



Recursos importantes para los miembros

RECURSOS IMPORTANTES PARA LOS MIEMBROS DE EMBLEMHEALTH

En EmblemHealth, nos comprometemos a brindarle apoyo a todo su ser.

Una parte importante de ese compromiso es asegurarnos de que conozca todos los recursos que tiene a su disposición. Hemos recopilado detalles sobre las herramientas que pueden ayudarlo a recibir atención de la mejor calidad. Esto incluye:

Recursos para los miembros disponibles en nuestro sitio web	Página 1
Sus derechos de privacidad	Página 2
Sus derechos a una apelación externa (una evaluación externa e independiente) como miembro comercial o miembro de un plan de salud de calidad	Página 2
Sus derechos y responsabilidades como miembro	Página 3
¿Busca un médico u hospital? Hay directorios de proveedores disponibles	Página 3
Cómo usar su idioma de preferencia	Página 3
Transiciones de médicos a medida que su hijo crece	Página 3
¿Qué debe hacer si alcanza su límite de beneficios?.....	Página 4
Información sobre nuestros servicios de Control de la Atención	Página 4
Coordinación de su atención médica.....	Página 4
¿Qué es la Administración de Utilización?.....	Página 5
¿Cómo pueden las nuevas tecnologías médicas volverse un beneficio cubierto?	Página 5
Atención para que se mantenga saludable	Página 6

RECURSOS PARA LOS MIEMBROS DISPONIBLES EN NUESTRO SITIO WEB

¿Tiene preguntas sobre su cobertura? Puede encontrar información útil en emblemhealth.com, en cualquier momento, en cualquier lugar. Es posible que para acceder a parte de esta información deba iniciar sesión en su cuenta de miembro. Puede encontrar información importante, incluida la siguiente:

- Beneficios y servicios incluidos en la cobertura de su plan, y excluidos de esta.
- Procedimientos que se deben seguir para la cobertura de medicamentos con receta. También puede encontrar los medicamentos cubiertos del plan, incluso las restricciones y preferencias del plan, los gastos de bolsillo, las excepciones, las limitaciones, las listas de medicinas cubiertas e información sobre los sustitutos genéricos, los reemplazos de medicamentos y los protocolos del tratamiento escalonado.
- Información sobre medicamentos genéricos, sustitutos y otras medicinas alternativas de menor costo.
- Copagos y otros gastos que es posible que deba hacer por los servicios.
- Cómo imprimir una tarjeta de identificación temporal y solicitar una tarjeta de reemplazo permanente.
- Cómo obtener la información más actualizada sobre los proveedores médicos, médicos y centros que participan en EmblemHealth.
- Cómo cambiar su proveedor de atención primaria.
- Cómo presentar reclamaciones por los servicios cubiertos.
- Restricciones del beneficio que se aplican a los servicios obtenidos fuera del área de servicio o del sistema de la organización.
- Cómo obtener atención antes o después del horario de atención habitual.
- Cómo obtener servicios de atención primaria, incluidos puntos de acceso, atención de especialidad, servicios hospitalarios, cuidado de salud mental y servicios por consumo de sustancias.
- Cómo obtener atención y cobertura cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan.
- Cómo presentar una queja o una apelación que afecta negativamente su cobertura, sus beneficios o su relación con EmblemHealth. Puede hacerlo verbalmente o por escrito.
- Cómo obtener asistencia lingüística.
- Cómo obtener atención de emergencia y cuándo llamar al **911**.
- Cómo evaluamos la nueva tecnología médica para incluirla como beneficio cubierto.
- Cómo crear un registro de salud personal.
- Cómo realizar una evaluación de salud.
- Información sobre salud y bienestar, y programas de EmblemHealth.

Para obtener más información sobre las restricciones y preferencias de farmacia de su plan, inicie sesión en emblemhealth.com. También puede encontrar información pertinente sobre farmacias en los materiales para miembros, como el Manual del miembro, la Evidencia de Cobertura o el Kit de Bienvenida para miembros nuevos, y en la página web de la farmacia.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

EmblemHealth se compromete a garantizar que su información de salud se mantendrá de manera confidencial y segura. En nuestro Aviso de confidencialidad clínica, se explica cómo usamos su información y cuándo podemos compartirla. Este documento importante también le informa sobre sus derechos respecto de su información de salud y cómo puede ejercer estos derechos. Para obtener una copia, visite emblemhealth.com/privacy o llame al número del Servicio de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

SUS DERECHOS A UNA APELACIÓN EXTERNA COMO MIEMBRO COMERCIAL O MIEMBRO DE UN PLAN DE SALUD DE CALIDAD

Si no está de acuerdo con ciertas decisiones de cobertura, puede solicitar una apelación de parte de otra entidad que no sea EmblemHealth.

Usted tiene derecho a una apelación externa (una evaluación externa e independiente) cuando se le deniegan servicios de atención médica, debido a lo siguiente:

- No son médicamente necesarios.
- Son experimentales/de investigación.
- Se trata de un ensayo clínico.
- Se trata de un tratamiento para una enfermedad rara.
- Están fuera de la red, en ciertos casos.

Los proveedores también tienen sus propios derechos a una apelación externa cuando se deniegan estos servicios de atención médica en el momento en que se reciben (de manera simultánea) o después de haberse recibido (de manera retrospectiva). Las solicitudes de apelación externa deben presentarse ante el Departamento de Servicios Financieros (DFS) del Estado de Nueva York. El DFS designará a expertos médicos independientes para que evalúen la apelación.

Estos expertos médicos pueden anular la decisión del plan en su totalidad o en parte. O bien, pueden confirmar la denegación de cobertura del plan. La decisión es vinculante tanto para usted como para el plan.

Para apelar ante el DFS, primero debe solicitar una apelación interna a su plan. Tiene 180 días para solicitar una apelación interna de su plan después de recibir la Determinación adversa (denegación). Si confirmamos la denegación original, recibirá una carta que se denomina Determinación adversa final.

Después de recibir nuestra decisión adversa final sobre su apelación, tiene cuatro meses para solicitar una apelación externa. Si usted y su plan aceptan omitir el proceso de apelación, debe solicitar la apelación externa en un plazo de cuatro meses después del acuerdo con su plan.

Cuando emitamos una Determinación adversa final, recibirá instrucciones sobre cómo presentar una apelación externa junto con una solicitud de apelación externa.

Si tiene preguntas o si necesita ayuda con una solicitud de apelación externa, llame al DFS al **800-400-8882** o visite su sitio web en dfs.ny.gov.

Nota: El proceso de apelación externa del DFS no se aplica a Medicare, los empleados federales ni los miembros de los servicios administrativos únicamente (ASO). Es solo para miembros comerciales o del mercado de intercambio (plan de salud de calidad).

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Comprender sus derechos y responsabilidades como miembro le ayuda a aprovechar su plan al máximo. Por eso le pedimos que visite emblemhealth.com/resources y lea los Derechos y responsabilidades como miembro. Resumen lo que puede esperar de nosotros y lo que nosotros esperamos de usted. Cuando usted sabe más sobre sus derechos y responsabilidades como miembro de EmblemHealth, es más fácil para nosotros brindarle el mejor cuidado de salud posible. Usted también tiene el derecho de hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades como miembro de EmblemHealth.

¿BUSCA UN MÉDICO U HOSPITAL? HAY DIRECTORIOS DE PROVEEDORES DISPONIBLES

¿Necesita encontrar una farmacia de la red, un proveedor médico o un hospital cercano?

Nuestros directorios en línea se actualizan todos los días. Visite emblemhealth.com/findadoctor y siga los enlaces para buscar médicos, dentistas, farmacias y otros profesionales de atención médica en las listas más actualizadas.

En caso de que un médico o grupo decida jubilarse o ya no tenga un contrato con EmblemHealth, se lo notificaremos para que pueda elegir a un médico diferente.

Mientras busca a su nuevo médico, EmblemHealth puede continuar el tratamiento con su médico actual durante el período vigente de tratamiento activo o hasta 90 días calendario, el tiempo que sea menor, en caso de condiciones médicas crónicas o agudas, y en caso de una mujer embarazada en el segundo o tercer trimestre, durante el período de posparto.

CÓMO USAR SU IDIOMA DE PREFERENCIA

Cuando se comunique con EmblemHealth, díganos su idioma de preferencia para que podamos conectarlo con la línea de idiomas. La información escrita también está disponible en inglés, español, chino y en otros idiomas, incluido braille. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

También puede encontrar médicos, especialistas, dentistas, oftalmólogos y proveedores médicos de salud del comportamiento que pueden hablar con fluidez su idioma de preferencia.

Si necesita un directorio impreso o no puede encontrar la traducción en nuestro sitio web, comuníquese con el Departamento de Servicio de atención al cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

TRANSICIONES DE MÉDICOS A MEDIDA QUE SU HIJO CRECE

Cuando su hijo se convierte en adolescente, es momento de encontrar al médico adecuado para ayudar con la transición hacia la adultez. Las adolescentes embarazadas deben realizar una transición hacia obstetricia o ginecología.

Estamos aquí para ayudar.

Simplemente visite emblemhealth.com/findadoctor para ver una lista de médicos en nuestra red adecuados para las necesidades de su hijo en edad de crecimiento. Si tiene preguntas, llame al número del Servicio de atención al cliente que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro de su hijo y un representante con gusto le brindará ayuda.

¿QUÉ DEBE HACER SI ALCANZA SU LÍMITE DE BENEFICIOS?

Es posible que su plan tenga límites para ciertos beneficios. Si alcanza su límite de beneficios, pero aún necesita atención, le informaremos cómo acceder a otras opciones y recursos disponibles para continuar su atención, según sea adecuado.

Inicie sesión en su cuenta en emblemhealth.com/members para evaluar sus beneficios. También puede llamarnos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Un representante del Servicio de atención al cliente con gusto le brindará ayuda.

INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS SERVICIOS DE CONTROL DE LA ATENCIÓN

Tenemos recursos para ayudarle a controlar su salud, incluidas las necesidades que requieren mucha atención, como cáncer, embarazo de alto riesgo, diabetes, hipertensión arterial u otras necesidades complejas.

Nuestros trabajadores sociales y profesionales de enfermería registrados pueden ayudarle a ordenar sus opciones y asegurarse de que obtenga la atención adecuada. Están disponibles por teléfono y en los sitios de Médicos de AdvantageCare para lo siguiente:

- Ayudarle a entender su enfermedad o problema de salud.
- Trabajar con usted y sus médicos para coordinar su atención y servicios.
- Brindar orientación sobre cómo cuidarse.
- Conectarlo con servicios locales.

Para obtener más información, visite emblemhealth.com o llame al **800-447-0768 (TTY: 711)** y pregunte por los servicios de Control de la Atención. Su médico o especialista, la persona encargada de planificar el alta o un cuidador/miembro de la familia pueden referirlo al programa. Además, EmblemHealth puede llamarlo para ver si está interesado. Puede encontrar la ubicación de los Médicos de AdvantageCare en acpny.com. Siéntase libre de aceptar o rechazar la participación en el programa.

COORDINACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Es importante que los pacientes, médicos y planes de salud trabajen juntos para compartir la información. A veces, los problemas médicos y de salud del comportamiento están relacionados. Por ejemplo, es posible que una persona con diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también sufra de depresión, estrés o un trastorno por abuso de sustancias. Para obtener los mejores resultados, ponga a sus médicos al día sobre su salud física y mental.

Para ayudar a controlar su atención, realice lo siguiente:

- Haga una lista de las medicinas y los suplementos (por ejemplo, vitaminas) que toma o ha tomado en el pasado.
- Pídale a sus médicos que compartan información médica relevante entre ellos, incluidos los proveedores médicos de salud del comportamiento/mental. Comparta información sobre su hospital, cuidado de salud en el hogar, especialistas y otras visitas con su proveedor de atención primaria.

También les recordamos a nuestros médicos de la red que hablen entre sí y compartan información médica relacionada cuando usted lo solicite. Si está de acuerdo, podemos enviarles el plan de atención a sus médicos por usted. Para obtener ayuda, llame al número del Servicio de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿QUÉ ES LA ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención adecuada en el momento adecuado, en el lugar correcto. Tomamos las decisiones sobre los servicios de atención médica con la información e investigación médicas más recientes. Esto se denomina Administración de Utilización (UM). Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo siguiente:

- La toma de decisiones sobre la UM se basa solo en la pertinencia de la atención y los servicios, y en su cobertura actual.
- Nunca recompensamos a los médicos u otras personas que realizan evaluaciones de la UM por denegar cobertura de atención.
- Los incentivos económicos para las personas que toman las decisiones sobre la UM no fomentan decisiones que deriven en subutilización.

Si quiere hablar sobre una decisión de la UM, puede llamarnos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. También puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención y alguien se comunicará con usted en un plazo de 24 horas. Además, podemos coordinar para que un traductor le explique cierta información en su idioma de preferencia. El representante con el que hable se identificará para que sepa quién es y pueda solicitar volver a hablar con esta persona.

¿CÓMO PUEDEN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS VOLVERSE UN BENEFICIO CUBIERTO?

EmblemHealth se compromete a brindarles a los miembros acceso a atención médica actual, segura, adecuada y efectiva de acuerdo con el estándar profesional de atención en nuestra área de servicio. Esto incluye nuevos servicios y tecnologías en el campo de la medicina.

El Comité de Tecnologías y Bioética de EmblemHealth está compuesto por profesionales médicos y representantes del departamento de EmblemHealth. Estos evalúan y determinan cuándo las tecnologías consideradas anteriormente como experimentales y de investigación han llegado a satisfacer los estándares médicos generales. Este comité evalúa todos los recursos e información disponibles sobre una tecnología particular en desarrollo, y la compara con los criterios descritos en los contratos que EmblemHealth tiene con nuestros miembros y proveedores.

Después de que se aprueba la tecnología, puede incluirse como beneficio cubierto por algunos de nuestros planes. Si un médico solicita que se cubra una tecnología o procedimiento nuevo, evaluaremos dicho procedimiento o tecnología para determinar si debería estar cubierto.

ATENCIÓN PARA QUE SE MANTENGA SALUDABLE

Les ofrecemos a nuestros médicos las herramientas y los recursos para que brinden la mejor atención. Nuestra red es un grupo de profesionales y centros de atención médica que tienen un contrato con EmblemHealth. Le brindan los productos y servicios cubiertos.

Nuestro Programa de mejora de calidad puede ayudarle a lo siguiente:

- Aprender sobre su salud a través de materiales con información de salud con base científica en la que puede confiar.
- Recuperarse rápidamente o vivir bien con una enfermedad crónica a través de los programas de Control de la Atención. Estos programas le ayudan a ocuparse de afecciones como cáncer, depresión, diabetes, embarazo de alto riesgo, VIH/SIDA, hipertensión arterial y trasplantes de órganos.
- Conocer cómo EmblemHealth aborda la seguridad de los pacientes, sus necesidades culturales y lingüísticas, los servicios como salud del comportamiento, calidad y seguridad de la atención clínica, calidad del servicio y su experiencia.

Para obtener más información sobre nuestro Programa de mejora de calidad y su éxito, visite **emblemhealth.com**.

Sabemos que esta es mucha información. Si tiene preguntas, llámenos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Un representante del Servicio de atención al cliente con gusto le brindará ayuda.

Nos comprometemos a brindarle apoyo.



Y0026_202425_C

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.

20-9610PD 4/22