



Éste es el momento
de unirse a un
plan de salud

Una guía para los
habitantes de
Nueva York que
tienen Medicaid



Cómo comenzar

¡Elegir su plan de salud y su doctor es importante y es fácil! Lo mejor de todo, es que usted tendrá un plan y un equipo de doctores para ayudarle a cuidar bien de su salud. Comencemos respondiendo algunas de las preguntas que posiblemente usted tenga.

¿Toda la gente se une a un plan de salud?

La mayoría de las personas deben unirse a un plan. Algunas personas tienen algún motivo especial para conservar Medicaid regular. Por favor lea la sección “Quién conserva Medicaid regular”.

¿Cuándo debería unirme?

¡Lo mejor es unirse inmediatamente! Por favor únase a más tardar el día indicado en su carta de inscripción. Si no es así, el estado de Nueva York elegirá un plan para usted.

¿Y si mi condado ofrece un plan de salud?

Usted será inscrito en ese plan, pero es igualmente importante que usted elija a su doctor, así que por favor comuníquese con nosotros.

¿Necesita ayuda?

¡No hay problema!

¡Su trabajador de cuidados administrados de su oficina local de Servicios sociales o un consejero de Medicaid Choice le ayudará gustoso!



Tabla de contenido

- 2 Cómo unirse a un plan de salud
- 4 Servicios del plan de salud
- 10 Planes para necesidades especiales del VIH
- 10 Health and Recovery Plans (Planes de salud y recuperación)
- 11 Quién conserva Medicaid regular

New York Medicaid Choice

Pregunte. Elija. Inscríbase.

1-800-505-5678

TTY: 1-888-329-1541

de lunes a viernes, de 8:30 am a 8:00 pm

los sábados, de 10:00 am a 6:00 pm

Visítenos en [nymedicaidchoice.com](https://www.nymedicaidchoice.com)

Programa de inscripción de cuidados administrados de New York State Medicaid.



Cómo unirse a un plan de salud

Un plan de salud le proporcionará cuidado trabajando con un grupo (red) de doctores, clínicas, hospitales y farmacias.

Usted elegirá uno de los doctores del plan de salud como su **doctor personal (PCP)**. Usted verá a su **PCP** y los demás doctores del plan, para recibir la mayor parte de su cuidado.

Consejos útiles al seleccionar un plan

1. Lea la lista de planes de salud y luego llame a New York Medicaid Choice o a su trabajador de cuidados administrados de su oficina local de Servicios sociales.
2. Haga preguntas, como las de la página siguiente. Estas preguntas le ayudarán a comparar los planes de salud y a concentrar sus opciones.

¿“Qué plan de salud...?”

- trabaja con los doctores que veo ahora?
- tiene médicos más cercanos a donde vivo o trabajo?
- tiene médicos que hablan mi idioma?
- trabaja con la clínica, hospital o farmacia que yo quiera usar?
- ofrece servicios a personas con el VIH?
(Lea la página 10)
- ofrece servicios para ayudar a las personas con problemas de salud mental o problemas por consumo de sustancias?
(Lea la página 10)

Para obtener respuestas a sus preguntas o para inscribirse, hable con su consejero de Medicaid Choice o su trabajador de cuidados administrados de su oficina local de Servicios sociales.

Cómo inscribirse en un plan

Hay tres 3 maneras fáciles de inscribirse (unirse a un plan de salud)

- **Por teléfono**

Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** (TTY: 1-888-329-1541).

- **En internet**

Vaya a nymedicaidchoice.com y haga clic en “Enroll”.

- **Por correo**

Llene y devuelva por correo el formulario de Selección de plan de salud.

Antes de seleccionar un PCP nuevo, llame al consultorio del doctor para averiguar si acepta pacientes nuevos.



Servicios del plan de salud

Sus primeros 90 días

Si su condado ofrece más de un plan de salud, usted tiene hasta 90 días, comenzando el primer día de inscripción, para decidir si usted se quedará con su plan de salud o si cambiará de plan. Después de este período de 90 días, usted deberá quedarse con el plan durante los nueve meses siguientes.

Nota: Algunas personas podrán cambiarse a un Plan para necesidades especiales del VIH o Health and Recovery Plan (Plan de salud y recuperación). Estas personas podrán cambiarse en cualquier momento. Comuníquese con New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 para obtener más información (Lea la página 10).

Servicios básicos:

- Visitas médicas y hospitalizaciones
- Chequeos regulares y vacunas
- Cuidado de emergencia
- Referidos para especialistas cuando sea necesario
- Medicinas recetadas
- Servicios de salud en su hogar; como asistentes de salud en el hogar y cuidado personal
- Otros servicios, como cuidados de la vista y dentales, equipo médico, audífonos, exámenes y orientación del VIH

Los planes de salud también proporcionan:

- Servicios de salud mental
- Servicios por consumo de sustancias
- Servicios de planificación familiar
Usted puede hablar con su plan de salud o con algún proveedor de Medicaid para estos servicios.

Servicios de farmacia

Usted puede ir a cualquier farmacia que acepte la tarjeta de su plan de salud.

Su plan le informará sobre el grupo de farmacias y la lista de medicamentos cubiertos (medicinas)

Servicios de hogar de cuidados para personas mayores

Los planes de salud cubren estadías a largo plazo para adultos en un hogar de cuidados para personas mayores. Su plan cubrirá supervisión médica, 24 horas de cuidados de enfermería, otros servicios y respaldo. Las estadías permanentes en un hogar de cuidados para personas mayores debe aprobarlas el Departamento local de servicios sociales.

Nota: Health and Recovery Plans no cubre estadías a largo plazo en un hogar de cuidados para personas mayores.

Sus doctores

Su PCP o su plan de salud estará a su disposición en cualquier momento del día o la noche. Su PCP le proveerá la mayoría de su cuidado y se familiarizará con sus necesidades médicas.

Referidos

Usted necesitará un referido de su PCP para ver a un especialista y para otros servicios. Usted puede obtener un referido permanente si ve algún especialista muy seguido.

No necesitará referidos de su PCP para los siguientes servicios:

- Cuidado de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de cuidado de la vista
- Servicios de salud mental
- Tratamiento por consumo de sustancias

Departamento de servicios al miembro

Todos los planes de salud tienen un Departamento de servicios al miembro, para responder sus preguntas y resolver cualquier problema con su doctor o su cuidado médico. Servicios al miembro ayudará a los miembros del plan de salud que necesiten adaptaciones especiales o respaldo adicional, como:

- Ayuda con sus citas de cuidado médico y formularios
- Consultorios médicos accesibles en sillas de ruedas o que tengan otras adaptaciones
- Folletos en letras grandes o en grabación de audio y servicios TTY para las personas con problemas para oír o hablar
- Servicios de administración de casos
- Servicios de cuidados de transición (Si su proveedor sale del plan de salud o usted cambia de plan de salud, su plan de salud trabajará para asegurarse de que no se interrumpan sus cuidados en curso).

Los miembros del plan de salud tienen ciertos derechos, como:

- Opciones de PCP
- Una cita a más tardar en 24 horas para cuidado de urgencias y de 48 a 72 horas para cuidado de rutina.
- Recibir una segunda opinión sobre ciertas condiciones médicas de otro proveedor de su plan
- Que toda la información sobre sus cuidados de salud sea confidencial
- Preguntar cuáles son los criterios de revisión clínica (normas médicas) que usa el plan para tomar decisiones sobre sus cuidados
- Presentar una queja ante el plan de salud, el Departamento de salud del estado o New York Medicaid Choice
- Pedir una audiencia imparcial si su plan ha rechazado, detenido o reducido tratamiento o servicios que a usted le parezca que debería recibir

Servicios restringidos

El mal uso de sus medicinas u otros servicios del plan no está permitido y esto limitará sus servicios a sólo ciertos proveedores y farmacias.

Usted recibirá un Manual del miembro que describe los servicios de su plan y un Directorio de Proveedores con la red de doctores, hospitales y farmacias que forman parte del plan.

Resolución de problemas

No dude en llamar al representante de Servicios al miembro si necesita ayuda para resolver algún problema con su doctor o los servicios.

También puede:

- Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** (Número de TTY: 1-888-329-1541) o a su trabajador de cuidados administrados de su oficina local de Servicios sociales
- Si usted solicitó a través del mercado de seguros de New York State of Health, llame al **1-855-355-5777**
- Llame a la línea de quejas del Departamento estatal de salud al **1-800-206-8125** de lunes a viernes, de 8:30 am a 4:30 pm
- **Pida una audiencia imparcial**
Pida una audiencia imparcial si le parece que una decisión sobre sus beneficios de Medicaid o su inscripción al plan de salud es la equivocada o está tomando demasiado tiempo. Si su plan de salud deniega, detiene o reduce servicios cubiertos que a usted le parece que debería recibir, el manual del miembro de su plan de salud explica cómo puede pedir que el plan revise su caso y pedir una audiencia imparcial

Planes de salud para necesidades especiales

Plan para necesidades especiales del VIH

Un Plan para necesidades especiales del VIH (SNP del VIH) es un plan de salud de Medicaid que ofrece servicios para adultos que viven con el VIH, o que son transexuales o que son considerados como sin hogar. Sus hijos dependientes también pueden inscribirse en un SNP del VIH con usted. Los SNP del VIH cubren todos los servicios básicos de cuidados de salud y servicios especializados importantes para las personas en riesgo o que viven con VIH o SIDA. Los médicos, enfermeras y otros proveedores que participan en un SNP del VIH entienden las necesidades de cuidados especiales de las personas que viven con el VIH o SIDA.

Health and Recovery Plans (Planes de salud y recuperación)

Health and Recovery Plan (HARP) es una opción de plan de salud para adultos que reciben servicios de salud mental o por consumo de sustancias. HARP ofrece el mismo conjunto de beneficios cubiertos por otros planes de salud. HARP también cubre respaldo y servicios adicionales que pueden ayudarle a encontrar empleo, vivienda u obtener otros servicios comunitarios. Hable con su especialista de salud mental u otro proveedor de cuidados sobre cómo inscribirse en HARP. También puede llamar a New York Medicaid Choice para obtener más información.

Quién conserva Medicaid regular

Algunos de los habitantes de New York tienen una situación especial que les permite quedarse en Medicaid regular. Ellos están exentos o excluidos de cuidados administrados de Medicaid. Si alguna de estas situaciones es aplicable a usted, por favor hable con su trabajador de cuidados administrados de su oficina local de Servicios sociales o con un consejero de Medicaid Choice para obtener más información.

Quién puede conservar Medicaid regular

- Personas que viven en instituciones para personas con discapacidades del desarrollo
- Los residentes de una institución Artículo 819 de tratamiento a largo plazo por consumo de alcohol o sustancias
- Personas que reciben tratamiento por alguna condición médica crónica por 6 meses o más de algún especialista de Medicaid con cuota por servicio que no está en un plan de salud de Medicaid. (El límite de esta exención es un período único de 6 meses)
- Adultos en programas de excepción:
Nursing Home Transition and Diversion (NHTD, Transición y distracción en hogares de cuidados para personas mayores),
Office of People with Developmental Disabilities (OPWDD, Oficina de personas con discapacidades del desarrollo),
Traumatic Brain Injury (TBI, Lesión cerebral traumática)

Indígenas americanos o nativos de Alaska

Los indígenas americanos o nativos de Alaska pueden unirse a un plan de salud o seguir usando su tarjeta de Medicaid para obtener servicios. Si se une a un plan de salud, usted puede obtener servicios del doctor de su plan o del centro de salud tribal local.

Quién debe quedarse en Medicaid regular

- Personas en un programa de hospicio al momento de su inscripción
- Niños o adultos que vivan en instituciones psiquiátricas estatales o de tratamiento residencial
- Personas que recibirán Medicaid solamente hasta después de gastar parte de su propio dinero en necesidades médicas (casos de reducción de costos)
- Personas con otros seguros de beneficios completos
- Bebés que vivan con sus madres en la cárcel o prisión
- Niños ciegos o discapacitados y que no vivan con sus padres durante 30 días o más
- Personas elegibles para el Programa de tratamiento contra el cáncer de Medicaid: de mama, del cuello del útero, colorectal y de próstata (MCTP)

New York Medicaid Choice es el programa de inscripción a cuidados administrados de Medicaid del estado de New York.

New York State of Health

El mercado oficial de planes de salud

New York State of Health es el mercado de planes de salud de Nueva York. Las personas pueden ir al mercado de seguros de salud para obtener seguro de salud de bajo costo o para saber si son elegibles para Medicaid u otros programas de salud.

Si usted ahora recibe Medicaid, no tiene que hacer nada en este momento, pero debería saber sobre NY State of Health.

Para obtener más información, vaya al sitio web www.nystateofhealth.ny.gov o llame al 1-855-355-5777.

**New York
Medicaid Choice**
Pregunte. Elija. Inscríbese.

1-800-505-5678

TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes, de 8:30 am a 8:00 pm
los sábados, de 10:00 am a 6:00 pm

Visítenos en nymedicaidchoice.com

**Este folleto está disponible en
CD y ediciones con letras grandes.**
Llame a New York Medicaid Choice al
1-800-505-5678.
para pedir una copia.
Para las personas que usan TTY:
1-888-329-1541.

Síguenos en:

health.ny.gov
facebook.com/NYSDOH
twitter.com/HealthNYGov
youtube.com/NYSDOH



**Department
of Health**