

Manual para Afiliados de Child Health Plus del Estado de Nueva York

Revisado en agosto de 2026



Aviso de No-Discriminación

Para afiliados de Medicaid, Child Health Plus,
MVP Harmonious Health Care Plan® y Essential Plans

MVP Health Care®, Inc. cumple con las leyes federales sobre derechos civiles. MVP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (como se define en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

MVP Health Care ofrece lo siguiente:

Asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades, para ayudarle a comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (texto en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios:

llame a MVP al:

- Afiliados de Medicaid y Child Health Plus llame al **1-800-852-7826**
- Afiliados de MVP Harmonious Health Care Plan llame al **1-844-946-8002**
- Afiliados de Plan Esencial llame al **1-888-723-7967**
- TTY llame al **711**

Cómo presentar una queja o un reclamo

Si cree que MVP no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles de MVP.

Correo: ATTN: CIVIL RIGHTS COORDINATOR
MVP HEALTH CARE
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

Teléfono: **1-800-852-7826**
(TTY/TDD: **711**)

Fax: **518-386-7600**

En persona: 625 State Street, Schenectady, NY

Correo Electrónico: **civilrightscoordinator@mvphhealthcare.com**

También puede presentar un reclamo relacionado con derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. por los siguientes medios:

Línea: **ocrportal.hhs.gov**

Correo: US DEPT OF HEALTH & HUMAN SVCS
200 INDEPENDENCE AVE SW
HHH BLDG ROOM 509F
WASHINGTON DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
(TTY/TDD: 1-800-537-7697)

Para acceder a los formularios de quejas ingrese en **hhs.gov/ocr** y seleccione *Filing with OCR* (Presentar un reclamo ante la OCR).

Este aviso está disponible en el sitio web de MVP:
mvphhealthcare.com/NDN.

Asistencia lingüística



ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia lingüística y otras ayudas disponibles para usted, sin cargo. Llame al **1-844-946-8010** (TTY 711).

Español
(Spanish)

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call **1-844-946-8010** (TTY 711).

English

请注意: 您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 **1-844-946-8010** (TTY 711)。

繁體中文
(Chinese)

ملاحظة 1-844-946-8010 (TTY 711): خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم (TTY 711).

لغوية
(Arabic)

주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다 **1-844-946-8010** (TTY 711). 번으로 연락해 주십시오.

한국어
(Korean)

ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру **1-844-946-8010** (TTY 711).

Русский
(Russian)

ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il **1-844-946-8010** (TTY 711).

Italiano
(Italian)

ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le **1-844-946-8010** (TTY 711).

Français
(French)

ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele **1-844-946-8010** (TTY 711).

Kreyòl Ayisyen
(French Creole)

אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט **1-844-946-8010** (TTY 711).

אידיש
(Yiddish)

UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: **1-844-946-8010** (TTY 711).

Polski
(Polish)

ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa **1-844-946-8010** (TTY 711).

Tagalog
(Tagalog-Filipino)

মনোযোগ ন্যমূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-844-946-8010 (TTY 711)।-এ ফোন করুন।

বাংলা
(Bengali)

VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi **1-844-946-8010** (TTY 711).

Shqip
(Albanian)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο **1-844-946-8010** (TTY 711).

Ελληνικά
(Greek)

توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-844-946-8010** (TTY 711)۔ کریں

اردو
(Urdu)

¡Le damos la bienvenida a MVP!

En este Manual para Afiliados de Child Health Plus, encontrará toda la información que necesita para aprovechar al máximo sus nuevos beneficios de atención médica.

Gracias por elegir MVP. Esperamos ofrecerle acceso a excelentes servicios de salud. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestros servicios o sus nuevos beneficios, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Estamos listos para asistirlo cuando y donde sea que nos necesite.

Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para hablar con un integrante de nuestro equipo.

1-800-852-7826 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm.

Visítenos en línea. Puede visitar nuestro sitio web en: **mvphealthcare.com**. Acceda a su Manual para Afiliados en línea en: **mvphealthcare.com/memberhandbooks** y luego seleccione *Child Health Plus (CHPlus)*.

¡Comience con Gia®, la experiencia de salud digital de MVP!

Puede acceder a Gia en línea en **my.mvphealthcare.com** o descargando la aplicación móvil Gia by MVP.

Obtenga más información acerca de Gia en mvphealthcare.com/GetGia



AQUÍ LE MOSTRAMOS DÓNDE ENCONTRAR LA INFORMACIÓN QUE DESEA

BIENVENIDO al Programa Child Health Plus de MVP	7
Cómo Usar Este Manual	7
Ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados	7
Manténganos Informados	9
Aporte de Prima Familiar	10
Tarjeta de Identificación del Plan de Salud de su Hijo.....	10
Cómo Mantener a su Hijo Cubierto: Recertificación	11
Confidencialidad	11
Cómo Obtener Atención para su Hijo.....	11
PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER	13
Cómo elegir el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de su hijo	13
IDIOMA ALTERNATIVO: Si no tiene contrato con los FQHC.....	21
En estos casos, el proveedor de su hijo debe aceptar trabajar con nosotros.....	21
Cómo Recibir Atención Regular	23
Queja de Acceso a la Salud del Comportamiento	24
Cómo Obtener Atención de Emergencia o Urgente	25
Visitas Urgentes	25
Emergencias	25
Cómo Obtener Atención Especializada.....	26
Atención fuera de los Estados Unidos.....	28
PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN	29
BENEFICIOS	29
• Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (Assertive Community Treatment, ACT).....	30
• Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (Children and Family	

Treatment and Support Services, CFTSS).....	30
• Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS).....	31
¿Quién puede obtener HCBS?.....	32
Los afiliados pueden ser elegibles para recibir estos servicios	32
• Servicios de Salud Mental y Servicios por Consumo de Alcohol y Sustancias para Pacientes Hospitalizados	32
• Visitas Ambulatorias para Salud Mental y para el Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y el Consumo de Sustancias	33
• Servicios de Rehabilitación Residencial para Jóvenes (Residential Rehabilitation Services for Youth, RRSY)	33
Atención Dental	34
Cómo Obtener Servicios Dentales.....	34
Atención de Ortodoncia	34
Educación y Visitas a Domicilio para Diabéticos	35
Exámenes de Diagnóstico y Laboratorio	35
Equipo Médico Duradero (DME), Dispositivos Protésicos y Dispositivos Ortopédicos	35
Atención de Emergencia.....	35
Atención de Emergencia y Servicios Posteriores a la Estabilización.....	36
Traslados de Emergencia	36
Atención Médica en el Hogar.....	37
Atención de Hospicio	38
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	38
Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	38
Atención de Maternidad	39
Suministros médicos	39
Cirugía ambulatoria.....	39
Farmacia	39
Pruebas Prequirúrgicas.....	40
Servicios Profesionales para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades y Lesiones..	40

Atención preventiva	40
Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos del espectro autista	41
Segunda Opinión Médica.....	41
Atención Especializada	41
Servicios Terapéuticos.....	42
Atención de la Visión.....	42
Atención Médica de la Mujer	43
Servicios NO cubiertos	43
Queremos Ayudarlo a Mantener a su Hijo Sano.....	45
Programa de Manejo de Casos de MVP – Estamos aquí para ayudarle	45
Si Recibe una Factura	45
Protección contra Facturas Sorpresa.....	45
Autorización de Servicios	46
Autorización Previa	46
Qué sucede después de que recibimos la solicitud de autorización de servicio de su hijo	46
Plazos para solicitudes de autorización previa	47
Plazos especiales para otras solicitudes	47
Cómo se les Paga a Nuestros Proveedores	48
Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan	49
Información Adicional del Centro de Servicios a los Afiliados	49
Cancelación de la Inscripción	51
1. Si USTED quiere abandonar MVP	51
2. Su hijo puede dejar de ser elegible para Child Health Plus si:	51
3. Su hijo puede ser dado de baja de MVP si	51
4. Podemos pedirle a su hijo que abandone MVP.....	51
Apelaciones	52
El proveedor de su hijo puede solicitar una reconsideración	52
Puede presentar una Apelación del Plan.....	52

Qué sucede después de que recibimos la Apelación del Plan de su hijo	54
• Si cree que nuestra Determinación Adversa Final es incorrecta	55
Plazos para Apelaciones del plan	55
La Apelación del Plan de su hijo se revisará conforme al proceso acelerada si	55
Apelaciones Externas	57
Revisión Estatal de CHPlus.....	58
Para solicitar una Revisión Estatal de CHPlus	59
Proceso de Reclamos	60
Reclamos	60
Cómo Presentar un Reclamo	61
Qué Sucede a Continuación	61
Después de que revisemos su reclamo.....	61
Apelaciones de Reclamos	62
Cómo presentar una apelación de reclamo	62
Qué sucede después de recibir su apelación de reclamo	62
Cómo Denunciar Fraude y Abuso.....	63
Derechos y Responsabilidades del Afiliado	63
Poder Notarial para Atención Médica	65
No Resucitar (Do Not Resuscitate, DNR)	65
Tarjeta de Donante de Órganos	65
Números de Teléfono Importantes	67
Línea de asesoramiento de enfermeros de MVP	67
Servicios de Atención Virtual Gia®	67
Sitios Web Importantes.....	68

BIENVENIDO al Programa Child Health Plus de MVP

Nos complace que su hijo esté inscrito en el Programa Child Health Plus de MVP.

MVP tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Department of Health, DOH) para brindar atención médica a niños elegibles para el programa Child Health Plus. Este manual será su guía para la gama completa de servicios de atención médica disponibles para su hijo a través de Child Health Plus.

Para conocer mejor a su hijo, nos comunicaremos con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga u obtener ayuda para programar citas para él. Si necesita hablar con nosotros antes de que lo contactemos, llámenos al **1-800-852-7826 (TTY 711)**.

Cómo Usar Este Manual

Este manual le informa cómo funciona la cobertura de Child Health Plus de su hijo. También le indica cómo puede aprovechar al máximo el plan de salud de su hijo, MVP. Este manual es su guía para acceder a los servicios de salud y bienestar físico para su hijo.

Las primeras páginas le indican lo que necesita saber de inmediato. Cuando tenga una pregunta sobre el uso de los servicios, consulte este manual o llame al Centro de Servicios a los Afiliados.

Ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de su hijo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al:

1-800-852-7826 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm

Línea de Asesoramiento de Enfermeros de MVP 24/7

Contamos con una Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a la que puede llamar para obtener asesoramiento de un experto si usted o un miembro de la familia sufre una enfermedad o lesión leve. Llame al **1-800-852-7826** para hablar con un enfermero en cualquier momento.

Si nos llama después del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados para obtener ayuda **siempre que tenga una pregunta, no importa el momento**. Puede llamarnos para:

- Elegir o cambiar el proveedor de cuidado primario (PCP) de su hijo.
- Preguntar sobre los beneficios y servicios.
- Obtener ayuda con los referidos.
- Reemplazar una tarjeta de identificación perdida.
- Preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar los beneficios de su hijo.

Ofrecemos sesiones gratuitas para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudar mejor a su hijo. Es un excelente momento para hacer preguntas y conocer a otros afiliados. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para encontrar el mejor horario y lugar para usted.

Si no habla inglés, podemos ayudar. Queremos que sepa cómo usar el plan de atención médica de su hijo, independientemente del idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que pueden ayudar. También lo ayudaremos a encontrar un PCP que pueda atender a su hijo en su idioma.

Para personas con discapacidades: Si su hijo usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas auditivos o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o si tiene dispositivos de comunicación especiales disponibles. Además, tenemos servicios como:

- Máquina TTY (nuestro número de teléfono TTY es 711)
- Información en letra grande
- Manejo de casos **1-866-942-7966** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 am a 5:00 pm
- Ayuda para programar citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en la discapacidad de su hijo

Cómo Funciona Child Health Plus

Child Health Plus es una cobertura de seguro de salud de bajo costo y calidad para niños elegibles en el Estado de Nueva York.

Su hijo está inscrito en MVP Child Health Plus, a través de Salud del Estado de Nueva York (NY State of Health).

Su hijo es elegible para Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado de Nueva York:

- su hijo es menor de 19 años;
- su hijo no tiene otra cobertura de seguro de salud;
- su hijo no es elegible para Medicaid;
- su hijo es residente del Estado de Nueva York;
- el padre, la madre, el padrastro o el tutor de su hijo no es un empleado público con acceso a la cobertura de seguro de salud familiar por parte de un plan estatal de beneficios de salud, conocido como el Programa Estatal de Seguros de Salud de Nueva York (New York State Health Insurance Program, NYSHIP);
- su hijo no es un recluso de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales.

Manténganos Informados

Debe informar a Salud del Estado de Nueva York sobre cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad de su hijo para Child Health Plus. Siempre que ocurran estos cambios, infórmelos en un plazo de 30 días:

- usted o su hijo se mudan o cambian el número de teléfono;
- su hija queda embarazada;
- hay un cambio en la cobertura del seguro de su hijo;
- usted o su hijo obtienen acceso o se inscriben en NYSHIP;
- hay un cambio en su hogar, como un matrimonio;
- hay un cambio en los ingresos del hogar.

Si no informa un cambio, es posible que deba reembolsar algunos o todos los subsidios que el Estado de Nueva York pagó por su hijo.

Puede llamar a la línea de ayuda de Salud del Estado de Nueva York al **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)** para informar un cambio. También puede visitar nystateofhealth.ny.gov para hacer cambios en su cuenta de Salud del Estado de Nueva York en línea.

También podemos ayudarlo a informar un cambio. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Si su hijo ya no es elegible para Child Health Plus, es posible que pueda inscribirlo en otro programa de seguro de salud. Comuníquese con Salud del Estado de Nueva York, el Mercado Oficial de Planes de Salud, al 1-855-355-5777 o en nystateofhealth.ny.gov.

Aporte de Prima Familiar

Es posible que su hijo tenga una prima mensual según los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia. Este es el único costo de bolsillo en Child Health Plus. Si su hijo tiene una prima mensual, le enviaremos una factura. Usted debe pagar la prima inicial antes de poder inscribir a su hijo. También le enviaremos una factura de prima mensual.

Si tiene preguntas sobre la prima mensual de su hijo, llame al **1-800-852-7826** (TTY 711). También podemos decirle cómo puede pagar su factura.

Si se cancela la inscripción de su hijo por falta de pago de la prima, usted será responsable de las facturas médicas por los servicios que su hijo recibió en la fecha de cancelación de la inscripción.

Tarjeta de Identificación del Plan de Salud de su Hijo

Cuando su hijo se inscriba, le enviaremos una carta de bienvenida. La tarjeta de identificación de MVP de su hijo debe llegar antes de los 20 días de la fecha de inscripción de su hijo. Si su hijo necesita atención antes de que llegue la tarjeta, la carta de bienvenida es prueba de que su hijo es afiliado.

Si hay algún error en la tarjeta de ID de su hijo, llámenos de inmediato.

Lleve siempre la tarjeta de identificación de su hijo y muéstrela cada vez que lo atiendan.

Si necesita una tarjeta de identificación de reemplazo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY 711). Siempre puede encontrar una versión digital

de la tarjeta de identificación de su hijo en Gia®. Visite **my.mvphealthcare.com** para iniciar sesión en Gia y ver su tarjeta.

Cómo Mantener a su Hijo Cubierto: Recertificación

Debe volver a presentar una solicitud ante Salud del Estado de Nueva York todos los años para asegurarse de que su hijo siga siendo elegible para Child Health Plus. Esto se denomina “recertificación” o “renovación”.

Salud del Estado de Nueva York le enviará un aviso de renovación cuando sea el momento de renovar la cobertura de su hijo. Este aviso tendrá más información sobre el proceso de renovación.

Confidencialidad

Respetamos el derecho a la privacidad de su hijo. Reconocemos la confianza necesaria entre usted, su hijo, sus médicos y otros proveedores. Nunca divulgaremos los registros médicos, el historial de salud del comportamiento ni los registros de trastornos por consumo de sustancias de su hijo sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán la información clínica de su hijo seremos nosotros, los proveedores de su hijo y el representante autorizado de su hijo. El PCP de su hijo siempre hablará con usted primero cuando lo refiera a otros proveedores. El personal de MVP ha sido capacitado para mantener una estricta confidencialidad de los afiliados.

Cómo Obtener Atención para su Hijo

Contamos con un grupo de proveedores de atención médica para satisfacer las necesidades de su hijo. Estos médicos, especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica conforman nuestra red de proveedores.

Nuestra red de proveedores figura en nuestro directorio de proveedores. El directorio de proveedores enumera la dirección, el número de teléfono y la capacitación especial de los proveedores. También mostrará qué proveedores aceptan nuevos pacientes. Si necesita un directorio de proveedores, llame al **1-800-852-7826** (TTY 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web, **mvphealthcare.com/Findadoctor**.

También puede encontrar un médico para su hijo a través de Gia. Inicie sesión en **my.mvphealthcare.com** para encontrar proveedores según su ubicación.

Debe seleccionar un PCP para su hijo de nuestra red de proveedores. Si su hijo necesita realizarse una prueba, consultar a un especialista o ir al hospital, el PCP del niño lo coordinará. Toda atención debe ser médicamente necesaria. En algunos casos, su hijo puede consultar a ciertos médicos para algunos servicios sin un referido del PCP.

PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER

Cómo elegir el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de su hijo

Es posible que ya haya elegido el PCP de su hijo para que actúe como médico habitual de él. Esta persona podría ser un médico, un enfermero especializado, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico. **Si no ha elegido un PCP para su hijo, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un PCP en un plazo de 30 días, elegiremos uno para su hijo. El Centro de Servicios a los Afiliados **1-800-852-7826** (TTY 711) puede verificar si su hijo ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir uno. También puede iniciar sesión en **my.mvphealthcare.com**, seleccionar un proveedor de cuidado primario para ver si su hijo ya tiene un PCP o elegir uno.

Cada niño de su familia inscrito en nuestro plan puede tener un PCP diferente. O bien, puede elegir un PCP para que atienda a todos sus hijos. Un pediatra trata a los niños. Los médicos de medicina familiar tratan a toda la familia.

Nuestro directorio de proveedores mostrará qué médicos y proveedores aceptan nuevos pacientes. Al momento de elegir el PCP de su hijo, debe llamar a su consultorio para asegurarse de que estén aceptando nuevos pacientes. Puede obtener una lista de proveedores en nuestro sitio web en **mvphhealthcare.com/FindaDoctor**. Es posible que quiera encontrar un proveedor que:

- su hijo haya visto antes;
- comprenda los problemas de salud de su hijo;
- está aceptando nuevos pacientes;
- pueda atender a su hijo en su idioma;
- sea fácil llegar a él.

También nos comunicamos con los Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunas personas quieren recibir atención de los FQHC porque los centros tienen una larga trayectoria en el vecindario, o porque son de fácil acceso. Puede elegir un PCP para su hijo en uno de los FQHC con los que trabajamos. Simplemente llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) si necesita ayuda.

CONDADO DE ALBANY**Whitney M Young Jr Health Center**

920 Lark Dr, Albany NY, 12207-1300

518-465-4771

10 Dewitt St, Albany NY, 12207-2423

518-465-4771

1804 2nd Ave, Watervliet NY, 12189-2818

518-465-4771

CONDADO DE CLINTON**Champlain Family Health**

828 State Route 11, Champlain NY,

12919-4966

518-298-2691

CONDADO DE COLUMBIA**Sun River Health**

750 Union St, Hudson NY, 12534-3002

518-751-3060

CONDADO DE DUTCHESS**Sun River Health**

6 Henry St, Beacon NY, 12508-3058

845-831-0400

34 Livingston St, Poughkeepsie NY,

12601-4713

845-483-6099

3174 Route 22, Dover Plains NY,

12522-5924

CONDADO DE MONROE**Anthony Jordan Health Center**

666 Plymouth Ave S, Rochester NY,

14608-2766

585-423-5836

151 Parsells Ave, Rochester NY, 14609-5118

585-784-5940

41 Kestrel St, Rochester NY, 14613-2120

585-423-5837

82 Holland St, Rochester NY, 14605-2131

585-423-5800

322 Lake Ave, Rochester NY, 14608-1162

585-254-6480

273 Upper Falls Blvd, Rochester NY,

14605-2103

585-454-2630

480 Genesee St, Rochester NY, 14611-3634

585-436-3040

950 Norton St, Rochester NY, 14621-3732

585-324-3726

Oak Orchard Community Health Center

300 West Ave, Brockport NY, 14420-1118

585-637-3905

Rochester General

222 Alexander St, Rochester NY, 14607-4039

585-922-8003

655 Colfax St, Rochester NY, 14606-3113

585-324-7760

500 Webster Ave, Rochester NY, 14609-4732

585-482-9290

224 Alexander St, Rochester NY, 14607-4039

585-922-8400

309 Upper Falls Blvd, Rochester NY,

<u>845-877-4793</u> <u>29 N Hamilton St, Poughkeepsie NY,</u> <u>12601-2541</u> <u>845-454-8204</u> <u>11 Pilch Dr, Pine Plains NY, 12567-5657</u> <u>518-398-1100</u> <u>1 Webster Ave, Poughkeepsie NY,</u> <u>12601-1361</u> <u>845-483-5700</u> <u>3360 Route 343, Amenia NY, 12501-5619</u> <u>845-373-9006</u> <u>The Institute for Family Health</u> <u>11 Crum Elbow Rd, Hyde Park NY,</u> <u>12538-2852</u> <u>845-229-1020</u> CONDADO DE ESSEX <u>Hudson Headwaters Health Network</u> <u>24 Fairfield Road, Schroon Lake NY,</u> <u>12870-0000</u> <u>518-532-7120</u> <u>102 Race Track Rd, Ticonderoga NY,</u> <u>12883-4004</u> <u>518-585-6708</u> CONDADO DE GENESEE <u>Oak Orchard Community Health Center</u> <u>3384 Church St, Alexander NY, 14005-9629</u> <u>585-599-6446</u> <u>319 W Main St, Batavia NY, 14020-1347</u> <u>585-599-6446</u> <u>860 Main Rd, Corfu NY, 14036-9753</u>	<u>14605-2105</u> <u>585-922-4200</u> <u>485 N Clinton Ave, Rochester NY, 14605-1817</u> <u>585-324-7610</u> <u>1415 Portland Ave, Rochester NY, 14621-3038</u> <u>585-922-4200</u> <u>293 Upper Falls Blvd, Rochester NY,</u> <u>14605-2184</u> <u>585-482-4300</u> <u>1455 E Ridge Rd, Rochester NY, 14621-2006</u> <u>585-922-4882</u> <u>The Unity Hospital of Rochester</u> <u>819 W Main St, Rochester NY, 14611-2334</u> <u>585-235-0360</u> <u>Unity Family Medicine en Orchard St</u> <u>158 Orchard St, Rochester NY, 14611-1361</u> <u>585-368-4500</u> <u>The Unity Hospital of Rochester</u> <u>89 Genesee St, Rochester NY, 14611-3201</u> <u>585-368-3031</u> <u>2260 Lake Ave, Rochester NY, 14612-5700</u> <u>585-254-1850</u> CONDADO DE MONTGOMERY <u>Hometown Health Centers at Amsterdam</u> <u>67 Division St, Amsterdam NY, 12010-4099</u> <u>518-627-2110</u> CONDADO DE ONTARIO
---	---

585-599-6446

CONDADO DE HAMILTON

Indian Lake Health Center

6356 NYS Route 30, Indian Lake NY,
12842-2021
518-648-5707

CONDADO DE JEFFERSON

North Country Family Health Center Inc

238 Arsenal St, Watertown NY, 13601-2504
315-782-9450
13180 US Route 11, Adams Center NY,
13606-2276
315-583-5200
171 E Hoard St, Watertown NY,
13601-1515
315-786-1767

CONDADO DE LEWIS

North Country Family Health Center Inc

7785 N State St, Lowville NY, 13367-1229
315-376-4500

CONDADO DE LIVINGSTON

Tri County Family Medicine Prog Inc

50 E South St, Geneseo NY, 14454-1300
585-243-1700
61 N State St, Nunda NY, 14517-9785

Anthony Jordan Health Center

120 N Main St, Canandaigua NY, 14424-1258
585-396-0222

FLMHCP

601B W Washington St, Geneva NY,
14456-2119
315-781-8448

CONDADO DE ORANGE

Cornerstone Family Healthcare

147 Lake St, Newburgh NY, 12550-5263
845-563-8000

Sun River Health

75 Orange Ave, Walden NY, 12586-1816
845-778-2700
888 Pulaski Hwy, Goshen NY, 10924-6034
845-651-2298

The Greater Hudson Valley Family Health Center Inc

100 Broadway, Newburgh NY, 12550-5514
845-569-8412
2 Fletcher St, Goshen NY, 10924-1402
845-563-8000
290 Broadway, Newburgh NY, 12550-5441
845-561-3759
3 Commercial Pl, Newburgh NY, 12550-5306
845-220-2146
127 Main St, Highland Falls NY, 10928-4019

<u>585-468-2528</u> <u>60 Red Jacket St, Dansville NY, 14437-1769</u> <u>585-335-6041</u> CONDADO DE PUTNAM <u>Open Door Family Medical Center, Inc</u> <u>155 Main St, Brewster NY, 10509-1521</u> <u>845-279-6999</u> CONDADO DE RENSSELAER <u>Whitney M Young, Jr Health Center, Inc</u> <u>6 102nd St, Troy NY, 12180-1152</u> <u>518-465-4771</u> CONDADO DE ROCKLAND <u>Community Medical and Dental Care, Inc-</u> <u>OP MH</u> <u>40 Robert Pitt Dr, Monsey NY, 10952-3333</u> <u>845-352-6800</u>	<u>845-446-4076</u> <u>91 Blooming Grove Tpke, New Windsor NY,</u> <u>12553-7757</u> <u>845-220-2074</u>
<u>Refuah Health Center</u> <u>728 N Main St, New Square NY,</u> <u>10977-8916</u> <u>845-354-9300</u> <u>5 Twin Ave, Spring Valley NY, 10977-3950</u> <u>845-354-9300</u> <u>Sun River Health</u> <u>31 W Broad St, Haverstraw NY, 10927-1810</u> <u>845-429-4499</u> <u>2 Perlman Dr, Spring Valley NY, 10977-5245</u>	CONDADO DE WARREN <u>Centro de Salud Bolton</u> <u>11 Cross St, Bolton Landing NY, 12814-0539</u> <u>518-644-9471</u> <u>Hudson Headwaters Health Network</u> <u>100 Broad St, Glens Falls NY, 12801-4349</u> <u>518-792-2223</u>

<u>845-573-9860</u> <u>26 New Main St, Haverstraw NY,</u> <u>10927-1810</u> <u>845-429-4499</u> CONDADO DE SARATOGA <u>Hudson Headwaters Health Network</u> <u>Moreau Family Health</u> <u>1448 Route 9, South Glens Falls NY,</u> <u>12803-1285</u> <u>518-761-6961</u> CONDADO DE SCHENECTADY <u>Hometown Health Centers</u> <u>1044 State St, Schenectady NY, 12307-1508</u> <u>518-370-1441</u> CONDADO DE SULLIVAN <u>Refuah Health Center</u> <u>36 Laurel Ave, South Fallsburg NY,</u> <u>12779-5804</u> <u>845-354-9300</u> <u>Sun River Health</u> <u>23 Lakewood Ave, Monticello NY,</u> <u>12701-2021</u> <u>845-794-2010</u> CONDADO DE ULSTER <u>Cornerstone Family Healthcare</u>	<u>3767 Main St, Warrensburg NY, 12885-1890</u> <u>518-761-0300</u> <u>6223 State Route 9, Chestertown NY,</u> <u>12817-2823</u> <u>518-494-2761</u> <u>3761 Main St, Warrensburg NY, 12885-1837</u> <u>518-623-3918</u> <u>33 Tom Phelps Lane, North Creek NY,</u> <u>12853-0000</u> <u>518-942-7123</u> <u>14 Manor Dr, Queensbury NY, 12804-1906</u> <u>518-798-6400</u> <u>126 Ski Bowl Rd, North Creek NY, 12853-2607</u> <u>518-251-2541</u> <u>Hudson Headwaters Salud de la mujer</u> <u>90 South St, Glens Falls NY, 12801-4328</u> <u>518-792-7841</u> <u>West Mountain Family Health y West</u> <u>Mountain Specialty Care</u> <u>161 Carey Rd, Queensbury NY, 12804-7821</u> <u>518-824-8610</u> CONDADO DE WASHINGTON <u>Fort Edward-Kingsbury Health Center</u> <u>48 East St, Fort Edward NY, 12828-1811</u> <u>518-824-8630</u> CONDADO DE WESTCHESTER <u>Mount Vernon Neighborhood Health Center</u>
--	---

<u>99 Cameron St, Pine Bush NY, 12566-7113</u> <u>845-563-8000</u> <u>Sun River Health</u> <u>1 Paradies Ln, New Paltz NY, 12561-4031</u> <u>(845)255-1760</u> <u>The Institute for Family Health</u> <u>1 Family Practice Dr, Kingston NY,</u> <u>12401-6449</u> <u>845-338-6400</u> <u>279 Main St, New Paltz NY, 12561-1623</u> <u>845-255-3766</u> <u>50 Shoprite Blvd, Ellenville NY, 12428-5632</u> <u>845-647-4500</u> <u>1 Foxhall Ave, Kingston NY, 12401-5107</u> <u>845-338-8444</u>	<u>107 W 4Th St, Mount Vernon NY, 10550-4002</u> <u>914-699-7200</u> <u>9 Union Ln, Mount Vernon NY, 10553-1728</u> <u>914-668-6828</u> <u>30 S Broadway, Yonkers NY, 10701-3712</u> <u>914-968-4898</u> <u>295 Knollwood Rd, White Plains NY,</u> <u>10607-1822</u> <u>914-989-7600</u> <u>25 Lake St, White Plains NY, 10603-4032</u> <u>914-681-7181</u> <u>100 California Rd, Mount Vernon NY,</u> <u>10552-1404</u> <u>914-669-4860</u> <u>Open Door Family Medical Center, Inc</u> <u>1 Tamarack Rd, Port Chester NY, 10573-2407</u> <u>914-934-5211</u> <u>113 Bowman Ave, Rye Brook NY, 10573-2808</u> <u>914-939-1477</u> <u>132 Rectory St, Port Chester NY, 10573-3240</u> <u>914-939-1205</u> <u>30 W Main St, Mount Kisco NY, 10549-1910</u> <u>914-666-3272</u> <u>351 E Main St, Mount Kisco NY, 10549-3003</u> <u>914-720-4214</u> <u>75 Park Ave, Port Chester NY, 10573-2441</u> <u>914-934-2183</u> <u>80 Beekman Ave, Sleepy Hollow NY,</u> <u>10591-2503</u> <u>914-631-4141</u> <u>165 Main St, Ossining NY, 10562-4702</u> <u>800-632-2737</u> <u>Sun River Health</u> <u>1037 Main St, Peekskill NY, 10566-2913</u> <u>914-734-8800</u> <u>2 Park Ave, Yonkers NY, 10703-3402</u> <u>914-964-7862</u>
---	---

	<u>503 S Broadway, Yonkers NY, 10705-6201</u> <u>914-965-9771</u>
--	--

IDIOMA ALTERNATIVO: Si no tiene contrato con los FQHC

Los Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC) brindan atención primaria y especializada. Algunas personas quieren recibir atención de los FQHC porque los centros tienen una larga trayectoria en el vecindario, o porque son de fácil acceso. Además de la atención primaria y especializada, los FQHC cuentan con servicios de apoyo social, manejo de casos y clases para ayudar a las personas a dejar de fumar, controlar la diabetes o perder peso. También tenemos todos estos servicios, pero si decide que desea que su hijo reciba atención de un FQHC, puede cancelar su inscripción en nuestro plan de salud en cualquier momento. Para obtener más información, llame al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Su hijo puede recibir atención primaria en una clínica de salud del comportamiento. Debe elegir un proveedor o equipo de proveedores específicos dentro de la clínica como PCP de su hijo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) para obtener ayuda para elegir un PCP en una clínica de salud del comportamiento.

Es posible que su hijo pueda consultar al proveedor que tenía antes de unirse a MVP que no forme parte de nuestra red si:

- Su hija tiene más de 3 meses de embarazo cuando se une a MVP y recibe atención prenatal. En ese caso, su hija puede conservar a su proveedor durante el embarazo hasta la atención posparto. Esta atención postparto continúa hasta 60 días después del parto.
- En el momento en que su hijo se une a MVP, tiene una enfermedad o afección grave, incluida una afección de salud del comportamiento, o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante. En este caso, puede solicitar conservar el proveedor de su hijo hasta un máximo de 60 días.

En estos casos, el proveedor de su hijo debe aceptar trabajar con nosotros.

*Si su hijo tiene una enfermedad a largo plazo o una enfermedad incapacitante que empeora con el tiempo, es posible que pueda **elegir un especialista para que actúe como su PCP**. No aprobaremos a un especialista que no forme parte de nuestra red, a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un especialista que no forma parte de nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos.*

Cuándo un Especialista Puede ser el PCP de su Hijo

- Si su hijo tiene una afección o enfermedad grave, o una afección o enfermedad degenerativa e incapacitante, puede solicitar que un especialista sea el PCP del niño, siempre que sea un proveedor participante. Consultaremos con el especialista y el PCP de su hijo y decidiremos si sería adecuado que el especialista se desempeñe en este rol.

Referido Permanente a un Especialista de la Red

- Si su hijo necesita atención especializada continua, puede recibir un referido permanente a un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que su hijo no necesitará obtener un nuevo referido de su PCP cada vez que necesite ver a ese especialista. Consultaremos con el especialista y con el PCP de su hijo y decidiremos si dicho referido permanente sería adecuado en su situación.

Referido Permanente a un Centro de Atención Especializada

- Si su hijo tiene una afección o enfermedad graves, o una afección o enfermedad degenerativas e incapacitantes, puede solicitar un referido permanente a un centro de atención especializada que sea un proveedor participante. Consultaremos con el PCP de su hijo, su especialista y el centro de atención especializada para decidir si dicho referido permanente es apropiado.

Si lo necesita, puede **cambiar al PCP de su hijo** en los primeros 30 días de la primera cita de su hijo. Luego de eso, puede cambiar el PCP de su hijo llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Si presenta su solicitud antes del día diez del mes, MVP hará que el cambio entre en vigencia el primer día de ese mes. Si presenta su solicitud después del día diez del mes, MVP coordinará que la transferencia entre en vigencia el primer día del mes posterior a su solicitud; también puede cambiar el obstetra/ginecólogo de su hija o un especialista al que el PCP de su hijo haya referido a su hijo. Un afiliado puede cambiar su PCP comunicándose con el Centro de Servicios a los Afiliados. Tras seleccionar un nuevo PCP, a su hijo se le emitirá una nueva tarjeta de identificación de MVP. Puede ver estos cambios cuando inicie sesión en Gia.

Si el **proveedor de su hijo abandona** nuestra red, se lo informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que nos enteremos. Si su hija está embarazada, puede continuar visitando a su proveedor durante el embarazo y durante la atención postparto. Si su hijo consulta a un proveedor regularmente por una afección en curso, es posible que pueda continuar con su tratamiento actual hasta un máximo de 90 días. El proveedor de su hijo debe aceptar trabajar con nosotros durante este tiempo.

Si alguna de estas afecciones se aplica a su hijo, consulte con el PCP del menor o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Cómo Recibir Atención Regular

Atención médica regular se refiere a exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantener a su hijo sano. Significa trabajar con el PCP de su hijo para mantenerlo sano o recibir la atención que su hijo necesita. El PCP de su hijo casi siempre es el primer lugar al que debe acudir. Llámelo primero para las necesidades médicas de su hijo, a menos que sea una emergencia.

Sea de día o de noche, el PCP de su hijo está a solo una llamada de distancia. Llame al PCP de su hijo cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica del niño. Si llama después del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje con información sobre cómo pueden comunicarse con usted. Si tiene una inquietud urgente, el PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

La atención de su hijo debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que recibe su hijo deben ser necesarios:

- para prevenir, diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento;
- para lidiar con un peligro para la vida de su hijo;
- para tratar un problema que podría causar una enfermedad; o
- para lidiar con algo que podría limitar las actividades normales de su hijo.

Existen algunos tratamientos y servicios que el PCP de su hijo debe solicitarnos que autoricemos *antes* de que el niño pueda recibirlos. El PCP de su hijo podrá decirle cuáles son.

El PCP de su hijo se encargará de la mayoría de las necesidades de atención médica del niño, pero usted debe tener una cita para verlo. Si alguna vez no puede asistir a una cita con el PCP de su hijo, llámelo para informarle.

En cuanto haya elegido un PCP para su hijo, llame para programar una primera cita. El PCP de su hijo deberá conocer los antecedentes médicos del niño. Prepárese para la primera cita de su hijo. Haga una lista de los antecedentes médicos del niño, cualquier problema que tenga su hijo, cualquier medicamento que esté tomando su hijo y las preguntas que desee hacer. En la mayoría de los casos, la primera visita de su hijo debe ser dentro de los 3 meses de su inscripción en MVP.

Si su hijo necesita atención antes de la primera cita, llame al consultorio del PCP de su hijo. El PCP de su hijo le dará una cita más temprana. Debe asistir a la primera cita para analizar los antecedentes médicos de su hijo y hacer preguntas.

Los menores que buscan atención y tratamiento para la atención médica reproductiva o la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las leyes de

confidencialidad del Estado de Nueva York. Esto significa que pueden recibir atención por su cuenta para estos servicios sin que sus padres o tutores lo sepan.

Las visitas de atención virtual están cubiertas si su hijo recibe servicios cubiertos que son médicamente necesarios de un proveedor participante. Los afiliados de MVP tienen acceso a Gia®, la experiencia de salud digital de MVP. Los proveedores de Gia pueden tratar muchos de los problemas que también puede tratar un médico en persona. Su hijo puede usar Gia sin que usted pague nada. Este servicio no está diseñado para reemplazar al PCP de su hijo. Regístrese para acceder a Gia en **my.mvphealthcare.com**.

Use la siguiente lista como **guía de citas para conocer nuestros límites sobre cuánto tiempo puede tener que esperar después de su solicitud para una cita:**

- Atención del niño sano: dentro de las 4 semanas
- Atención urgente: dentro de las 24 horas
- Visitas por enfermedad que no sean de urgencia: dentro de los 2 a 3 días
- Atención preventiva de rutina: dentro de las 4 semanas
- Visita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias (Emergency Room, ER), visita de paciente internado o visita de salud mental/consumo de sustancias: 5 días
- Visitas de salud mental o por consumo de sustancias no urgentes: 2 semanas
- Cita inicial en una clínica o un centro para pacientes ambulatorios de salud del comportamiento: 10 días hábiles
- Cita inicial con un profesional de atención de salud del comportamiento que no es empleado ni tiene contrato con una clínica o un centro para pacientes ambulatorios: 10 días hábiles
- Primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercer trimestre)
- Primera visita del recién nacido: dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria
- Primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas

Queja de Acceso a la Salud del Comportamiento

Si no puede programar una cita de salud del comportamiento con un proveedor participante para su hijo, puede presentar una queja de acceso a la salud del comportamiento. MVP debe proporcionarle el nombre y la información de contacto de un proveedor que pueda tratar la afección de salud del comportamiento de su hijo. Debemos proporcionar esta información dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de su queja.

Cómo Obtener Atención de Emergencia o Urgente

Visitas Urgentes

Su hijo puede enfermarse o lastimarse y necesita que lo atiendan de inmediato. O, a veces, solo necesita consejos. Lo mejor es llamar primero al PCP del niño. O puede llamarnos a nosotros. El PCP de su hijo puede decirle cómo atender al niño en casa, si pueden atenderlo en el consultorio ese mismo día o si necesita ir a otro lugar para que lo atiendan. Si no puede ponerse en contacto, puede llevar a su hijo a un proveedor participante de servicios de atención urgente para la evaluación de problemas como los siguientes:

- dolor de oído, dolores de garganta, sangrados nasales que no se detienen y conjuntivitis
- tos, resfríos, fiebre e virus estomacales
- cortes, rasguños, quemaduras, erupciones, esguinces, mordeduras y picaduras que necesitan atención especial o puntos
- torcedura de tobillos, dedos atascados, golpes en la cabeza y posibles fracturas

Emergencias

Su hijo siempre tiene cobertura para emergencias. Si cree que su hijo necesita atención médica de inmediato, vaya a la sala de emergencias (Emergency Room, ER) o llame al 911.

Una emergencia es cuando cree que una lesión, enfermedad o afección conductual grave está amenazando la salud de su hijo o puede causar daño permanente. Si su hijo necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, cubriremos el transporte de emergencia.

No necesita nuestra autorización ni la autorización del PCP de su hijo antes de recibir atención de emergencia. No es necesario que su hijo use nuestros hospitales o proveedores participantes para recibir atención de emergencia. ***Estos son algunos ejemplos de una emergencia:***

- comportamiento extraño o más retraído y menos alerta
- pérdida del conocimiento o falta de respuesta cuando le hable a su hijo
- sacudidas rítmicas (una convulsión)
- aumento del esfuerzo para respirar o dificultad para hacerlo
- piel o labios que se ven azules, púrpuras o grises
- rigidez del cuello con fiebre
- dolor persistente intenso o en aumento
- un corte grande, profundo o en la cabeza, el pecho o el abdomen

- sangrado que no detiene la aplicación de presión durante 5 minutos
- una quemadura grande o que afecta las manos, los pies, la ingle, el pecho o la cara
- pérdida del conocimiento, confusión continua o que empeora, dolor de cabeza o vómitos después de una lesión en la cabeza
- fiebre superior a 100.4 grados Fahrenheit en un niño menor de 2 meses
- pensamientos sobre lastimarse a sí mismo o lastimar a los demás
- dolor, sangrado, fiebre o vómitos durante el embarazo
- empeoramiento o enfermedad crónica no controlada (diabetes, asma)

Muchas emergencias implican lesiones repentinas. Estas lesiones a menudo son causadas por los siguientes eventos:

- accidentes de bicicleta
- caídas
- quemaduras o inhalación de humo
- asfixia
- ahogamiento
- choques eléctricos
- intoxicaciones*

*Llame a la línea de AYUDA para intoxicaciones al **1-800-222-1222** de inmediato si su hijo ha tragado un veneno sospechado, el medicamento de otra persona, un **botón**, una **batería** o un **imán**, incluso si no tiene signos ni síntomas.

Cómo Obtener Atención Especializada

Si su hijo necesita atención que el PCP no puede brindarle, el PCP REFERIRÁ a su hijo a un especialista que pueda hacerlo. Los especialistas incluyen los servicios de otros médicos, incluidos los siguientes:

- Pediatras que se especializan en ciertas afecciones
- Fisioterapeutas
- Terapeutas orales y del habla
- Audiólogos

Si el PCP de su hijo refiere a su hijo a otro proveedor, pagaremos la atención de su hijo. La mayoría de estos especialistas son proveedores participantes de nuestro plan. Hable con el PCP de su hijo para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.

Si cree que un especialista no satisface las necesidades de su hijo, hable con el PCP del niño.

El PCP de su hijo puede ayudarlo si su hijo necesita ver a otro especialista.

Si tiene problemas para obtener un referido que cree que su hijo necesita, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle a su hijo la atención que necesita, le proporcionaremos la atención que el niño necesita de un especialista fuera de nuestra red. Esto se denomina referido fuera de la red. El PCP o el proveedor del plan de su hijo deben solicitarnos autorización antes de que su hijo pueda recibir un **referido fuera de la red**. Si el PCP o el proveedor del plan de su hijo refiere al niño a un proveedor que no está en nuestra red y lo autorizamos, usted no es responsable de ninguno de los costos.

- A veces, es posible que no aprobemos un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en nuestra red que puede tratar a su hijo. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratar a su hijo, puede pedirnos que verifiquemos si el referido fuera de la red de su hijo es médicamente necesario. Deberá solicitar una **Apelación del Plan**. Consulte la página [XX] para saber cómo hacerlo.
- A veces, es posible que no aprobemos un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención que no es muy diferente de lo que su hijo puede obtener de uno de nuestros proveedores. Puede solicitarnos que verifiquemos si el referido de su hijo fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesario. Deberá solicitar una **Apelación del Plan**. Consulte la página [XX] para saber cómo hacerlo.

Para recibir beneficios, los servicios generalmente deben ser proporcionados, coordinados o autorizados por el PCP del afiliado y prestados por proveedores participantes de MVP, excepto para la atención de emergencia y ciertos servicios descritos en el contrato. La atención de un proveedor no participante (fuera de la red) está cubierta solo en caso de emergencia o cuando el PCP del afiliado remite al afiliado por escrito, y MVP proporciona aprobación previa por escrito para el proveedor no participante. Los afiliados deben comunicarse con su PCP para solicitar atención especializada o cualquier aprobación previa; el médico PCP presenta la solicitud a MVP para una revisión previa al servicio (aprobación previa).

Plazos para resolver (decidir) solicitudes de aprobación previa/revisión previa al servicio:

- Solicitudes urgentes: si se recibe toda la información necesaria en el momento de la solicitud, MVP tomará una decisión dentro de las 72 horas. Si falta información, MVP notificará al afiliado/proveedor dentro de las 24 horas; el afiliado/proveedor tiene

48 horas para enviar la información faltante; MVP tomará una decisión dentro de las 48 horas de recibirla (o al final del período de presentación, lo que ocurra primero).

- Solicitudes no urgentes: si se recibe toda la información necesaria en el momento de la solicitud, MVP tomará una decisión en un plazo de 3 días hábiles. Si falta información, MVP notificará al afiliado/proveedor dentro de los 15 días; el afiliado/proveedor tiene 45 días para enviar la información faltante; MVP tomará una decisión dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la información faltante.

Si su hijo necesita consultar a un especialista para recibir atención continua, es posible que el PCP del niño pueda referirlo para una cantidad de visitas o plazo específicos. Esto se conoce como un referido permanente. Si su hijo tiene un **referido permanente**, no necesitará un nuevo referido cada vez que necesite atención. No aprobaremos un referido permanente a un especialista que no forme parte de nuestra red, a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un referido permanente a un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos.

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

- que el especialista de su hijo actúe como el PCP del niño
- un referido a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de la enfermedad del niño
- llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) para obtener ayuda y acceder a un centro de atención especializada

No aprobaremos un referido a un centro de atención especializada que no forme parte de nuestra red, a menos que determinemos que no tenemos un centro de atención especializada adecuado en nuestra red. Si aprobamos un referido a un centro de atención especializada que no forma parte de nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos.

Atención fuera de los Estados Unidos

No proporcionaremos beneficios para ningún servicio, incluidos los servicios de emergencia, proporcionado fuera de los Estados Unidos, sus posesiones o los países de Canadá y México.

PARTE II: SUS BENEFICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

Es posible que se requiera autorización previa. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados si tiene alguna pregunta al **1-800-852-7826** (TTY 711).

BENEFICIOS

Child Health Plus proporciona varios servicios para su hijo. Su hijo debe recibir estos servicios de proveedores que forman parte de nuestra red. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y estar proporcionados o ser referidos por el PCP de su hijo. Proporcionaremos u organizaremos los servicios que su hijo necesitará.

Su hijo puede recibir algunos servicios sin un referido del PCP de su hijo. Estos incluyen atención de emergencia, incluidos la atención de emergencia de salud del comportamiento, la atención de obstetricia y ginecología (OB/GYN), los servicios de salud reproductiva, la atención de la vista y la atención dental.

Llame a nuestro Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

Servicios básicos limitados relacionados con la salud de la Agencia de Acogimiento Voluntario (VFCA) según el artículo 29-I

Los Centros de Salud de VFCA según el artículo 29-I trabajan con familias para promover el bienestar y los resultados positivos para los niños puestos bajo su cuidado. Los Centros de Salud de VFCA según el artículo 29-I utilizan prácticas informadas sobre el trauma para satisfacer las necesidades únicas de cada niño. Cubrimos los siguientes servicios básicos limitados relacionados con la salud del artículo 29-I VFCA para niños colocados en cuidado tutelar:

- Desarrollo de habilidades
- Servicios de enfermería
- Planificación del tratamiento y planificación del alta hospitalaria
- Servicios de supervisión/consulta clínica
- Enlace/administrador de VFCA Child Health Plus

Salud del Comportamiento – (Servicios de Salud Mental y Consumo de Sustancias)

La atención de la salud del comportamiento incluye servicios de salud mental, por abuso de drogas o alcohol, y servicios de rehabilitación que su hijo pueda necesitar.

Su hijo tiene acceso a servicios de salud del comportamiento que incluyen:

- **Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (Assertive Community Treatment, ACT)**

Cubrimos la ACT para adultos jóvenes y la ACT para jóvenes. La cobertura incluye una combinación integral e integrada de servicios de tratamiento, rehabilitación, manejo de casos y apoyo proporcionados principalmente en la residencia del cliente u otras ubicaciones comunitarias por un equipo móvil y multidisciplinario de tratamiento de salud mental. Los servicios deben ser remitidos por un médico u otro proveedor autorizado de las artes curativas, dentro de su ámbito del ejercicio profesional en virtud de la legislación estatal, para lograr la máxima reducción de la discapacidad física o intelectual, y restaurar lo mejor posible el nivel funcional de un niño.

- **Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS)**

Cubrimos servicios que incluyen:

Otro Profesional Autorizado (OLP): servicios prestados por un Proveedor de Salud del Comportamiento con Licencia No Médico (Non-Physician Licensed Behavioral Health Provider, NP-LBHP) que tiene licencia en el Estado de Nueva York que opera dentro del alcance de la práctica definido por la ley estatal y en cualquier entorno permitido por la ley de práctica estatal para el tratamiento necesario para abordar la prevención (para fomentar y aumentar los factores de protección y los comportamientos saludables que pueden ayudar a prevenir la aparición de un trastorno de salud del comportamiento diagnosticable y reducir los factores de riesgo que pueden conducir al desarrollo de un trastorno de salud del comportamiento), diagnóstico o tratamiento de deterioros de la salud; la capacidad de lograr el crecimiento y el desarrollo adecuados para la edad; y la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.

Intervención en Crisis (CI) Residencial y Ambulatoria: servicios para compromiso, reducción de síntomas, estabilización y restauración de personas a un nivel anterior de funcionamiento o desarrollo de mecanismos de afrontamiento para minimizar o prevenir la crisis en el futuro. La intervención en crisis incluye cinco modalidades: crisis móvil, estabilización de crisis, residencia para crisis de niños, apoyo residencial para crisis y crisis residencial intensiva.

Apoyo y Tratamiento Psiquiátrico Comunitario (CPST): servicios diseñados para

proporcionar servicios comunitarios a niños y familias que pueden tener dificultades para participar en entornos formales de consultorio, pero que pueden beneficiarse de servicios de rehabilitación comunitarios. La CPST permite la prestación de servicios dentro de una variedad de entornos permitidos, incluidas las ubicaciones comunitarias donde el afiliado vive, trabaja, asiste a la escuela o participa en los servicios.

Rehabilitación Psicosocial (PSR): actividades enfocadas en abordar las necesidades de rehabilitación de su hijo como parte de un plan de tratamiento y que pueden ser proporcionadas en coordinación con intervenciones de tratamiento por un médico o proveedor autorizado de CPST. Incluye servicios de restauración, rehabilitación y apoyo para el nivel funcional de un niño/joven, según sea necesario para la integración del niño/joven como miembro activo y productivo de su comunidad y familia con intervenciones profesionales mínimas y continuas.

Servicios de Apoyo Familiar entre Pares (Family Peer Support Services, FPSS): actividades y apoyo formales e informales proporcionados a familias que cuidan/crían a un niño que está experimentando desafíos sociales, emocionales, médicos, de desarrollo, de consumo de sustancias o conductuales. Las actividades incluidas deben tener como objetivo lograr las metas u objetivos identificados según lo establecido en el plan de tratamiento del niño/joven.

Apoyo de Pares Jóvenes (Youth Peer Support, YPS): las actividades deben tener como objetivo desarrollar y lograr las metas u objetivos identificados y establecidos en el plan de tratamiento individualizado de su hijo. Estos servicios proporcionan la capacitación y el apoyo necesarios para garantizar el compromiso y la participación activa de los jóvenes en el proceso de planificación del tratamiento y con la implementación y el refuerzo continuos de las habilidades.

- **Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)**

Servicios de atención médica y servicios de apoyo relacionados con el HCBS para niños para satisfacer las necesidades de cada niño/joven. Los HCBS se proporcionan en el lugar donde los niños, jóvenes y familias se sientan más cómodos; además, les brindan apoyo mientras se enfocan en alcanzar objetivos y logros. Tenga en cuenta que los niños que pueden ser elegibles para *HCBS en virtud de Medicaid* serán referidos a Medicaid para determinar la elegibilidad.

¿Quién puede obtener HCBS?

Los HCBS para niños son para niños y jóvenes que son evaluados y se determina que son elegibles para lo siguiente:

- Necesitan atención y apoyo adicionales para permanecer en el hogar o la comunidad.
- Tienen necesidades complejas de salud, desarrollo, físicas y/o de salud del comportamiento.
- Quieren evitar el hospital o un centro de atención a largo plazo.
- Necesidad de regresar de manera segura a su hogar y a su comunidad desde un nivel de atención más alto.

Los afiliados pueden ser elegibles para recibir estos servicios

- Tecnología adaptativa y de asistencia
- Servicios de apoyo y defensa para cuidadores/familiares
- Rehabilitación comunitaria
- Modificaciones ambientales
- Transporte no médico
- Cuidados paliativos: servicios de asesoramiento y apoyo, terapia expresiva, terapia de masajes, manejo del dolor y los síntomas
- Servicios prevocacionales: a partir de los 14 años de edad
- Empleo con apoyo: a partir de los 14 años de edad
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo por crisis)
- Modificaciones a vehículos

Es posible que se requiera autorización previa. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados si tiene alguna pregunta al **1-800-852-7826** (TTY 711).

- **Servicios de Salud Mental y Servicios por Consumo de Alcohol y Sustancias para Pacientes Hospitalizados**

Cubriremos servicios de salud mental para pacientes internados, trastorno por consumo de sustancias, desintoxicación y de rehabilitación cuando se realicen en un centro que sea uno de los siguientes:

- Administrado por la Oficina de Salud Mental en virtud de la Sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental.

- Con un certificado operativo de conformidad con el Artículo 23 o el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental.
- Un hospital general, según se define en el Artículo 28 de la Notificación de la Ley de Salud Pública requerida. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

- **Visitas Ambulatorias para Salud Mental y para el Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y el Consumo de Sustancias**

Cubriremos las visitas de pacientes ambulatorios para diagnosticar y tratar afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. También pagaremos las visitas ambulatorias para sus familiares si dichas visitas están directamente relacionadas con su salud mental o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

- **Servicios de Rehabilitación Residencial para Jóvenes (Residential Rehabilitation Services for Youth, RRSY)**

Incluye todos los servicios proporcionados por un programa con licencia, certificado o autorizado por la Oficina de Servicios y Apoyo para Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS). Los servicios deben estar clínicamente indicados y especificados en el plan individualizado de tratamiento/recuperación o en las notas de progreso. Los servicios de RRSY incluyen, entre otros, los siguientes:

- servicios clínicos
- servicios de apoyo para la recuperación
- evaluaciones y servicios educativos y vocacionales
- medicamentos para el tratamiento de adicciones
- servicios de alimentos y nutrición

Los servicios clínicos incluyen servicios de asesoramiento individual, grupal y familiar, evaluación y referido para pacientes y seres queridos. Los servicios deben estar clínicamente indicados y especificados en el plan individualizado de tratamiento/recuperación o en las notas de progreso.

Se requiere notificación. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Para obtener más información acerca de estos servicios, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY: 711).

Atención Dental

Creemos que brindarle a su hijo una buena atención dental es importante para su atención médica general. Ofrecemos atención dental a través de un contrato con DentaQuest, un experto en servicios dentales de alta calidad.

Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, como revisiones dentales preventivas, limpieza, tratamientos de flúor, radiografías, empastes y otros servicios para verificar cualquier cambio o anomalía que puedan requerir tratamiento o atención de seguimiento para su hijo, como endodoncia y prostodoncia. Algunos servicios dentales pueden requerir autorización previa de DentaQuest.

También cubrimos servicios dentales de emergencia para aliviar el dolor y el sufrimiento causados por una enfermedad o un trauma dental. Su hijo no necesita autorización previa para recibir atención dental de emergencia.

Cómo Obtener Servicios Dentales

Su hijo puede visitar a cualquier odontólogo de la red de DentaQuest. Si no selecciona un odontólogo de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD), DentaQuest seleccionará uno para su hijo. Para cambiar su PCD, llame a DentaQuest al **1-888-307-6551** (TTY 711). Debe llamar a DentaQuest para hacer el cambio antes de programar una cita con un nuevo odontólogo.

- Si necesita encontrar un odontólogo para su hijo o cambiar el dentista de su hijo, llame a DentaQuest al **1-888-307-6551** (TTY 711) o visite **mvphealthcare.com/DentaQuest** o MVP al **1-800-852-7826** (TTY 711). Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados estarán allí para ayudarlo. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con Servicios de Línea de Idiomas.

Aviso:

- Recibirá una tarjeta de identificación dental por separado con el nombre del odontólogo asignado de su hijo. Muestre la tarjeta de identificación dental de su hijo para acceder a los beneficios dentales.

Su hijo también puede dirigirse a una clínica dental administrada por un centro dental académico. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY 711) si necesita ayuda para encontrar un centro dental académico.

Atención de Ortodoncia

Cubriremos aparatos de ortodoncia para niños que tienen un problema grave con sus dientes, como no poder masticar alimentos debido a dientes gravemente torcidos, fisura palatina

o labio leporino. Su hijo debe recibir autorización previa para la atención de ortodoncia. El tratamiento se debe aprobar y la terapia activa debe comenzar (colocación y activación de aparatos) antes de que su hijo cumpla 19 años. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame a DentaQuest al **1-888-307-6551** TTY 1-800-466-7566 o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Educación y Visitas a Domicilio para Diabéticos

- Educación de autocontrol
- Educación nutricional
- Visitas domiciliarias para monitoreo o educación

Exámenes de Diagnóstico y Laboratorio

- Análisis de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico

Equipo Médico Duradero (DME), Dispositivos Protésicos y Dispositivos Ortopédicos

Equipo médico duradero se refiere a dispositivos y equipos solicitados por un médico para el tratamiento de una afección médica específica que:

- puede soportar el uso repetido durante un período prolongado;
- se utilizan principal y habitualmente para un propósito médico;
- generalmente no son útiles en ausencia de enfermedad o lesión; y
- por lo general no están adaptados, confeccionados ni diseñados para el uso de una persona en particular.

DME incluye, entre otros:

- muletas
- silla de ruedas
- nebulizador
- oxígeno y suministros de oxígeno

Atención de Emergencia

Su hijo siempre tiene cobertura para emergencias.

Una emergencia significa una afección médica o conductual:

- que llega de repente; y
- tiene dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona promedio tema que ella sufra daños graves sin atención médica inmediata. **No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia para su hijo.**

Si cree que su hijo tiene una **emergencia**, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si su hijo está gravemente enfermo o lesionado, es más seguro que lo trasladen a la sala de emergencias en ambulancia. No necesita nuestra autorización ni la autorización del PCP de su hijo antes de recibir atención de emergencia. No es necesario que su hijo use nuestros hospitales o proveedores participantes para recibir atención de emergencia.

Recuerde

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia para su hijo.

Use la sala de emergencias **solo** si su hijo tiene una **emergencia**.

Si tiene preguntas, llame al PCP de su hijo o llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Atención de Emergencia y Servicios Posteriores a la Estabilización

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

Después de que su hijo haya recibido atención de emergencia, es posible que necesite otra atención para asegurarse de que su hijo permanezca en estado estable. Según la necesidad, su hijo puede recibir tratamiento en la sala de emergencias, en una habitación de hospital para pacientes internados o en otro entorno. Esto se denomina **Servicios Posteriores a la Estabilización**.

- Para obtener más información sobre los Servicios Posteriores a la Estabilización, llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711).
- Los Servicios Posteriores a la Estabilización pueden requerir autorización previa. Para obtener más información sobre los Servicios Posteriores a la Estabilización, llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Traslados de Emergencia

Si necesita un traslado de emergencia, llame al 911.

Cubrimos los **servicios de ambulancia** para servicios médicos de emergencia prehospitalarios, incluida la evaluación y el tratamiento inmediatos de una afección de emergencia, y el transporte a un hospital.

Cubriremos los servicios de ambulancia aérea en los siguientes casos:

- su hijo tiene una enfermedad o afección catastrófica que pone en riesgo la vida;
- su hijo está en un hospital que no puede controlar adecuadamente la afección médica;
- su hijo debe ser transportado a un centro hospitalario calificado de manera única y el transporte terrestre no es adecuado para el niño;
- el transporte rápido es necesario para minimizar el riesgo de muerte o deterioro de la afección del niño; o
- se necesitan equipos de soporte vital y atención médica avanzada durante el transporte.

También cubriremos el transporte de emergencia aéreo y terrestre entre centros para afecciones de emergencia; esto incluye el transporte desde una sala de emergencias a:

- un centro psiquiátrico
- un centro de trauma/cuidado cardíaco/de quemaduras
- otra sala de emergencias
- otro centro

Si tiene preguntas sobre el transporte de emergencia, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Atención Médica en el Hogar

La Atención Médica en el Hogar debe ser médicamente necesaria y coordinada por el PCP de su hijo y por nosotros. Solo está cubierto si su hijo tuviera que ser admitido en un hospital o centro de enfermería especializada si no se proporcionara atención en el hogar. Cubriremos 40 visitas de atención médica en el hogar proporcionadas por una agencia de atención médica en el hogar autorizada o certificada en nuestra red. La atención médica en el hogar incluye los siguientes servicios:

- atención de enfermería en el hogar a tiempo parcial o intermitente por un enfermero profesional registrado o bajo la supervisión de este;
- servicios de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitentes que consisten principalmente en cuidar al niño;

- terapia física, ocupacional o del habla proporcionada por la agencia de salud en el hogar; y
- suministros médicos, medicamentos con receta y medicamentos recetados por un médico, y servicios de laboratorio por la agencia de salud en el hogar, o en nombre de ella, en la medida en que dichos artículos hubieran estado cubiertos si el niño hubiera estado en un hospital.

Atención de Hospicio

El hospicio ayuda a los pacientes y sus familias con sus necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte.

- atención médica debe ser médicamente necesaria y coordinada por nosotros;
- proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y esperan vivir seis meses o menos;
- puede recibir estos servicios para su hijo en su hogar o en un hospital;
- los afiliados de la familia son elegibles para recibir hasta 5 visitas de asesoramiento por duelo;
- los niños que reciben servicios de cuidados paliativos también pueden recibir cuidados paliativos médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados

Cubrimos los servicios para pacientes hospitalizados para el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección que no se puede tratar de forma ambulatoria. El hospital debe ser un centro de cuidados intensivos a corto plazo y estar autorizado por el Estado de Nueva York.

Para las admisiones que no sean de emergencia, comuníquese con nosotros llamando al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852 7826** (TTY 711) para asegurarse de que el hospital y cualquier procedimiento o prueba estarán cubiertos. El PCP de su hijo puede ayudarlo a consultar.

Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos servicios, suministros y equipos relacionados con la medicina física, la terapia ocupacional y las estadías de rehabilitación a corto plazo (también conocidas como “rehab”),

en un hospital. Corto plazo significa que, de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados, se espera que los servicios proporcionen una mejoría clínica significativa y mensurable dentro de un período razonable y médicamente predecible, que no supere los dos meses, a partir del primer día de terapia.

Atención de Maternidad

- Atención del embarazo: prenatal, trabajo de parto y dar a luz*
- Médicos/parteras
- Cobertura hospitalaria para pacientes internados durante al menos 48 horas después del parto por cualquier parto que no sea cesárea y al menos 96 horas después de una cesárea
- Guardería para recién nacidos
- Examen de detección de depresión materna: su hijo puede tener un examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto.
- Educación de los padres
- Asistencia y capacitación en lactancia o alimentación con biberones

Aviso: Los cargos por parto de un recién nacido están cubiertos por el beneficio de Atención de Maternidad en Child Health Plus cuando la madre es elegible y está inscrita en una póliza de Child Health Plus.

Suministros médicos

- baterías para audífonos
- fórmula enteral
- insulina y suministros para la diabetes
- equipo de ostomía

Cirugía ambulatoria

Cirugía ambulatoria realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluidos los servicios de anestesia.

Farmacia

Los medicamentos recetados por un proveedor autorizado están cubiertos, incluidos los siguientes:

- Medicamentos con receta
- Medicamentos de venta libre (Tylenol, ibuprofeno)
- Anticonceptivos
- Anticonceptivos de emergencia
- Agentes para dejar de fumar, incluidos los productos de venta libre

Ciertos medicamentos pueden requerir que el médico de su hijo obtenga nuestra autorización previa antes de emitir la receta. Los proveedores de su hijo pueden trabajar con nosotros para asegurarse de que su hijo reciba los medicamentos que necesita. Obtenga más información sobre la autorización previa más adelante en este manual.

Tiene la opción de dónde surtir las recetas de su hijo. Puede ir a cualquier farmacia que participe con nosotros. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Pruebas Prequirúrgicas

Todas las pruebas solicitadas por un médico, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que son médicamente necesarias antes de que su hijo reciba una cirugía para pacientes internados o ambulatorios y la cirugía se realice dentro de los 7 días posteriores a la prueba. Si la cirugía se cancela debido a hallazgos de pruebas prequirúrgicas o a una segunda opinión quirúrgica, seguiremos cubriendo las pruebas.

Servicios Profesionales para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades y Lesiones

Proporciona servicios de forma ambulatoria por parte de un proveedor cubierto para el diagnóstico y tratamiento Médico Necesarios de enfermedades, lesiones y otras afecciones. Incluye todos los servicios relacionados con las visitas. Los servicios profesionales se brindan de forma ambulatoria y para pacientes internados.

Atención preventiva

- Atención de bebés sanos
- Atención de niños sanos
- Controles regulares
- Vacunas desde el nacimiento hasta la infancia
- Educación sobre la salud
- Prueba de tuberculina (Mantoux)

- Pruebas de audición
- Examen dental y de desarrollo
- Pruebas radiológicas y de laboratorio clínico
- Examen de la vista
- Prueba de detección de plomo
- Dejar de fumar
- Análisis de laboratorio
- Servicios de salud reproductiva, con acceso directo a dichos servicios de salud reproductiva

Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos del espectro autista

- Programas de asesoramiento y tratamiento
- Servicios de análisis del comportamiento aplicados
- Atención psiquiátrica
- Atención psicológica
- Atención médica
- Atención terapéutica
- Atención farmacéutica
- Dispositivos de comunicación de asistencia

Es posible que se requiera autorización previa. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados si tiene alguna pregunta al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Segunda Opinión Médica

Su hijo puede obtener una segunda opinión quirúrgica de un médico calificado.

Atención Especializada

- Terapia ocupacional y física
 1. Cubrimos servicios de fisioterapia y terapia ocupacional a corto plazo. La terapia debe ser terapia especializada. Para obtener más información sobre los servicios de terapia, llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711).
 2. Proporcionaremos beneficios para servicios de fisioterapia y terapia ocupacional a corto plazo. La terapia debe ser terapia especializada. Corto plazo significa que, de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados, se espera que los servicios proporcionen una mejoría clínica significativa

y mensurable dentro de un período razonable y médicamente predecible, que no supere los dos meses, a partir del primer día de terapia.

- **Terapia del habla**
 1. Cubrimos la terapia del habla para afecciones que mejorarán significativamente dentro de un período de dos meses desde el inicio de la terapia y si son realizadas por un audiólogo, patólogo del lenguaje, terapeuta del habla u otorrinolaringólogo.
 2. Cubrimos la terapia del habla para niños diagnosticados con un trastorno del espectro autista si los servicios se consideran de habilitación o no restauración.
- **Servicios de audición**
 1. Cubrimos un examen auditivo por año calendario, a menos que los exámenes auditivos de seguimiento sean médicamente necesarios.
 2. Los audífonos, incluidas las baterías y las reparaciones, están cubiertos a través del plan de su hijo.

Servicios Terapéuticos

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hemodiálisis
- Infusión del factor de coagulación de la sangre y servicios en relación con el tratamiento de deficiencias de proteínas de coagulación de la sangre

Atención de la Visión

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios de un oftalmólogo, optometrista y un dispensador oftálmico, e incluyen un examen ocular y un par de anteojos, si es necesario. Por lo general, su hijo puede recibirlos una vez cada 12 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario.

Los anteojos nuevos, con marcos aprobados, generalmente se proporcionan una vez cada período de 12 meses. Los lentes nuevos pueden pedirse con más frecuencia con la documentación adecuada. Los lentes de contacto solo están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Si su hijo necesita consultar a un especialista de la vista para recibir atención por una enfermedad o defecto ocular, el PCP del niño lo referirá.

Debe elegir uno de nuestros proveedores participantes. Si necesita encontrar un proveedor de visión para su hijo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Aviso: Muestre la tarjeta de identificación de afiliado de su hijo para acceder a los beneficios oftalmológicos. No recibirá una tarjeta de identificación para servicios oftalmológicos por separado.

Atención Médica de la Mujer

No necesita un referido del PCP de su hijo para consultar a uno de nuestros proveedores en los siguientes casos:

- Su hija está embarazada
- Su hija necesita servicios de obstetricia/ginecología/servicios de salud reproductiva
- Su hijo necesita servicios de planificación familiar
- Su hijo puede elegir dónde obtener servicios de planificación familiar. Consulte el Directorio de proveedores del plan o llame al Centro de Servicios a los Afiliados para obtener ayuda y encontrar un proveedor.
- Su hija desea ver a una partera
- Su hija necesita realizarse un examen mamario o pélvico

Servicios NO cubiertos

Estos servicios no están cubiertos por Child Health Plus por nuestro plan. Si su hijo recibe alguno de estos servicios, usted tendrá que pagar la factura:

- Procedimientos médicos o quirúrgicos experimentales
- Medicamentos experimentales
- Medicamentos que se pueden comprar sin receta, excepto según se define
- Medicamentos con receta utilizados con el fin de tratar la disfunción eréctil
- Medicamentos con receta y productos biológicos, y la administración de estos medicamentos y productos biológicos que se suministran con el fin de causar o ayudar a causar la muerte, el suicidio, la eutanasia o la muerte por misericordia de una persona
- Servicios privados de enfermería
- Atención médica en el hogar, excepto según se define
- Atención en relación con la detección y corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo humano con el fin de eliminar la interferencia nerviosa y sus efectos, donde dicha interferencia es el

resultado o está relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral

- Servicios en un centro de enfermería especializada
- Cirugía estética, plástica o reconstructiva, excepto según se define
- Servicios de fertilización in vitro, inseminación artificial u otros medios de concepción e infertilidad
- Servicios cubiertos por otra fuente de pago
- Transporte Médico que No es de Emergencia
- Artículos personales o de comodidad
- Servicios que no son médicamente necesarios

Queremos Ayudarlo a Mantener a su Hijo Sano

Para ayudarlo a orientarse en MVP y sus nuevos beneficios, un integrante de nuestro equipo de atención se comunicará con una llamada de orientación dentro de los 30 días de la inscripción.

Los afiliados pueden acceder a los eventos y programas de nuestra comunidad visitando nuestro sitio web mvphealthcare.com/LivingWell o llamando al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Queremos ayudarlo a mantener a su hijo sano

Programa de Manejo de Casos de MVP – Estamos aquí para ayudarle

Ya sea que necesite ayuda para manejar un asunto médico, de salud del comportamiento o de consumo de sustancias, o que necesite ayuda para encontrar recursos comunitarios, el Equipo de Manejo de Casos de MVP está aquí para ayudarle. Para hablar con un Gestor de Casos, llame al **1-866-942-7966** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 am a 5:00 pm.

Si Recibe una Factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que deba pagar, no la ignore. Llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711) de inmediato. Podemos ayudarle a comprender por qué es posible que haya recibido una factura. Si no es responsable del pago, nos comunicaremos con el proveedor y le ayudaremos a solucionar el problema.

Si tiene preguntas, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711).

Si rechazamos un servicio para su hijo, tiene derecho a solicitar una Apelación del Plan. Consulte la sección Apelación del Plan más adelante en este manual para obtener más información.

Protección contra Facturas Sorpresa

Las facturas sorpresa ocurren cuando un proveedor fuera de la red trata a su hijo en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de nuestra red. También pueden ocurrir si un proveedor de nuestra red refiere a su hijo a un proveedor fuera de la red.

Su hijo está protegido contra facturas sorpresa si:

- es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de nuestra red;
- un proveedor de nuestra red lo refiere a un proveedor no participante;
- recibe servicios de emergencia en hospitales después del tratamiento en la sala de emergencias, incluida la atención de pacientes hospitalizados.

Si recibe una factura sorpresa, llámenos al **1-800-852-7826** (TTY 711) para que

podamos ayudarlo.

Si su hijo recibió servicios en un centro participante y un proveedor participante estaba disponible, pero usted eligió recibir servicios de un proveedor no participante, usted será responsable de esas facturas.

Autorización de Servicios

Autorización Previa

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su hijo necesita aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted, su hijo o alguien en quien confíe pueden solicitarlo.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, debe hacer lo siguiente:

- Usted o el médico de su hijo pueden llamar a nuestro número del Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) o enviar su solicitud por escrito a MVP Health Care, 625 State Street, Schenectady, NY 12305-2207.
- También deberá obtener una autorización previa si su hijo está recibiendo servicios que requieren autorización previa ahora, pero su hijo necesita continuar u obtener más atención. Esto se denomina **revisión simultánea**.

Qué sucede después de que recibimos la solicitud de autorización de servicio de su hijo

Contamos con un equipo de revisión que verifica que el servicio que solicita esté cubierto por el plan de salud de su hijo. Los médicos y enfermeros forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para su hijo. Para ello, se compara el plan de tratamiento de su hijo con los estándares médicamente aceptables.

Podemos decidir rechazar una solicitud de autorización de servicio. O podemos aprobarlo por un monto menor que el solicitado. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio no es médicamente necesario, un revisor clínico tomará la decisión. El revisor clínico puede ser un médico o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos que usamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica. Esto se denomina **criterios de revisión clínica**.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos conforme a un **proceso estándar o acelerado**. Usted o el proveedor de su hijo pueden solicitar una revisión acelerada.

Realizaremos un seguimiento rápido de su revisión si:

- un retraso dañará gravemente la salud, la vida o la capacidad para funcionar de su hijo;
- el proveedor de su hijo dice que la revisión debe ser más rápida;
- usted está solicitando una cantidad adicional de un servicio que su hijo está obteniendo en este momento.

Si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos. Luego, el caso de su hijo se manejará conforme al proceso de revisión estándar.

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como la afección médica de su hijo nos lo requiera. Pero tomaremos una decisión antes de los plazos que se mencionan a continuación.

Les informaremos a usted y al proveedor de su hijo, tanto por teléfono como por escrito, si se aprueba o rechaza su solicitud. También le informaremos el motivo de nuestra decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte la sección Apelaciones del Plan más adelante en este manual).

Plazos para solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su solicitud. Le informaremos a más tardar el séptimo día si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión y recibirá noticias nuestras en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes

- Si solicita atención médica en el hogar que mantendría a su hijo fuera del hospital o de un centro de enfermería especializada, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud.
- Si su hijo recibe tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y usted solicita más servicios al menos 24 horas antes de que su hijo sea dado de alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud.
- Si solicita un medicamento con receta para pacientes ambulatorios para su hijo, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre la solicitud de servicio de su hijo, haremos lo siguiente:

- Escribirle e informarle qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Informarle por qué la demora es lo mejor para su hijo.
- Tomar una decisión a más tardar 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, el proveedor de su hijo o alguien de su confianza también pueden solicitarnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información para darnos a fin de ayudar a tomar una decisión sobre el caso de su hijo. Esto se puede hacer llamando al **1-800-331-3021** o escribiendo a [MVP Health Care, 625 State Street, Schenectady, NY 12305-2207.

Usted o el representante de su hijo pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarse más tiempo para revisar la solicitud de su hijo. Usted o alguien en quien confíe también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **1-800-206-8125** o enviando un correo electrónico a **managedcarecomplaint@health.ny.gov**.

Le notificaremos antes de la fecha en que haya vencido nuestro tiempo de revisión. Pero si por algún motivo no recibe noticias nuestras para esa fecha, es lo mismo que si rechazamos la solicitud de autorización de servicio de su hijo.

Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de terapia escalonada a tiempo, se aprobará la solicitud de su hijo.

Si cree que nuestra decisión de rechazar la solicitud de autorización de servicio de su hijo es incorrecta, tiene derecho a presentar una Apelación del Plan. *Consulte la sección Apelaciones del Plan más adelante en este manual.*

Cómo se les Paga a Nuestros Proveedores

Tiene derecho a preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que pueda afectar la atención médica de su hijo. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) si tiene inquietudes específicas. A la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes maneras:

- Si nuestros proveedores trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente reciban un salario. La cantidad de pacientes que atienden no afecta esto.
- Nuestros proveedores que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir una tarifa fija cada mes por cada paciente del que sean el PCP. La tarifa sigue siendo la misma, ya sea que el paciente necesite una o muchas visitas, o incluso ninguna. Esto se denomina capitación.
- Los proveedores pueden obtener una tarifa fija para cada persona de su lista de pacientes, pero parte del dinero (quizás el 10%) puede ser retenida para un fondo de incentivo. Al final del año, los PCP que hayan cumplido con los estándares de incentivo establecidos por MVP reciben pagos adicionales
- Los proveedores también pueden recibir un pago de cargo por servicio. Esto significa que obtienen una tarifa fija por cada servicio que brindan

Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan

Puede ayudarnos a desarrollar políticas que brinden el mejor servicio a nuestros afiliados. Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Infórmenos si desea trabajar con una de nuestras juntas o comités asesores de afiliados. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) para averiguar cómo puede ayudar.

Información Adicional del Centro de Servicios a los Afiliados

Aquí encontrará información que puede obtener llamando al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711):

- una lista de nombres, direcciones y cargos de la Junta Directiva, los Directores, las Partes Controladoras, los Propietarios y los Socios de MVP;
- una copia de los estados financieros/balances generales más recientes, resúmenes de ingresos y gastos;
- una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente;
- información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas del consumidor sobre MVP;
- cómo mantenemos la privacidad de los registros médicos de su hijo y la información de los afiliados;
- por escrito, le informaremos cómo verificamos la calidad de la atención para nuestros afiliados;
- le informaremos con qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud;
- si nos lo solicita por escrito, le informaremos las pautas que usamos para revisar

- afecciones o enfermedades que están cubiertas por nosotros;
- si lo solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo los proveedores de atención médica pueden solicitar formar parte de nuestra red;
 - si lo solicita, le informaremos:
 1. si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de referido y, de ser así;
 2. información sobre el tipo de acuerdos de incentivo utilizados; y
 - si se proporciona protección contra pérdidas para médicos y grupos de médicos;
 - información sobre cómo está organizada nuestra compañía y cómo funciona.

Cancelación de la Inscripción

1. Si USTED quiere abandonar MVP

Su hijo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de salud Child Health Plus en cualquier momento. Para cambiar de plan, llame a Salud del Estado de Nueva York al **1-855-355-5777** o visite nystateofhealth.ny.gov.

2. Su hijo puede dejar de ser elegible para Child Health Plus si:

- se vuelve elegible para Medicaid;
- está inscrito en otra cobertura de seguro de salud;
- tiene acceso al Programa de Seguro de Salud del Estado de Nueva York (New York State Health Insurance Program, NYSHIP) para empleados públicos;
- cumple 19 años;
- se muda fuera del estado.

3. Su hijo puede ser dado de baja de MVP si

- no paga la prima familiar de su hijo antes de la fecha de vencimiento;
- si se cancela la inscripción de su hijo por falta de pago de la prima familiar, puede volver a solicitar la cobertura llamando a la línea de ayuda de Salud del Estado de Nueva York al **1-855-355-5777**. O vuelva a presentar la solicitud en línea en nystateofhealth.ny.gov;
- su hijo se muda fuera del condado o de nuestra área de servicio;
- dejamos de operar en el condado de su hijo o abandonamos el Programa Child Health Plus;
- la ley estatal que proporciona fondos para el programa Child Health Plus finaliza.

4. Podemos pedirle a su hijo que abandone MVP

Su hijo puede perder la membresía si usted a menudo:

- se niega a trabajar con el PCP de su hijo en la atención del niño;
- no sigue nuestras reglas;
- no completa los formularios con honestidad o no brinda información verdadera (comete fraude);
- causa abuso o daño a los afiliados del plan, proveedores o personal;
- actúa de manera que nos dificulta hacer lo mejor posible por su hijo y otros afiliados, incluso después de que hayamos intentado solucionar los problemas.

Apelaciones

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su hijo necesita aprobación antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. Le notificaremos nuestra decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior a la solicitada. Este proceso se denomina **Determinación Adversa Inicial**.

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

El proveedor de su hijo puede solicitar una reconsideración

Si tomamos la decisión de que la solicitud de autorización de servicio de su hijo no era médicamente necesaria o era experimental o de investigación, y no hablamos con el proveedor de su hijo al respecto, el proveedor de su hijo puede solicitar hablar con nuestro Director Médico. El Director Médico hablará con el proveedor de su hijo en el plazo de un día hábil.

Puede presentar una Apelación del Plan

Si cree que nuestra decisión sobre la solicitud de autorización de servicio de su hijo es incorrecta, puede solicitarnos que revisemos el caso de su hijo nuevamente. Esto se denomina **Apelación del Plan**.

- Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de determinación adversa inicial para solicitar una Apelación del Plan para su hijo.
- Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** si necesita ayuda para solicitar una Apelación del Plan. También pueden ayudarlo a seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una Apelación del Plan para su hijo. O puede pedirle a otra persona que lo haga por usted, como un miembro de la familia, un amigo, un médico o un abogado. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.
- No los trataremos a usted ni a su hijo de manera diferente porque usted solicite una Apelación del Plan.

Puede llamar, escribir o visitarnos para solicitar una Apelación del Plan. Cuando solicite una Apelación del Plan para su hijo, o inmediatamente después, deberá proporcionarnos:

- Nombre y dirección de su hijo.
- El número de afiliado de su hijo.
- El servicio que solicitó para su hijo y los motivos de la apelación.
- Toda la información que desee que revisemos, como los registros médicos de su hijo, cartas de los proveedores u otra información que explique por qué su hijo necesita el servicio.
- Cualquier información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de determinación adversa inicial.

Para obtener ayuda para prepararse para la Apelación del Plan de su hijo, puede solicitar ver las directrices, los expedientes médicos y otros documentos que usamos para tomar la Determinación Adversa Inicial. Puede solicitar ver estos documentos u obtener una copia gratuita llamando al **1-800-852-7826**. Si la Apelación del Plan de su hijo es acelerada, es posible que disponga de poco tiempo para proporcionar la información que desea que revisemos.

Bríndenos la información y los materiales de su hijo de la siguiente manera:

Teléfono **1-800-852-7826** (TTY 711)

Fax **518-386-7600**

Correo postal 625 State Street, Schenectady, NY 12305

En persona 625 State Street, Schenectady, NY 12305

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red para su hijo:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible a través de un proveedor participante, puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para su hijo. Deberá pedirle al médico de su hijo que envíe esta información con la Apelación del Plan de su hijo:
 1. una declaración por escrito del médico de su hijo que indique que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar a través de un proveedor participante. El proveedor de su hijo debe ser un especialista certificado por la junta o apto para acreditación que trate a personas que necesiten el servicio que está solicitando.
 2. dos documentos médicos o científicos que demuestren que el servicio que está solicitando es más beneficioso para su hijo y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar a través de un proveedor participante.

Si el proveedor de su hijo no envía esta información, de todas formas revisaremos

la Apelación del Plan de su hijo. Sin embargo, es posible que su hijo no sea elegible para una Apelación Externa. Consulte la sección *Apelación Externa* más adelante en este manual.

- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o la experiencia correctas para brindar un servicio para su hijo, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que su hijo sea referido a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle al proveedor de su hijo que envíe esta información con la Apelación del Plan de su hijo:
 1. una declaración por escrito que indique que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer las necesidades de su hijo; y
 2. que recomiende un proveedor fuera de la red con la capacitación y la experiencia correctas que pueda brindar el servicio para su hijo.

El proveedor de su hijo debe ser un especialista certificado por la junta o apto para acreditación que trate a personas que necesiten el servicio que está solicitando. Si el proveedor de su hijo no envía esta información, de todas formas revisaremos la Apelación del Plan de su hijo. Sin embargo, es posible que su hijo no sea elegible para una Apelación Externa. Consulte la sección *Apelación Externa* más adelante en este manual.

Qué sucede después de que recibimos la Apelación del Plan de su hijo

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en la Apelación del Plan de su hijo.
- Le enviaremos una copia gratuita de los expedientes médicos y de cualquier otra información que usaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se realiza un seguimiento rápido de la Apelación del Plan de su hijo, también nos comunicaremos con usted por teléfono.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al **1-800-852-7826** si no está seguro de qué información darnos.
- Las Apelaciones del Plan de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de atención médica calificados que no tomaron la primera decisión, al menos uno de los cuales será un revisor clínico de pares.
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas no involucradas en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones y de mayor autoridad que aquellas

- que completaron la revisión anterior.
- Si usted gana la Apelación del Plan, el servicio de su hijo será cubierto. Si usted pierde la Apelación del Plan, le enviaremos nuestra **Determinación Adversa Final**. La **Determinación Adversa Final** explicará los motivos de nuestra decisión y sus derechos de apelación adicionales.
 - **Si cree que nuestra Determinación Adversa Final es incorrecta**
 1. para algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una Apelación Externa por su hijo. Consulte la sección Apelación Externa de este manual.
 2. para tomar algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una Revisión Estatal de CHPlus para su hijo. Consulte la sección Revisión Estatal de CHPlus de este manual.

Plazos para Apelaciones del plan

- **Apelaciones Estándares del Plan:** Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que solicitó la Apelación del Plan.
- **Apelaciones Aceleradas del Plan:** Si tenemos toda la información que necesitamos, se tomará una decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir de la Apelación del Plan de su hijo, pero no más de 72 horas a partir de la fecha en que solicitó la Apelación del Plan de su hijo.
 1. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.
 2. Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que su hijo dejara el hospital, tomaremos una decisión sobre la apelación de su hijo dentro de las 24 horas.
 3. Le informaremos de nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más adelante.

La Apelación del Plan de su hijo se revisará conforme al proceso acelerada si

Usted o el proveedor de su hijo pueden solicitar que su Apelación del Plan se tramite **de manera acelerada** si considera que un retraso podría ocasionar un daño en la salud de su hijo. **Si necesita ayuda o hacer una Apelación del Plan de inmediato, llámenos al 1-800-852-7826.**

Se tramitará su Apelación del Plan de manera acelerada si:

- un retraso dañará gravemente la salud, la vida o la capacidad para funcionar de su hijo;
- el proveedor de su hijo indica que la apelación debe tramitarse más rápido;
- usted está solicitando una cantidad adicional de un servicio que su hijo está obteniendo en este momento;
- usted está solicitando servicios de atención en el hogar después de que su hijo dejó el hospital; o
- usted está solicitando tratamiento del consumo de sustancias para pacientes internados adicional al menos 24 horas antes de que le den el alta a su hijo;

Si se niega su solicitud de Apelación del Plan Acelerada, se lo informaremos por escrito y revisaremos su apelación en el período estándar.

Tanto para el trámite estándar como de manera acelerada: si necesitamos más información sobre el caso de su hijo, y si es por su propio bien, es posible que el plazo para revisar su Apelación del Plan se prorrogue hasta 14 días. Si esto sucede, se lo informaremos por escrito.

Usted o el proveedor de su hijo también pueden solicitar que el plan prorrogue hasta 14 días el plazo para revisar la Apelación del Plan de su hijo.

Usted o el representante de su hijo también pueden solicitarnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información para darnos a fin de ayudar a tomar una decisión sobre el caso de su hijo. Esto se puede hacer llamando al **1-800-852-7826** o escribiendo.

Usted o el representante de su hijo pueden presentarnos una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar la Apelación del Plan de su hijo. Usted, o alguien de su confianza, puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **1-800-206-8125**.

Si no decidimos la Apelación del Plan de su hijo a tiempo, y dijimos que el servicio que está solicitando:

1. no es médicamente necesario; o
2. es experimental o de investigación; o
3. no es diferente de la atención que su hijo puede recibir en la red de MVP; o
4. está disponible a través de proveedores participantes que tienen la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer las necesidades de su hijo; o
5. no está en nuestro vademécum de medicamentos con receta.

Es posible que pueda solicitar una Apelación Externa en nombre de su hijo. Consulte la sección

Apelación Externa de este manual.

Apelaciones Externas

Su hijo tiene otros derechos de apelación si le indicamos que el servicio que solicitó:

1. no es médicamente necesario;
2. es experimental o de investigación;
3. no es diferente de la atención que su hijo puede recibir en la red de MVP;
4. está disponible a través de proveedores participantes que tienen la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer las necesidades de su hijo;
5. no está en nuestro vademécum de medicamentos con receta.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al Estado de Nueva York una Apelación Externa independiente. Esto se denomina Apelación Externa porque son revisores que no trabajan para nosotros ni para el Estado los que toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el Estado de Nueva York.

Antes de solicitar una Apelación Externa:

- debe presentar una Apelación del Plan y obtener nuestra Determinación Adversa Final; **o**
- si solicita una Apelación del Plan Acelerada, también puede solicitar una Apelación Externa Acelerada en el mismo momento; **o**
- puede solicitarnos que acordemos omitir nuestro proceso de Apelación del Plan e ir directamente a una Apelación Externa; **o**
- si el tiempo para que tomemos una decisión sobre su Apelación del Plan ha vencido, incluida cualquier extensión, o si no recibe una respuesta a su Apelación del Plan, puede solicitar una Apelación Externa.

Tiene **4 meses** después de que su hijo reciba nuestra Determinación Adversa Final para solicitar una Apelación Externa por su hijo. Si nos solicitó omitir nuestro proceso de Apelación del Plan y aceptamos, entonces debe solicitar la Apelación Externa para su hijo dentro de los 4 meses posteriores a ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete el formulario de solicitud y envíelo al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y los proveedores

de su hijo deberán brindar información sobre el problema médico de su hijo. La solicitud de Apelación Externa indica qué información se necesitará.

Las siguientes son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al, **1-800-400-8882**.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en **www.dfs.ny.gov**.
- Envíe un correo electrónico a **externalappealquestions@dfs.ny.gov**.
- Comuníquese con nosotros al **1-800-852-7826**.

La Apelación Externa de su hijo se decidirá en un plazo de 30 días. Podría ser necesario más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información. A usted y a MVP se les informará la decisión final dentro de los dos días posteriores a que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- el proveedor de su hijo dice que una demora causará un daño grave a la salud de su hijo; o
- su hijo está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan rechaza la atención hospitalaria.

Esto se denomina **Apelación Externa Acelerada**. El revisor de la Apelación Externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si usted solicitó un tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados al menos 24 horas antes de la fecha en que su hijo debía dejar el hospital, seguiremos pagando la estadía de su hijo si:

- solicitó una Apelación del Plan Acelerada dentro de las 24 horas; Y
- solicita una Apelación Externa Acelerada al mismo tiempo.

Seguiremos pagando la estadía de su hijo hasta que se tome una decisión sobre las apelaciones de su hijo. Tomaremos una decisión sobre la Apelación del Plan Acelerada de su hijo dentro de las 24 horas. La Apelación Externa Acelerada se decidirá en 72 horas.

El revisor de la Apelación Externa les informará la decisión de inmediato a usted y a MVP por teléfono o fax. Más tarde, se enviará una carta que le informa la decisión.

Revisión Estatal de CHPlus

Para otras denegaciones, puede solicitar una Revisión Estatal de CHPlus. Antes de solicitar una

Revisión Estatal de CHPlus:

- debe presentar una Apelación del Plan y obtener nuestra Determinación Adversa Final; o
- si solicita una Apelación del Plan Acelerada, también puede solicitar una Revisión Estatal Acelerada de CHPlus en el mismo momento; o
- usted y el plan de su hijo pueden acordar conjuntamente omitir el proceso de Apelación del Plan y pasar directamente a la Revisión Estatal de CHPlus; o
- si el tiempo para que el plan decida su Apelación del Plan ha vencido, incluidas las prórrogas, o si no recibe una respuesta nuestra, puede solicitar una Revisión Estatal de CHPlus.

Tiene **120 días calendario** a partir del cual su hijo recibe nuestra Determinación Adversa Final para solicitar una Revisión Estatal de CHPlus para su hijo. Si nos pidió que omitiéramos el proceso de Apelación del Plan y acordamos, debe solicitar la Revisión Estatal de CHPlus para su hijo dentro de los 120 días calendario de dicho acuerdo.

Para solicitar una Revisión Estatal de CHPlus

- **Llame a Salud del Estado de Nueva York al 1-855-355-5777**, TTY: 1-800-662-1220; o
- **Correo electrónico:** CHPlusStateReview@health.ny.gov.

Cuando solicite una Revisión Estatal de CHPlus, deberá proporcionar:

- El nombre de su hijo
- El número de cuenta de Salud del Estado de Nueva York de su hijo
- Debe decir que solicita una Revisión Estatal de CHPlus estatal
- El servicio que solicitó para su hijo, la fecha del servicio y el (los) motivo(s) para solicitar una revisión.

La decisión de la Revisión Estatal de CHPlus se tomará en 30 días. Las decisiones aceleradas se realizan en un plazo de 72 horas. La decisión será enviada por escrito.

Si solicita una extensión de su revisión acelerada, el Departamento de Salud puede tardar hasta 14 días más en tomar una decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- El proveedor de su hijo dice que una demora causará un daño grave a la salud de su hijo; o
- Su hijo está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan rechaza la atención hospitalaria.

Esto se denomina **Revisión Estatal Acelerada de CHPlus**. El revisor estatal de CHPlus tomará una decisión sobre una Revisión Estatal Acelerada de CHPlus en 72 horas o menos.

Si usted solicitó un tratamiento de consumo de sustancias para pacientes internados al menos 24 horas antes de la fecha en que su hijo debiera dejar el centro, el plan continuará pagando la estadía de su hijo si:

- solicitó una Apelación del Plan Acelerada dentro de las 24 horas; **Y**
- solicita una Revisión Estatal Acelerada de CHPlus al mismo tiempo.

Seguiremos pagando la estadía de su hijo hasta que se tome una decisión sobre las apelaciones de su hijo. Tomaremos una decisión sobre la Apelación del Plan acelerada de su hijo dentro de las 24 horas. La Revisión Estatal Acelerada de CHPlus se decidirá en 72 horas.

El revisor estatal de CHPlus les informará la decisión de inmediato a usted y a MVP por teléfono o fax. Más tarde, se enviará una carta que le informa la decisión.

Proceso de Reclamos

Reclamos

Esperamos servir bien a su hijo. Si tiene un problema, hable con el PCP de su hijo, o bien, llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o una disputa con la atención o los servicios de su hijo, puede presentar un reclamo ante el plan.

Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y cualquier reclamo que se reciba por correo se tratarán de acuerdo con nuestro procedimiento de reclamos descrito a continuación.

Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) si necesita ayuda para presentar un reclamo. También pueden ayudarlo a seguir los pasos del proceso de reclamo. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas a usted ni tomaremos ninguna medida contra usted o su hijo por presentar un reclamo.

Si tiene alguna inquietud sobre la atención que recibe a través del plan de atención controlada de su hijo, puede ponerse en contacto con la Unidad de Reclamos sobre Atención Médica Administrada del Departamento de Salud del Estado de Nueva York

llamando al **1-800-206-8125** o enviando un correo electrónico a managedcarecomplaint@health.ny.gov.

Puede llamar a Salud del Estado de Nueva York al **1-855-355-5777** si su reclamo involucra un problema de facturación con el aporte de la prima familiar mensual de su hijo.

Cómo Presentar un Reclamo

Puede presentar un reclamo en nombre de su hijo. O puede pedirle a otra persona que presente el reclamo por usted, como un miembro de la familia, un amigo, un médico o abogado. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.

Para presentarlo por teléfono, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm. Si nos llama después del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

Puede escribirnos con su reclamo. O llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) y solicite un formulario de reclamo. Debe enviarse por correo a:

ATTENTION: CUSTOMER CARE MVP HEALTH PLAN INC

625 STATE ST

SCHENECTADY NY 12305-2111

Qué Sucede a Continuación

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o a través de un representante, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le informará lo siguiente:

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

También puede proporcionar información que se utilizará para revisar su reclamo en persona o por escrito. Llámenos al **1-800-852-7826** si no está seguro de qué información darnos.

Una o más personas calificadas revisarán su reclamo. Si su reclamo involucra asuntos clínicos, el caso de su hijo será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después de que revisemos su reclamo

- Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 45 días calendario.
- Si su reclamo está relacionado con una solicitud de referido o si un servicio solicitado está cubierto, le informaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión.
- Si una demora pondría en riesgo la salud de su hijo, recibirá nuestra decisión en un plazo de 48 horas a partir de cuando tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión.
- En este caso, lo llamaremos para informarle nuestra decisión. También le enviaremos un aviso por escrito dentro de los 3 días hábiles.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta y se lo informaremos. Le informaremos cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.

Apelaciones de Reclamos

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

Cómo presentar una apelación de reclamo

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene al menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación de reclamo. Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien en quien confíe que presente la apelación de reclamación por usted.
- Después de su llamada, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica.

Qué sucede después de recibir su apelación de reclamo

Luego de que recibamos su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le informará lo siguiente:

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

Su apelación de reclamo será revisada por una o más personas calificadas en un nivel más alto que aquellas que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación del reclamo involucra asuntos clínicos, el caso de su hijo será revisado por uno o más profesionales de la

salud calificados con al menos un revisor clínico de pares que no haya participado en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, conocerá nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora pondría en riesgo la salud de su hijo, recibirá nuestra decisión en 2 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión sobre la apelación.

Si negamos su apelación, le comunicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde.

Si aún no está satisfecho, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125**.

Cómo Denunciar Fraude y Abuso

El fraude en los seguros de salud no es un delito sin víctimas. Puede ayudar a combatir el fraude, el desperdicio y el abuso al proteger los beneficios de su hijo e informar comportamientos o incidentes potencialmente sospechosos. Para denunciar fraude, desperdicio y abuso, puede completar un formulario de alegato de fraude en línea:

<https://apps.omig.ny.gov/bmfa/bmfa.aspx>. O bien, puede llamar al **1-877-873-7283**.

Puede llamarnos al **1-800-852-7826** (TTY 711) si cree que un proveedor le ha facturado servicios médicos que su hijo no recibió. Para enviar una solicitud en línea, visite **mvphealthcare.com/ReportFraud**. Puede llamarnos si tiene alguna pregunta.

Ejemplos de fraude de proveedores:

- facturar servicios que no se prestaron;
- entregar o vender recetas innecesarias;
- solicitar pruebas innecesarias;
- darles dinero o regalos a usted o a su hijo por aceptar recibir atención médica.

Derechos y Responsabilidades del Afiliado

Los Derechos de su Hijo

Como afiliado de nuestro plan, su hijo tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención con respeto y la debida consideración por la dignidad de su hijo, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Ser informado dónde, cuándo y cómo obtener los servicios y las opciones de

tratamiento disponibles para satisfacer las necesidades de su hijo de nuestra parte en un idioma y de una manera que usted comprenda.

- El PCP de su hijo le informará qué está mal, qué puede hacer por su hijo y qué probablemente sea el resultado en un lenguaje que usted comprenda.
- Obtener una segunda opinión sobre la atención de su hijo.
- Dar su aprobación a cualquier tratamiento o plan para la atención de su hijo, luego de que el plan se les ha explicado completamente a usted y a su hijo.
- Rechazar la atención y que le informen qué podría poner en riesgo su hijo si lo hace.
- Obtener una copia del expediente médico de su hijo, hablar al respecto con el PCP de su hijo y, si es necesario, solicitar que se enmiende o corrija dicho expediente médico.
- Asegurarse de que el registro médico de su hijo sea privado y no se comparta con nadie, excepto según lo exija la ley, el contrato, o con su aprobación.
- Usar nuestro sistema de reclamos para resolver cualquier reclamo, o puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento que sienta que su hijo no fue tratado de manera justa.
- Designar a alguien (pariente, amigo, abogado, etc.) para que hable en nombre de su hijo si usted no puede hablar en nombre de su hijo sobre la atención y el tratamiento de su hijo.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro sin restricciones o aislamiento innecesarios.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin que nosotros o nuestros proveedores participantes tratemos a su hijo de manera adversa.

Sus Responsabilidades y las de su Hijo

Como afiliado de MVP, usted acepta lo siguiente:

- Trabajar con el PCP de su hijo para proteger y mejorar la salud del niño.
- Averiguar cómo funciona el sistema de atención médica de su hijo.
- Escuchar el consejo del PCP de su hijo y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o volver a consultar al PCP de su hijo si este no mejora, o solicitar una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el respeto que usted espera para usted mismo.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 711) si tiene algún problema con algún miembro del personal de atención médica
- Asistir a las citas de su hijo. Si debe cancelar, llame lo antes posible.

- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar al PCP de su hijo cuando este necesite atención médica, incluso fuera del horario de atención

Directivas Anticipadas

Puede haber ocasiones en las que no pueda tomar decisiones sobre su propia atención médica. Si planifica con anticipación, puede coordinar ahora sus deseos para que se cumplan.

- Primero, informe a su familia, amigos y a su médico qué tipos de tratamiento desea o no.
- Segundo, puede designar a un adulto en quien confíe para que tome decisiones por usted.
- Tercero, es mejor expresar sus opiniones por escrito.

Poder Notarial para Atención Médica

Un formulario de poder notarial para atención médica le permite nombrar a otro adulto en el que confíe (generalmente un miembro de la familia o amigo) para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomar sus propias decisiones. Debe hablar con la persona que elija para que conozca sus deseos. Para obtener formularios de poder notarial para atención médica, hable con su proveedor o visite **www.health.ny.gov/forms**.

No Resucitar (Do Not Resuscitate, DNR)

Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reiniciar el corazón o los pulmones si su respiración o circulación se detiene. Si no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (CPR), debe comunicar sus deseos por escrito. Su PCP proporcionará una orden de DNR para sus registros médicos. También puede obtener un formulario DNR para llevar con usted o un brazalete para usar que le informará a cualquier proveedor médico de emergencia sobre sus deseos.

Tarjeta de Donante de Órganos

Cualquier persona de 16 años o más puede unirse al Registro de Donante de Vida del Estado de Nueva York. Cualquier persona que se inscriba a través del Registro de Donante de Vida del Estado de Nueva York recibirá una tarjeta del tamaño de una billetera que dice que está dispuesta a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando muera.

Su hijo puede elegir ser donante de órganos y puede especificar si desea donar para fines de trasplante, investigación o ambos. Si su hijo es donante de órganos y muere antes de los 18 años, usted puede rescindir su estado de donante de órganos. Para inscribirse, visite

donatelife.ny.gov. Su hijo también puede inscribirse respondiendo “sí” a la pregunta “¿Le gustaría que lo agreguen al Registro de Donante de Vida?” en su cuenta en línea de Salud del Estado de Nueva York en nystateofhealth.ny.gov/. O bien, su hijo puede inscribirse a través del sitio web del Departamento de Vehículos Motorizados del Estado de Nueva York <https://dmv.ny.gov/more-info/register-become-organ-eye-or-tissue-donor>.

Números de Teléfono Importantes

Su PCP	_____	
La sala de emergencias más cercana	_____	
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP		1-800-852-7826 (TTY 711)
Centro de Servicios a los Afiliados TTY/TDD		711
Línea de asesoramiento de enfermeros de MVP		1-800-852-7826 (TTY 711)
Servicios de Atención Virtual Gia®		1 877-GoAskGia (1-877-462-7544)
DentaQuest (atención dental de rutina)		1-888-307-6551 (TTY 711)
Farmacia local.....	_____	
Otros proveedores de atención médica.....	_____	
Salud del Estado de Nueva York, Mercado Oficial de Planes de Salud		1-855-355-5777
Reclamos del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH)		1-800-206-8125
Reclamos de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) del Estado de Nueva York		1-800-597-8481
Reclamos de la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones del Estado de Nueva York (OASAS)		1-518-473-3460
Defensor del pueblo: Proyecto de Acceso Comunitario a la Atención de Salud Mental y para las Adicciones (CHAMP)		1-888-614-5400
Buzón		(Ombuds@oasas.ny.gov)

Línea de información sobre la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)	1-800-514-0301
TDD	1-800-514-0383
Administración del Seguro Social	1-800-772-1213
Línea directa de Violencia Doméstica del Estado de Nueva York 24 horas (Inglés y español/accesibilidad multiidioma)	1-800-942-6906
Discapacidad auditiva	711

Sitios Web Importantes

MVP Health Care® MVP:	mvphealthcare.com
Departamento de Salud del Estado de Nueva York:	https://www.health.ny.gov/
Salud del Estado de Nueva York (NY State of Health):	nystateofhealth.ny.gov
NYS Child Health Plus:	https://www.health.ny.gov/health_care/child_health_plus/
Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York:	https://omh.ny.gov/
Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones del Estado de Nueva York:	https://oasas.ny.gov/
Información sobre el VIH/sida del Departamento de Salud del Estado de Nueva York:	https://www.health.ny.gov/diseases/aids/consumers/youth/index.htm
Directorio de recursos de pruebas de VIH:	https://providerdirectory.aidsinstituteny.org/
NYC DOHMH:	https://www.nyc.gov/site/doh/index.page
Información sobre el VIH/sida del DOHMH de la Ciudad de Nueva York:	https://www.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page

Autorización para Revelar Información

Proteger su confidencialidad es importante para MVP Health Care, Inc. y sus filiales (colectivamente, “MVP”). Si desea que MVP comparta su información médica con otras personas, tiene que darnos su permiso anticipadamente.

Al llenar y firmar este formulario, usted da ese permiso. MVP podrá entonces compartir su información médica con las personas que usted haya autorizado. Por favor lea este formulario detenidamente.

Instrucciones para Completar este Formulario

Hay seis secciones en este formulario para completar.

Sección 1: Escriba su nombre, número de identificación como afiliado de MVP y su fecha de nacimiento identificándose como el afiliado de MVP.

Esta sección también se puede utilizar si usted está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de edad de quien usted es el padre, la madre o tutor legal.

Sección 2: Escriba el (los) nombre(s), dirección(es) y número(s) telefónico(s) de la(s) persona(s) a quien(es) usted está autorizando a MVP a compartir su información médica.

Asegúrese de escribir el nombre y la dirección completos del contacto. MVP sólo compartirá información si el contacto verifica correctamente el nombre, dirección, y número de teléfono que usted ha escrito.

Sección 3: Motivo para revelado de información.

Esta sección informa a MVP el motivo para revelar la información.

Sección 4: Seleccione la información médica que usted está autorizando a MVP a compartir.

Hay tres opciones:

- La **primera** opción da a MVP permiso para compartir toda su información médica, excepto información relacionada con VIH/SIDA, psiquiatría y uso de sustancias controladas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual. Usted debe autorizar específicamente a MVP para compartir esta información con otra persona.
- La **segunda** opción da a MVP permiso para compartir sólo la información que usted especifique, tal como información sobre su elegibilidad solamente, información específica a un servicio en

particular, o información sobre reclamaciones con respecto a un proveedor de servicios específico

- La **tercera** opción da a MVP permiso para compartir información sobre VIH/SIDA, psiquiatría y uso de sustancias controladas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual y se explica detalladamente más adelante.

Información para Padres de Menores con Diagnósticos Sensibles

MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas. Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o uso de sustancias controladas, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de Autorización de Divulgación de Información en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre o tutor.

MVP no compartirá esta información si usted no nos ha autorizado específicamente para hacerlo firmando sus iniciales en las líneas señaladas.

Por favor lea el aviso especial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en la página 2.

Sección 5: Lea y asegúrese de que comprende sus derechos bajo esta autorización.

Usted puede utilizar esta sección para especificar una fecha de vencimiento en este formulario, de

lo contrario continuará vigente indefinidamente o hasta que usted solicite su revocación.

Para los afiliados cubiertos por planes escritos en el Estado de Vermont, este formulario será válido hasta la fecha de vencimiento que usted especifique, que en ningún caso será superior a 24 meses.

Sección 6: Firme e imprima su nombre y ponga la fecha en el formulario.

Usted puede utilizar este formulario si está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de quien usted es el padre, la madre o tutor legal. De ser así, asegúrese de escribir su relación con ese afiliado.

Si usted está autorizando a una persona a actuar en su nombre suyo, esa persona también debe firmar y fechar el formulario.

Al firmar este formulario de manera electrónica, reconoce que su firma electrónica tiene las mismas consecuencias legales que su firma manuscrita.

Cuando lo haya completado, por favor envíe por correo electrónico, correo postal, o fax el formulario de *Autorización para Revelar Información* a la dirección de correo electrónico, la dirección postal, o el número de fax que aparece en la parte superior del formulario.

Sus Derechos Relacionados con la Autorización para Revelar Información

1. Usted puede autorizar a otra persona para apelar en su nombre y representación contra cualquier resolución (con excepción de los afiliados de Medicare, para ello se requiere información adicional). Al hacerlo, usted está ejerciendo su derecho de apelación y ya no se le permitirá apelar contra la misma resolución a usted mismo.
2. MVP no condicionará el tratamiento, los pagos, la inscripción o la elegibilidad para beneficios bajo estos planes de seguro al recibir esta autorización.
3. La información revelada de acuerdo con esta autorización podría ser revelada, a su vez, por la persona autorizada y podría no estar ya protegida por leyes federales o estatales.
4. Si se revela información del historial de problemas de uso de alcohol o drogas protegida

por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2), éstas normas federales prohíben a la persona autorizada a revelar esta información excepto si dicha revelación se permite por consentimiento escrito de la persona a la que se refiere o según lo permita la norma 42 CFR Parte 2.

Sus Derechos Relacionados con la Revelación de Información Confidencial Relacionada con VIH*

Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona ha sido sometida a una prueba relacionada con el VIH o está infectada con el VIH o tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Bajo las leyes del Estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH sólo puede ser revelada a las personas autorizadas por usted firmando un permiso escrito o a personas que necesitan saber su estatus con respecto al VIH para proporcionarle servicios o atención médica, incluyendo: proveedores de atención médica, personas involucradas en asuntos de adopción o colocación en hogares o familias de acogida; padres o tutores que aceptan cuidar a menores; empleados de cárceles y prisiones o personas encargadas de dar seguimiento a casos de libertad condicional o períodos de prueba; trabajadores de servicios de emergencia y otros trabajadores en hospitales; otros centros regulados o consultorios médicos, que estén expuestos a fluidos sanguíneos o corporales durante el desempeño de sus funciones; y organizaciones que supervisan los servicios que usted recibe. Las leyes estatales también permiten que su información relacionada con el VIH sea revelada bajo circunstancias limitadas: por orden judicial especial; a funcionarios de salud pública según lo exijan las leyes, y a compañías aseguradoras, según sea necesario para pagar la atención y el tratamiento. Según las leyes estatales, cualquier persona que revela ilegalmente información relacionada con el VIH podría ser castigada con una multa hasta de \$5,000 y encarcelamiento hasta por un año. No obstante, algunas revelaciones ulteriores

de dicha información no están protegidas bajo leyes federales. Para más información acerca de la confidencialidad respecto del VIH, llame a la Línea Directa de Confidencialidad respecto al VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, al **1-800-962-5065**.

Al firmar y poner sus iniciales en el lugar indicado en de este formulario, la información relacionada con el VIH puede ser revelada a las personas indicadas en el formulario, y por el(los) motivo(s) indicado(s) por usted en el formulario. Usted no tiene que firmar el formulario y puede cambiar de parecer en cualquier momento indicando su cambio de parecer por escrito.

Las leyes lo protegen contra actos de discriminación relacionados con el VIH en asuntos relacionados con vivienda, empleo, atención médica y otros servicios. Para más información llame a la Oficina de Asuntos de Discriminación Relacionados del Estado de Nueva York al **1-888-392-3644** o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **212-306-7450**. Estas entidades son responsables de proteger sus derechos.

Autorización para Revelar Información



Completando este formulario permite a MVP Health Care® revelar la información de salud a aquellos debajo.

Devuelva este formulario cumplimentado por correo electrónico, correo, o fax.

Correo electrónico:

members@mvphealthcare.com

Correo:

MVP Health Care

PO Box 2207

Schenectady NY 12301-2207

Fax: **1-800-765-3808**

Si Este Formulario es Necesario para un Apelación

Devuelva este formulario cumplimentado por correo electrónico, correo, o fax.

Correo electrónico:

mvpdisclosure@mvphealthcare.com

Correo:

Attn: Appeals

MVP Health Care

PO Box 2207

Schenectady NY 12301-2207

Fax: **518-386-7600**

Sección 1: Información Sobre el Afiliado Cuya Información Será Revelada

(por favor escriba)

Nombre de Afiliado	Fecha de Nacimiento	Número de ID del Afiliado	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2: Información Sobre la Persona(s) Con Quien es Su Información de Salud Para Ser Compartida

Nombre	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 3: Motivo para Revelado de Información

☐ Solicitud del Individuo ☐ Otro (explicar):

Sección 4: Información Médica Que Será Revelada (marque todas las que apliquen)

☐ Toda información médica (excepto la información médica indicada más adelante)

☐ Otro (especifique la información que usted autoriza a MVP a revelar):

Nombre de Afiliado

Número de ID del Afiliado

(Continúa la Sección 4)

Ponga sus iniciales al lado de los asuntos que MVP puede discutir con las personas nombradas.

- (Iniciales) Información y/o historial relacionado con VIH/SIDA (ver la página 2 de instrucciones)
- (Iniciales) Información y/o historial sobre salud mental
- (Iniciales) Información sobre diagnóstico y tratamiento de drogas/alcohol
- (Iniciales) Información sobre embarazo, planificación familiar, aborto
- (Iniciales) Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Información para Padres de Menores con Diagnósticos Sensibles: MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas. Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o uso de sustancias controladas, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de Autorización de Divulgación de Información en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre o tutor.

Sección 5: Lea y Comprenda Sus Derechos (Ver la página 2 de instrucciones)

Esta autorización permanecerá vigente hasta que MVP deje de mantener la información médica o hasta que sea revocada por el suscrito de la forma descrita más adelante o hasta que *(inserte la fecha a el evento aplicable)* _____.

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, enviando notificación escrita a la dirección que se indica más adelante. La revocación debe expresar con claridad su deseo de revocar esta autorización y la fecha en que entrará en vigor esta revocación.

Para los afiliados cubiertos por planes escritos en el Estado de Vermont, este formulario será válido hasta la fecha de vencimiento que usted especifique, que en ningún caso será superior a 24 meses.

Sección 6: Firma y Fecha Este Formulario

Al firmar este formulario de manera electrónica, reconoce que su firma electrónica tiene las mismas consecuencias legales que su firma manuscrita.

Firma de Afiliado de MVP

Nombre (escriba)

Fecha

Firma Delegada Autorizada

Nombre (escriba)

Fecha

Firma Delegada Autorizada

Nombre (escriba)

Fecha

Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH Hechos

Uno de cada cuatro estadounidenses tiene alguna enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo cual significa que 110 millones de personas en los Estados Unidos son portadores de alguna de estas enfermedades y pueden contagiárselas a los demás.

Existen Muchas ETS

Mucha gente cree que sólo existen dos ETS—la sífilis y la gonorrea. En realidad, existen muchas ETS, como herpes, clamidia, verrugas genitales, vaginitis, hepatitis B, y VIH.

ETS se Contagian Durante el Acto Sexual

Las ETS se transmiten de persona a persona por medio de sexo vaginal, sexo anal, o sexo oral.

Algunas ETS también se transmiten por contacto con la piel. Es preciso tener en cuenta que incluso piel aparentemente sana puede estar infectada. Si usted padece otra ETS, es más fácil que se contagie el VIH.

El VIH es una ETS

La mayoría de las personas que tienen el VIH o alguna otra ETS no presentan signos ni síntomas de la enfermedad.

No es posible saber si una persona tiene una ETS con sólo mirarla. Esto quiere decir que usted puede padecer una de estas afecciones y no saberlo. Incluso si usted no presenta signos ni síntomas de la enfermedad, puede contagiársela a otras personas. La única manera de saber con seguridad si uno padece alguna de estas enfermedades es haciéndose la prueba correspondiente.

Usted puede disminuir sus probabilidades de contraer una ETS.

Cada vez que tenga relaciones sexuales, use un condón de látex masculino o femenino y asegúrese de usarlo correctamente. Esto disminuirá sus probabilidades de contraer ETS, entre ellas el VIH. Los condones de látex son una protección muy efectiva contra el VIH y muchas otras ETS (como, por ejemplo, la gonorrea o la clamidia).

Las buenas noticias es que algunas ETS pueden curarse.

Un tratamiento adecuado puede ayudar a personas con VIH u otras ETS incurables. El tratamiento puede ayudarle a llevar una vida sana por más tiempo.

Hágase la Prueba y Comience el Tratamiento

Si usted tiene razones para creer que ha contraído alguna ETS, acuda de inmediato al médico o a una clínica. Para averiguar dónde puede hacerse la prueba para detectar el VIH y otras ETS, llame a los siguientes números.

Una ETS no tratada puede producir daños cerebrales, cardiopatías (enfermedades del corazón), cáncer o incluso la muerte. Las ETS pueden dificultar que la mujer quede embarazada. Mientras más espere para hacerse la prueba y comenzar el tratamiento, mayores daños podrá causarle la enfermedad y más posibilidades habrá de que usted contagie a otras personas.

Fuente: Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Los Recursos

Líneas Directas Nacionales Sobre ETS
1-800-232-4636 (TTY: 1-888-232-6348)

Líneas Directas de Información Sobre VIH y SIDA del Estado de Nueva York
1-800-233-SIDA (TDD: 1-800-369-2437)

health.ny.gov/diseases/aids/general/publications

health.ny.gov/diseases/communicable/std

Encuesta de Salud



MVP Health Care® quiere mantenerlo sano. La información que nos brinde en esta encuesta se utilizará solamente para evaluar la condición de su salud en general y para determinar si una de sus enfermeras o manejadores de caso pueda asistirle con sus necesidades de cuidado de salud. Si prefiere completar esta encuesta por teléfono, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Sus respuestas serán confidenciales y no se usarán para determinar su elegibilidad para el seguro de salud.

Por favor complete la encuesta para cada miembro de su familia que haya sido inscrito(a) en el programa de Medicaid.

Sección 1: Información del Afiliado de MVP (por favor escriba)

Nombre del Afiliado		Número de ID del Afiliado
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico en Casa	Número Telefónico Alternativo

Sección 2: Preguntas de Salud—estas preguntas corresponden a usted únicamente.

- ¿Cuál es el idioma principal en su casa? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Si el inglés no es su idioma principal ¿hay alguien que le pueda interpretar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió **Sí**, ¿quién es esa persona? _____
- ¿Quién es su Proveedor de Cuidado Primario? _____
- ¿Se ha hecho un examen físico recientemente? ☐ Sí ☐ No
Si respondió **Sí**, cuéntenos de cualquier problema de salud que haya sido identificado y para el cual le podríamos ayudar.

- Si no se ha hecho un examen físico recientemente ¿necesita ayuda con alguno de los siguientes para hacer una cita?
☐ Transporte ☐ Un nuevo proveedor de cuidado de salud ☐ Otro: _____
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento? ☐ Sí (listar abajo) ☐ No
Medicamentos Recetados por un Proveedor Hierbas/Medicamentos Sin Receta

- ¿Está recibiendo alguno de los siguientes servicios a largo plazo?
☐ Cuidado domiciliario por una enfermera ☐ Cuidado personal ☐ CDPAS ☐ Enfermería privada
☐ Cuidado diario para adultos ☐ Otro: _____
- ¿Fuma? ☐ Sí ☐ No De responder **Sí**, ¿desea ayuda para dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene la hepatitis C? ☐ Sí ☐ No

9. Por favor marque cada condición médica o problema médico permanente para el cual está recibiendo tratamiento.

Si indicó algún problema, ¿ha recibido atención en la sala de emergencia o ha sido internado en el hospital dentro del último año por esta condición?

☐ Embarazo (embarazada ahora)	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas cardíacos	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Hipertensión	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Diabetes	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Asma	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Emfisema o COPD	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (TIA)	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Cáncer (indique la parte del cuerpo afectada)	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas renales	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Depresión-tristeza, ansiedad o ataques de pánico que duran más de dos semanas	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas con drogas o alcohol	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas de colesterol elevado	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Convulsiones	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Tuberculosis (TB)	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas de la tiroides	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Enfermedad de la Sangre tal como la anemia de células falciformes	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas de la vista	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Problemas auditivos	☐ Sí ¿Cuántas veces?
☐ Otro, por favor explique:	☐ Sí ¿Cuántas veces?

10. Por favor cuéntenos de cualquier otro problema o déjenos saber de alguna pregunta con la que necesite ayuda.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Gracias por tomarse un momento para completar esta Encuesta sobre su Salud. Esperamos poderle asistir a usted y a su familia con sus necesidades de cuidado de salud. Por favor devuelva su Encuesta de Salud completa a:
ATTN: MEDICAID DEPARTMENT, MVP HEALTH CARE, 625 STATE ST, SCHENECTADY NY 12305-2111.

Aviso de Prácticas de Privacidad

MVP Health Plan, Inc.
MVP Health Services Corp.
MVP Health Insurance Company

Fecha de Entrada en Vigor

Este Aviso de las Prácticas de Privacidad entró en vigor el 1 de abril de 2014 y fue revisado el 13 de febrero de 2026.

Este aviso describe de qué manera se podría usar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a esta información. Revíselo atentamente.

MVP Health Plan, Inc., MVP Health Services Corp., y MVP Health Insurance Company (en conjunto, “MVP” o “nosotros”) respetan la confidencialidad de su información de salud y protegerán su información de una manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le proporcionemos este aviso de nuestras prácticas de privacidad y obligaciones legales y que cumplamos los términos de este aviso.

En cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y las leyes y reglamentos estatales respecto de la confidencialidad de la información de salud, MVP proporciona este aviso para explicar de qué manera podemos usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo pagos y operaciones de atención médica y otros propósitos permitidos o exigidos por ley. Se define la información de salud como la inscripción, la elegibilidad, el beneficio, las reclamaciones, y cualquier otra información que se relacione con su salud física o mental, pasada presente, o futura.

Los términos y condiciones de este aviso de privacidad complementan cualquier otra comunicación, políticas o avisos que MVP puede haber proporcionado con respecto a su información de salud. Si surge un conflicto entre este aviso y cualquier otra comunicación, políticas o avisos de MVP, prevalecerán los términos y condiciones de este aviso.

Obligaciones de MVP en Relación con Su Información de Salud

La ley exige que MVP:

- Mantenga la privacidad de la información acerca de su salud en todas las formas, incluidas verbal, escrita, y electrónica
- Capacite a todos los empleados de MVP en la protección de información médica protegida (protected health information, PHI) verbal, escrita, y electrónica
- Limite el acceso a las instalaciones físicas y sistemas de información de MVP al mínimo necesario requerido para proporcionar los servicios
- Mantenga protecciones físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplan con los reglamentos federales y estatales para proteger la PHI
- Le notifiquen a usted si ocurre una violación de información de salud no segura
- Le proporcione este aviso de nuestras obligaciones legales y las reglas de privacidad de la información de salud
- Cumpla los términos de este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, de acuerdo con la ley aplicable y de hacer que esos cambios sean efectivos para la información de salud que ya tenemos acerca de usted. Una vez revisado, le informaremos que se ha actualizado el aviso, le proporcionaremos información acerca de cómo obtener el aviso actualizado y lo publicaremos en **mvphealthcare.com**.

Cómo Usamos o Divulgamos Su Información de Salud

Como afiliado, usted acepta permitir que MVP comparta información acerca de usted para operaciones de tratamiento, pagos, y atención médica. Las siguientes son las maneras en las que podemos usar o divulgar su información de salud.

Para Tratamiento

Podemos compartir su información de salud con un médico u otro proveedor de atención médica a fin de que ellos le proporcionen tratamiento.

Para Pago

Podemos usar y/o divulgar su información de salud para cobrar pagos de primas, determinar la cobertura de beneficios o proporcionar pagos a proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento en su nombre.

Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar o divulgar su información de salud para operaciones de atención médica que son necesarias para permitirnos disponer la provisión de beneficios de salud, el pago de reclamaciones médicas y asegurar que nuestros afiliados reciban un servicio de calidad. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejoras (incluidas, p. ej., encuestas), manejo de Casos y coordinación de la atención, autorizaciones, acreditaciones, aseguramiento, clasificaciones de primas, detección de fraude y abuso, revisión médica, y servicios legales. No usaremos ni divulgaremos su información de salud que sea información genética con fines de aseguramiento. También usamos y divulgamos su información

de salud para asistir a otros profesionales de atención médica para llevar a cabo determinadas operaciones de atención médica para dichos proveedores de atención médica, como evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia y cualificaciones de proveedores de atención médica y llevar adelante detección o investigación de fraude, siempre que la información usada o divulgada pertenezca a la relación que usted tuvo o tiene con el proveedor de atención médica.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud

Podemos usar o divulgar su información de salud para informarle acerca de tratamientos médicos y programas alternativos o acerca de productos y servicios relacionados con la salud que le pueden interesar.

Divulgaciones a un Asociado Comercial

Podemos divulgar su información de salud a otras compañías que llevan a cabo determinadas funciones en nuestro nombre. A estas compañías se las denomina Asociados Comerciales. Estos Asociados Comerciales deben aceptar por escrito proteger su privacidad y seguir las mismas reglas que seguimos nosotros.

Divulgaciones a un Patrocinador del Plan

Podemos divulgar información limitada al patrocinador del plan de su plan de salud grupal (habitualmente su empleador) para que el patrocinador del plan pueda obtener ofertas sobre primas, modificar, enmendar, o terminar su plan de salud grupal y realizar funciones de inscripción en su nombre.

Divulgaciones al Representante Externo

Podemos divulgar a un Representante Externo (miembro de la familia, pariente, amigo, etc.) información de salud que es directamente relevante a la participación de esa persona con su atención o pago de atención, si razonablemente podemos suponer que la persona participa en su atención o el pago de su atención y usted no se opondría.

Divulgaciones a una Aplicación de Terceros

Puede permitirle a MVP que comparta información específica que tiene sobre usted, incluida información sobre su salud, a través de una aplicación de terceros de su elección. De ser así, MVP puede divulgar su información a una o más aplicaciones de terceros según usted lo permita.

Comunicaciones por Correo Electrónico o por Teléfono

Usted acepta que podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o por teléfono, incluidos mensajes de texto, en relación con las primas del seguro o con otros fines relacionados con sus beneficios, reclamaciones, o nuestros productos/servicios, según lo permitido por las leyes aplicables. Su aceptación incluye el consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto de nuestra parte, en la medida en que dicho consentimiento sea exigido o permitido por las leyes aplicables, según la Ley de Protección de Usuarios Telefónicos. Además, usted comprende que dichas comunicaciones (que utilizan software de cifrado para nuestras transmisiones por correo electrónico u otros controles de seguridad para las llamadas telefónicas y los mensajes de texto) pueden contener información confidencial, información de salud protegida o información de identificación personal.

Divulgaciones Que Usted Autoriza

Con la excepción de los escenarios descritos en este aviso, la HIPAA prohíbe la divulgación de su información de salud sin obtener primero su autorización. MVP no usará ni divulgará su información de salud para participar en mercadeo, fuera de las comunicaciones personales, la oferta de un regalo promocional, o según lo establecido en este aviso, a menos que usted haya autorizado dicho uso o divulgación. MVP no usará ni divulgará su información de salud por otros motivos, fuera de los descritos arriba, a menos que usted haya proporcionado la autorización. Podemos aceptar una forma de *Autorización para Divulgar Información* si usted quisiera que

compartamos su información de salud con alguna persona por un motivo no mencionado arriba. Con esta forma, puede designar con quién querría que compartamos información, qué información querría que compartamos y por cuánto tiempo quiere que podamos compartir su información con esa persona. Puede disponer de una copia de este formulario llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Or visite **mvphealthcare.com/ADI**. Debe completar este formulario y devolverlo a MVP por correo o fax. Puede cancelar esta Autorización en todo momento por escrito y de acuerdo con los requisitos en el formulario.

Información sobre el tratamiento del SUD

Alguna de la información que recibimos puede estar protegida por la ley federal Título 42, Parte 2 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) ("Parte 2"). La Parte 2 proporciona protecciones de privacidad adicionales para la información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (substance use disorder, SUD) y puede prohibir o limitar ciertos usos y divulgaciones que de otro modo estarían permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esto significa que, en algunas situaciones, es posible que debamos seguir la Parte 2 antes de poder usar o compartir su información, incluso para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un Programa de la Parte 2 a través de un consentimiento general que usted proporciona a ese Programa, podemos usar y divulgar su registro del Programa de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permitido por la Parte 2 y según lo descrito en este aviso. Si recibimos o mantenemos su registro del Programa de la Parte 2 a través del consentimiento específico que nos proporciona o que le otorga a otra parte que autoriza la divulgación, usaremos y divulgaremos su registro del Programa de la Parte

2 solo según lo permitido por los términos de ese consentimiento y de conformidad con la Parte 2.

En ningún caso usaremos o divulgaremos su registro del Programa de la Parte 2, o testimonio que describa la información incluida en su registro del Programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por cualquier autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o la orden de un tribunal después de que le proporcione aviso de la orden judicial.

Divulgaciones a Padres (u Otros Representantes de Terceros) de Menores

MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas.

Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o uso de sustancias, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal, o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de *Autorización de Divulgación de Información* en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre, tutor, o representante de terceros. Tenga en cuenta que MVP siempre puede compartir información sobre beneficios/elegibilidad/costos compartidos con un suscriptor para sus dependientes.

La información que divulguemos de acuerdo con la HIPAA puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.

Para descargar el formulario de *Autorización de Divulgación de Información*, visite **mvphealthcare.com/ADI**. También puede llamar al número de teléfono del Centro de Servicios a

los Afiliados de MVP que aparece al dorso de su tarjeta de ID de Afiliado de MVP (TTY 711).

Situaciones de Uso y Divulgación Especiales

En determinadas circunstancias, según lo exigido por la ley, MVP podría tener que compartir su información sin su permiso. Algunas de esas circunstancias incluyen lo siguiente:

Usos y Divulgaciones Exigidos por Ley

Podemos usar y divulgar información de salud acerca de usted cuando nos lo exigen las leyes federales, estatales, o locales.

Salud Pública

Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, información de nacimientos o muertes o información sobre medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a las personas de retiro de productos que hayan estado usando.

Supervisión de Salud

Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud que monitorea el sistema de atención médica y programas de gobierno para actividades de supervisión designadas.

Procedimientos Legales

Podemos divulgar su información de salud en el curso de un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un juzgado o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada y, en determinadas situaciones, en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal).

Aplicación de la Ley

Podemos divulgar su información de salud en tanto se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley.

Abuso o Abandono

Podemos divulgar su información de salud a una autoridad sanitaria pública u otra autoridad del gobierno autorizada por la ley a recibir informes sobre abuso infantil, abandono, o violencia doméstica de acuerdo con los requisitos de leyes federales y estatales aplicables.

Médicos Forenses, Directores de Funerarias, y Donación de Órganos

Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o médico legista para identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorice la ley. Podemos divulgar su información de salud también a directores de funerarias según la necesiten para llevar a cabo sus tareas. Si usted es donante de órganos, podemos liberar su información de salud para adquisición, bancos, o trasplantes.

Propósitos de Investigación

En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud para fines de investigación.

Actividad Criminal

Podemos divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a la salud y la seguridad de una persona o del público.

Actividad Militar

Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados si usted es miembro del ejército (o veterano del ejército).

Seguridad Nacional

Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional, inteligencia, y permitirles proporcionar servicios de protección al Presidente y otros.

Compensación de los Trabajadores

Podemos divulgar su información de salud según se autorice para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.

¿Cuáles Son Sus Derechos?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud. Mediante la Información de Contacto abajo pueden hacerse solicitudes de restricciones, comunicaciones confidenciales, explicación de divulgaciones, enmiendas a su información de salud, para inspecciones o copiar su información de salud, o preguntas acerca de este aviso.

Derecho a Solicitar Restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información de salud que divulgamos para pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información que divulgamos acerca de su salud a una persona que participa en su atención o el pago de su atención, como un miembro de la familia, pariente o amigo. Si bien trataremos de cumplir con su solicitud, no estamos legalmente obligados a aceptar restricciones o limitaciones. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud o limitaciones, excepto en situaciones de emergencia.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud de determinada manera o en una ubicación determinada si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Requeriremos el motivo para la solicitud y nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables.

Derecho a una Explicación de las Divulgaciones

Tiene derecho a solicitar una explicación de divulgaciones de su información de salud que hayamos hecho, fuera las necesarias para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, divulgaciones hechas a usted o que usted autorizó, o en determinadas otras situaciones.

Derecho a Inspeccionar y Obtener Copias de Su Información de Salud

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de determinada información de salud que mantenemos. En limitadas circunstancias, podemos denegar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud. Si denegamos su solicitud, le notificaremos por escrito los motivos para la negación y, si corresponde, el derecho que tiene a que se revise la negación.

Derecho o Enmendar

Si siente que la información de salud que mantenemos acerca de usted está incompleta o es inexacta, puede pedirnos que enmendemos la información. En determinadas circunstancias podemos negar su solicitud. Si negamos la solicitud, le explicaremos sus derechos de presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Si aprobamos su solicitud, incluiremos el cambio en su información de salud e informaremos a otros que necesiten conocer sus cambios.

Derecho a una Copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Tiene derecho a obtener una copia de este aviso en cualquier momento. También puede ver este aviso en **mvphealthcare.com/privacy-notice**.

Ejerciendo Sus Derechos

A menos que nos proporcione una autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos su información de salud de ninguna manera que no esté cubierta por este aviso. Si usted nos autoriza por escrito a usar o divulgar su información de salud de una manera distinta a la descrita en este aviso, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para los motivos que cubre su autorización; sin embargo, no daremos marcha atrás en ningún uso o divulgación ya realizados en función de su autorización antes de que fuera revocada.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en todo momento. También puede ver este aviso en **mvphealthcare.com/privacy-notice**.

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con un Representante de Atención a los Afiliados de MVP en la dirección o números de teléfono indicado en la **Información de Contacto** al final de este aviso.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las reclamaciones presentadas directamente ante la Secretaría deben (1) ser por escrito; (2) contener el nombre de la entidad contra la cual se registra la reclamación; (3) describir los problemas relevantes; y (4) presentarse dentro de los 180 días del momento cuando se enteró o debió haberse enterado del problema. Le proporcionaremos esta dirección si la solicita.

No Implementaremos Ninguna Acción en Su Contra por Presentar una Queja

No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja de buena fe ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Respaldamos sus derechos a la privacidad de su información médica.

Información de Contacto

Si tiene preguntas o desea solicitar este aviso en un idioma o formato alternativo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que aparece a continuación. El número de teléfono también está en la parte trasera o en su tarjeta de ID de Afiliado de MVP para su conveniencia.

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare

Del 1 de octubre al 31 de marzo, llame los siete días de la semana 8 am a 8 pm Hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llamada de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm Hora del Este.

1-800-665-7924 (TTY 711)

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP

Lunes–viernes, de 8 am a 6 pm Hora del Este.

**Afiliados de MVP Medicaid, Child Health Plus, y
MVP Harmonious Health Care Plan®**

1-800-852-7826 (TTY 711)

Afiliados de MVP DualAccess (D-SNP)

1-866-954-1872 (TTY 711)

Todos los Otros Afiliados de MVP

1-888-687-6277 (TTY 711)

Envíe todas las comunicaciones escritas a:

MVP CUSTOMER CARE CENTER

625 STATE STREET

SCHENECTADY NY 12305

Ayúdenos a Combatir el Fraude de Seguros

En MVP Health Care[®], estamos comprometidos a brindar acceso a atención médica asequible y de la más alta calidad. Es por eso que somos inflexibles ante el fraude.

Unidad de Investigaciones Especiales de MVP

Cada año, se gastan miles de millones de dólares en reclamaciones fraudulentas en todo el sector de los seguros, lo que deriva en un aumento de los costos y gastos. La Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit, SIU) de MVP se ocupa exclusivamente de situaciones relacionadas con posibles fraudes, desperdicios y abusos. La SIU trabaja estrechamente con las agencias federales y estatales responsables de identificar e investigar posibles fraudes, desperdicios o abusos de seguros, así como con nuestros muchos proveedores y otras compañías de seguros.

El Fraude de Seguros es Más Frecuente de lo Que Se Puede Imaginar

Las formas comunes incluyen:

- Un proveedor de atención médica le factura servicios que nunca recibió
- Los pagos se realizan por servicios previamente cubiertos por otra compañía de seguros
- Los pagos se realizan a alguien que no era un suscriptor o dependiente elegible
- Alguien utiliza su tarjeta de ID de afiliado de MVP para obtener atención médica, suministros o equipos

Cómo Puede Audar

Si sospecha de fraude en el seguro, debe informarlo de inmediato. Comuníquese con la Unidad de Investigaciones Especiales de MVP al **1-877-TELL-MVP** (1-877-835-5687). Se respetará su privacidad y cualquier información que proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad.

Si desea realizar una denuncia anónima, llame EthicsPoint al **1-888-357-2687**.

Comuníquese con Nosotros

Si tiene preguntas, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP lunes–viernes, 8 am–6 pm, hora del este.

Afiliados de Medicaid y Child Health Plus

1-800-852-7826 (TTY 711)

Afiliados de MVP Harmonious Health Care Plan[®]

1-844-946-8002 (TTY 711)



Política de Información Financiera Personal No Pública

MVP Health Plan, Inc. (excepto para los productos de Medicare Advantage), MVP Health Services Corp., y MVP Health Insurance Company (colectivamente “MVP”).

Su Privacidad es Importante para MVP

MVP está comprometido a salvaguardar su información. Deseamos que comprenda qué tipo de información podremos recaudar y cómo podremos divulgar dicha información. Esta Política de Información Financiera Personal No Pública (la “Política”) explica la recaudación, uso, retención y seguridad de información personal no pública tal como: su número de seguro social, su historial de pagos, su fecha de nacimiento y su estado como afiliado de MVP.

Cómo recauda la información MVP.

Recaudamos la información financiera personal no pública suya de las siguientes fuentes:

- Sus solicitudes y otros formularios;
- Las transacciones que haga con nosotros, nuestros afiliados, y otros; y
- Las agencias de informes de los consumidores, en algunos casos.

La divulgación de su información. No divulgamos ninguna información financiera personal no pública sobre nuestros afiliados o antiguos afiliados a nadie, excepto dentro de lo permitido por la ley. Podremos divulgar la siguiente información a aquellas compañías que lleven a cabo servicios de mercadeo en nuestro nombre a otras compañías con las que hemos suscrito acuerdos conjuntos de mercadeo:

- Información que recibamos de parte suya en las solicitudes u otros formularios, tales como su nombre, dirección o estado como afiliado de MVP;
- Información sobre las transacciones que haga con nosotros, nuestros afiliados u otros, tales como la cobertura de su plan de salud, sus primas, y su historial de pagos.

Nuestros antiguos afiliados. Aunque haya dejado de ser afiliado de MVP, nuestra Política se seguirá aplicando en su caso.

Nuestras prácticas de seguridad y la precisión de la información. También tomamos medidas para salvaguardar la información de los afiliados. Restringimos el acceso a la información financiera personal no pública de nuestros afiliados a aquellos empleados de MVP que necesiten saber esa información en el desempeño de sus responsabilidades laborales. Mantenemos salvaguardias físicas, electrónicas y de procedimiento que cumplen con los estándares federales y estatales para proteger la información de los afiliados. También contamos con controles internos para mantener la información de los afiliados lo más precisa y completa que podamos. Si usted opina que alguna información suya no sea exacta, por favor infórmenos al respecto.

Otra Información

Esta Política se aplica a los productos y servicios que sean comprados u obtenidos de MVP. Nos reservamos el derecho de cambiar esta política y cualquiera de las políticas descritas anteriormente, en cualquier momento. Los ejemplos contenidos en esta política son ilustraciones; no se pretende con ellos ser exclusivo ni exhaustivo.

Información de Contacto

Los afiliados pueden obtener una copia de nuestro Aviso de Privacidad visitando **mvphealthcare.com/notices** y seleccionando *Privacy Notices* (Aviso de Privacidad), o llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-888-687-6277** (TTY 711).