sus derechos y obligaciones, y hacer sugerencias al respecto.
- 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 obtener 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, en un idioma que entienda.
- Conocer todas las opciones de tratamiento disponibles, sin importar lo que cubren sus beneficios o cuál es el costo de las opciones.

- Obtener una segunda opinión sobre su cuidado.
- Dar su aprobación para cualquier tratamiento o plan de atención después de haber recibido una explicación completa sobre el plan.
- Negarse a recibir cuidado, y que le informen sobre cuál sería el riesgo.
- Obtener una copia de su registro médico, hablar sobre este con su PCP y pedir que se modifique o corrija si fuera necesario.
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con nadie, excepto cuando sea requerido por ley o por contrato, o cuando usted brinde su aprobación.
- Usar el sistema de quejas de Highmark BCBSWNY para resolver una queja. También puede quejarse al Departamento de Salud del estado de New York o al 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:

- Proporcionar información correcta sobre su salud a su PCP, al plan médico y a otros proveedores.
- Trabajar con su PCP para resguardar y mejorar su salud, y seguir planes e instrucciones de atención.
- Saber cómo funciona el sistema de cuidado de salud.
- Seguir los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga alguna duda para que pueda entender sus condiciones médicas y/o las opciones de tratamiento, y trabajar con su PCP para cumplir con sus objetivos.
- Llamar o volver a visitar a su PCP si su estado de salud no mejora, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado de salud con el respeto con el que espera que lo traten a usted.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención de la salud. Llamar 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 atención médica, incluso fuera del horario normal.

Directivas anticipadas

Puede llegar el día en que no pueda decidir sobre su propio cuidado de salud. Si planifica con anticipación, puede determinar ahora cuáles son sus deseos para el futuro. En primer lugar, infórmeles 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 modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender o conseguir estos documentos. Estos no cambian su derecho a obtener beneficios de cuidado de salud de calidad. 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 confíe (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.

Reanimación cardiopulmonar (CPR) y orden de no reanimar (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 su registro médico. También puede conseguir un formulario 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 del tamaño de una billetera indica que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas después de su fallecimiento. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para informarles a los demás que desea donar sus órganos y de qué forma.

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 revisión más reciente se muestra en el pie de página de este aviso.

Lea este aviso atentamente. Le indica lo siguiente:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla.**
- **Cuándo podemos compartirla sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información relativa a su salud y a 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, obtenemos información acerca de usted de agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos aprobar y pagar por 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 brinda 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 ciertos 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 tengan acceso.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Cuando la usan o la comparten el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos).
 - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Si usted nos autoriza, podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija para que lo ayude con su cuidado médico o lo pague. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros le brinden el cuidado que necesita
- **Para pagos, tratamientos y operaciones médicas**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturarán su atención

- Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba (esto se llama autorización previa o preaprobación)
- Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle apoyo y ayudarle a obtener beneficios y servicios. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos compartirla en intercambios de información de la salud para fines de pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea esto, visite mybcbswny.com/wny-members/privacy.html para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de 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 las personas se enfermen o se lesionen
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Si usted nos autoriza, podemos compartirla con su familia o una persona que usted elija para que lo ayude con su cuidado médico o lo pague
 - Con alguna persona que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted no puede expresarse por sí mismo y es lo mejor para usted

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

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podremos revertir o anular 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 brindar información a las agencias de supervisión de la salud con fines de auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y su causa de muerte
- Para brindar ayuda cuando usted haya solicitado donar sus órganos para investigación científica
- 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 dar información a la indemnización del trabajador si usted se enferma o lastima en el trabajo

Sus derechos

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídsela 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. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos o por algún otro medio. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otras personas durante los últimos seis años. Esto no mostrará las veces que la hemos compartido por motivos de cuidado médico, pagos, tareas administrativas diarias de cuidado médico u otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- 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 nosotros?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Tenemos que informarle lo que la ley establece sobre nuestras obligaciones en relación con la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o de una forma 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 otras obligaciones para nosotros, además de las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, así como nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto usando un sistema de discado telefónico automático o una 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 llame y no nos comunicaremos más por ese medio. También puede llamar sin cargo al 844-203-3796 (TTY 711) para añadir 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 desea ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros sin cargo al 866-231-0847 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

Qué debe hacer si tiene una queja

Estamos aquí para ayudarle. 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.

Puede escribir o llamar 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

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 sucede, le informaremos los cambios por carta. También los publicaremos en el sitio web en mybcbswny.com/wny-members/privacy.html.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de parte de las agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. 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 la salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma.
- Ofrecer servicios de interpretación y traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Compartirla con 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.
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su autorización.
- 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.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con la línea gratuita de 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.

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.

Revisado en agosto de 2021



866-231-0847 (TTY 711) | 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.