



An Anthem Company

# Manual para miembros

New York  
Managed Long-Term Care Program

1-800-950-7679 (TTY 711)

[www.empireblue.com/ny](http://www.empireblue.com/ny)



An Anthem Company

Estimado(a) miembro:

Bienvenido a Empire BlueCross BlueShield HealthPlus (Empire). Nos complace que haya seleccionado a Empire como su plan de cuidado administrado a largo plazo y confiamos en que estará muy satisfecho con su elección.

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de Empire en un plazo de 14 días después de su fecha efectiva de inscripción. Esta tarjeta le indicará la fecha de inicio de su afiliación a Empire. Revise la tarjeta de identificación inmediatamente. En caso de que alguna información no esté correcta, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta.

Tómese un tiempo para revisar su manual del miembro y el directorio de proveedores que recibió durante la visita a su casa del coordinador de cuidado.

Se le ha asignado su propio encargado de cuidado, que es una enfermera certificada. Su encargado de cuidado evaluará su condición y ajustará sus servicios para que satisfagan sus necesidades individuales.

Su encargado de cuidado también estará disponible para responder sus preguntas por teléfono y trabajará con sus proveedores para asegurarse de tener el cuidado adecuado en el momento adecuado. Para comunicarse con su encargado de cuidado, solo tiene que llamar a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

También tenemos una **24/7 NurseLine**. Puede llamar gratuitamente al 1-800-950-7679 para hablar con una enfermera después de horas laborales normales. Este servicio es **gratuito**.

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre Empire, el manual del miembro o el directorio de proveedores, o si necesita copias adicionales del manual o del directorio. Además, asegúrese de informarnos si su dirección cambia. También puede contarnos sus ideas o dudas.

Atentamente,

Departamento de Servicios al Miembro

[www.empireblue.com/ny](http://www.empireblue.com/ny)

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus es el nombre comercial de HealthPlus HP, LLC, licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

**Empire BlueCross BlueShield HealthPlus**  
**Plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo**  
21 Penn Plaza, 360 W. 31st St., Fifth Floor • New York, NY 10001  
1-800-300-8181 (TTY 711)  
[www.empireblue.com/ny](http://www.empireblue.com/ny)

**ÍNDICE**

<b>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL MIEMBRO .....</b>	<b>1</b>
<b>BIENVENIDO AL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO DE EMPIRE ..</b>	<b>1</b>
Cómo usar este manual.....	1
Cómo funciona el cuidado administrado a largo plazo .....	1
El plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire es especial .....	2
Su privacidad es importante para Empire.....	2
Información importante sobre directivas anticipadas .....	2
<b>CÓMO UNIRSE A EMPIRE .....</b>	<b>3</b>
Criterios de inscripción.....	4
El proceso de inscripción.....	4
Cómo obtener información .....	5
La evaluación de elegibilidad para inscripción .....	5
Denegación de inscripción.....	6
<b>SU EQUIPO DE CUIDADO.....</b>	<b>7</b>
Encargado de cuidado.....	7
Enfermera de reevaluación .....	8
Departamento de salud del comportamiento de Empire.....	8
<b>CÓMO OBTENER AYUDA .....</b>	<b>8</b>
Departamento de Servicios al Miembro .....	8
24/7 NurseLine/Asistencia fuera de horas laborales .....	9
Servicios de intérpretes.....	9
Servicios para miembros con problemas visuales .....	9
Servicios para miembros con problemas auditivos .....	9
Manténganos informados .....	9
Ayude a mejorar las políticas del plan.....	10
Su tarjeta de identificación .....	10
<b>SUS BENEFICIOS DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO.....</b>	<b>10</b>
Servicios cubiertos.....	11
Servicios coordinados.....	11
Cómo obtener servicios cubiertos.....	12
Coordinación de servicios .....	16
Desarrollo y monitoreo del plan de cuidado.....	16
Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales .....	16
¿Cómo hago solicitudes de servicios? .....	16
Revisión acelerada .....	17
Autorización previa (nuevos servicios) .....	17
Revisión concurrente (más de los mismos servicios) .....	17
Extensiones en la revisión de solicitudes.....	18

Aprobaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente.....	18
Denegaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente.....	18
<b>SELECCIÓN DE PROVEEDORES.....</b>	<b>18</b>
Elección de sus propios médicos de cuidado primario.....	18
Selección de proveedores para servicios cubiertos .....	18
Afectación en miembros con cobertura de Medicare .....	18
Cambio de proveedor(es) .....	19
Cuidado de emergencia .....	19
Definición de una emergencia .....	19
Después de una emergencia.....	20
Si está hospitalizado .....	20
Cuidado de transición, fuera de la red y fuera del área .....	20
Cuidado de transición .....	20
Cuidado fuera de la red.....	20
Si está dejando el área de servicio de Empire.....	20
Cuidado de emergencia fuera del área.....	21
<b>CÓMO ATENDEMOS SUS PROBLEMAS E INQUIETUDES .....</b>	<b>21</b>
Reclamos y quejas .....	21
¿Qué es una queja? .....	21
El proceso de queja.....	21
¿Cómo apelo la decisión de una queja?.....	22
Acciones y apelaciones de acciones .....	22
¿Qué es una acción?.....	22
Tiempos de la notificación de acción .....	23
Contenido de la notificación de acción.....	23
¿Cómo presento la apelación de una acción? .....	23
¿Cómo contacto a Empire para presentar una apelación? .....	23
Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación .....	24
¿Cuánto tiempo le tomará a Empire para decidir mi apelación de una acción? .....	24
Proceso de apelación acelerada .....	25
Si Empire deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer? .....	25
Audiencias imparciales del estado.....	25
Apelaciones externas del estado.....	26
<b>SI DESEA CANCELAR SU INSCRIPCIÓN (CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA) .....</b>	<b>26</b>
Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria) .....	27
<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE EMPIRE.....</b>	<b>28</b>
<b>FINANCIAMIENTO Y PAGO DE EMPIRE.....</b>	<b>29</b>
Pago de proveedores de la red por parte de Empire .....	29
Si tiene un excedente de Medicaid .....	29
Información que Empire proveerá a petición .....	30
<b>NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES PARA EL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO DE EMPIRE .....</b>	<b>31</b>
<b>NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA .....</b>	<b>32</b>

## **Bienvenido al plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire**

Nos complace que haya seleccionado a Empire como su plan de cuidado administrado a largo plazo. Queremos estar seguros de que sus necesidades sean satisfechas adecuadamente y que cualquier pregunta sea respondida con prontitud. Los especialistas de inscripción y encargados de cuidado de Empire, experimentados en la atención a personas con enfermedades crónicas, trabajarán estrechamente con usted, sus apoyos informales y sus médicos para ayudar a desarrollar un plan de cuidado que abordará efectivamente sus necesidades individuales.

**Si tiene alguna pregunta o duda, o quiere hablar con cualquier miembro del personal de Empire, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.**

Un representante lo conectará con gusto con la persona adecuada para responder todas sus preguntas. Una vez más, le agradecemos por seleccionar a Empire como su plan de cuidado administrado a largo plazo. Confiamos en que usted estará muy satisfecho con su elección.

### **Cómo usar este manual**

Use este manual del miembro como recurso importante para obtener información sobre Empire. Este manual del miembro es suministrado a cada miembro del plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire. La información contenida en este manual del miembro, junto con cualquier adjunto o cambio, es el contrato total entre el miembro y Empire. Al inscribirse, los miembros aceptan los términos y condiciones de la afiliación según lo descrito en este manual del miembro. Este contrato describe los derechos y responsabilidades de los miembros en relación con el recibo de beneficios cubiertos y los pasos que puede tomar con el fin de que Empire funcione adecuadamente para usted.

Conserve este manual en un lugar conveniente para referencia futura. Si no puede encontrar la información que está buscando, o necesita información o ayuda adicional, nuestro departamento de Servicios al Miembro está a su disposición para ayudarlo. El departamento de Servicios al Miembro lo pondrá en contacto con su encargado de cuidado. Para contactar a Servicios al Miembro, use el número siguiente:

**Servicios al miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m. – 5:00 p.m.

**Después del horario normal de funcionamiento, su llamada será transferida automáticamente a la 24/7 NurseLine.**

### **Cómo funciona el cuidado administrado a largo plazo**

Un plan de cuidado administrado a largo plazo, es un ente que recibe financiamiento de Medicaid para organizar, coordinar y pagar por servicios de cuidado de la salud y a largo plazo para personas con enfermedades crónicas y/o que tienen discapacidades.

Empire ha sido aprobada por el Departamento de Salud del Estado de New York para ofrecerle cuidado administrado a largo plazo. A través de Empire, recibirá coordinación de servicios médicos, especializados y de base domiciliaria y comunitaria para ayudar a mantener o mejorar su calidad de

vida y su salud en general, a pesar de las enfermedades crónicas. Mediante nuestra coordinación y supervisión, lo ayudaremos a vivir plena y seguramente en su casa y/o comunidad el mayor tiempo posible.

Como miembro de Empire, también recibirá:

- Un encargado de cuidado, una enfermera certificada que ayudará a garantizar que usted reciba cuidado adecuado y oportuno para satisfacer sus necesidades específicas
- Una enfermera de reevaluación, una RN que lo visitará a su casa para evaluar sus necesidades
- Un plan de cuidado personalizado que usted, el encargado de cuidado y su médico de cuidado primario diseñen justo para usted
- Amplias opciones en proveedores que ofrecen sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo
- Acceso a la NurseLine de Empire las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder sus preguntas

### **El plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire es especial**

Empire fue establecida a principios de la década de 1990 y es una de las organizaciones de cuidado administrado de Medicaid de más rápido crecimiento en la Ciudad de New York. Actualmente proveemos cobertura de cuidado de la salud a más de 115,000 neoyorquinos en todas nuestras líneas de productos que incluyen Medicaid Managed Care (Cuidado administrado de Medicaid), Child Health Plus (Salud infantil plus), Managed Long-Term Care (Cuidado administrado a largo plazo) y nuestro nuevo producto Medicare Advantage Managed Care (Cuidado administrado de Medicare Advantage). El nombre Empire representa un marco bien desarrollado de cuidado administrado y nos ayuda a coordinar y garantizar un nivel de servicio sobresaliente para satisfacer sus necesidades especiales. A través de nuestros años de experiencia en cuidado administrado de Medicaid, hemos establecido sólidos lazos comunitarios y una relación de respeto con organizaciones y proveedores locales de cuidado de la salud, que han sido seleccionados cuidadosamente para cumplir los estándares de cuidado más altos. Como miembro, recibirá un plan de cuidado personalizado a través de una gran variedad de servicios de de cuidado a largo plazo y relacionados con salud en su hogar, la comunidad y, de ser necesario, un asilo de ancianos. También lo ayudamos a obtener otros servicios que no están cubiertos por Empire.

### **Su privacidad es importante para Empire**

Empire le hará preguntas para confirmar su identidad antes de conversar o proveer cualquier información con respecto a sus registros médicos.

Queremos proteger su derecho a la privacidad y confidencialidad. Solo divulgaremos información si es permitido específicamente por leyes estatales y federales o si se exige para uso de programas que revisan registros médicos para monitorear calidad de cuidado o para evitar fraude o abuso. También divulgaremos información si recibimos permiso por escrito de su parte o de otra persona que usted designe. Para miembros que son VIH positivos, seguimos todas las reglas aplicables del estado de New York que rigen la divulgación de información relacionada con el VIH.

### **Información importante sobre directivas anticipadas**

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre cuidado de la salud. Algunas veces, como resultados de un accidente o una enfermedad grave, eso no puede ser posible. Puede prepararse con antelación para situaciones donde tal vez no pueda tomar decisiones importantes sobre cuidado de

la salud por su cuenta. Preparar una directiva anticipada ayudará a asegurar que se sigan todos sus deseos sobre cuidado de la salud. Hay muchos tipos distintos de directivas anticipadas:

**Poder para cuidado de la salud**

Este documento permite a adultos competentes proteger sus deseos sobre cuidado de la salud al designar a una persona de su confianza — un agente de cuidado de la salud — para decidir sobre tratamiento en su representación, cuando ellos no puedan decidir por sí mismos.

**Orden de no resucitar**

Usted tiene derecho a decidir si desea tratamiento de emergencia para reiniciar su corazón o sus pulmones si su respiración o circulación se detienen. Si no desea resucitación cardiopulmonar, debe hacer que sus deseos se conozcan por escrito. Su médico de cuidado primario puede proveer una orden de DNR (No resucitar) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario de DNR para llevarlo consigo y/o usar un brazalete que permitirá que cualquier proveedor médico de emergencia sepa acerca de sus deseos.

**Tarjeta de donante de órgano**

Esta tarjeta tamaño cartera dirá que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. También puede completar la parte posterior de su licencia de conducir o tarjeta de identificación que no sea de conducir del estado de New York para permitir que otros sepan si y cómo desea donar sus órganos.

**Testamento en vida**

Usted puede dar instrucciones específicas por escrito sobre tratamiento con antelación de situaciones donde tal vez no pueda tomar decisiones importantes sobre cuidado de salud por su cuenta.

Es su decisión si desea completar una directiva anticipada y cuál tipo de directiva anticipada es mejor para usted. Puede completar, alguna, todas o ninguna de las directivas anticipadas listadas arriba. La ley prohíbe cualquier discriminación en contra de proporcionar su cuidado médico en base a si tiene o no una directiva anticipada.

Para mayor información con respecto a directivas anticipadas, hable con su encargado de cuidado o su médico de cuidado primario.

El paquete de inscripción de Empire contiene formularios a completar para directivas anticipadas. Si necesita formularios adicionales, Empire se los proveerá si desea completar una directiva anticipada. No tiene que usar a un abogado, pero podrá desear hablar con uno sobre este asunto importante. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Si desea hacer algún cambio, contacte a su encargado de cuidado.

**Cómo unirse a Empire**

La inscripción en Empire es voluntaria. Si usted está solicitando, puede retirar su solicitud en cualquier momento antes de la inscripción. Si es miembro de Empire, puede iniciar la cancelación de inscripción en cualquier momento, por cualquier motivo.

Cualquier persona que complete el acuerdo de inscripción, la autorización adecuada para divulgación de información médica y cumpla todos los criterios siguientes es elegible para Empire, un plan de cuidado administrado a largo plazo. No se puede discriminar en contra de los solicitantes en base a su estado de salud y/o la necesidad o costo de servicios cubiertos.

## **Criterios de inscripción**

El solicitante debe:

- Tener 18 años de edad en adelante
- Ser elegible para Medicaid del estado de New York según lo determine la Administración de Recursos Humanos (HRA) de NYC
- Vivir en Brooklyn, Bronx, Manhattan, Queens o Staten Island
- Al momento de la solicitud, tener problemas de salud y/o limitaciones que calificarían para nivel de cuidado en asilo de ancianos\*
- Requerir al menos uno de los siguientes servicios y manejo de cuidado, de parte de Empire por al menos 120 días desde la fecha efectiva de inscripción:\*

  - Servicios de enfermería a domicilio
  - Servicios privados de enfermería
  - Terapias a domicilio
  - Servicios de auxiliares de enfermería a domicilio
  - Servicios de cuidado personal a domicilio
  - Cuidado de la salud de adultos durante el día
  - Cuidado social diurno (si es usado como sustituto de servicios de cuidado personal a domicilio)

- Al momento de la inscripción, poder regresar a/o mantenerse seguro en el hogar sin riesgo para su salud\*

\*La determinación se toma en base a circunstancias individuales de conformidad con las normas de evaluación del estado de New York.

Si a través del proceso de selección se determina que el solicitante está inscrito en otro plan de cuidado administrado capitado por Medicaid, un programa de exención de Medicaid de servicios de base domiciliaria y comunitaria o programa de tratamiento diurno de la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o está recibiendo servicios de un hospicio, la persona puede ser inscrita en Empire al finalizar su participación en dichos otros planes o programas.

Las solicitudes de inscripción pueden ser aceptadas de pacientes hospitalizados o residentes elegibles de otra forma de hospitales o centros residenciales bajo los auspicios de la Oficina Estatal de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios para Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la OPWDD del estado, pero la inscripción solo puede comenzar cuando el solicitante es dado de alta a su casa en la comunidad. A una persona que reside en un asilo de ancianos se le permite inscribirse en Empire siempre y cuando se haya identificado un plan seguro para darle de alta.

## **El proceso de inscripción**

La elegibilidad para inscripción en Empire debe ser establecida a través de un proceso de evaluación clínica y debe ser revisada y aprobada por la Administración de Recursos Humanos



(HRA) de la Ciudad de New York. La inscripción es voluntaria y usted puede elegir retirar su solicitud en cualquier momento.

### **Cómo obtener información**

Si quiere saber más sobre Empire, un coordinador de inscripción puede hablar con usted por teléfono o visitarlo personalmente en su casa. Uno de nuestros coordinadores de inscripción lo contactará en un plazo de cinco días después de enterarse de su posible interés en Empire. Los coordinadores de inscripción pueden revisar el cuadro de criterios de inscripción con usted (vea la sección Cómo unirse a Empire), ayudarlo a determinar si cumple los requisitos mínimos de elegibilidad (edad, residencia, elegibilidad para Medicaid) para continuar con su indagatoria y explicar lo que puede esperar experimentar como miembro de Empire. Si desea completar el proceso de solicitud de inscripción, el coordinador de inscripción programará la visita a su casa de una de nuestras RN especialistas en inscripción quien completará la evaluación de elegibilidad para inscripción.

### **La evaluación de elegibilidad para inscripción**

Los especialistas de inscripción son enfermeras certificadas que tienen experiencia y pericia en cuidado en el hogar y servicios de cuidado a largo plazo de base comunitaria. Los especialistas de inscripción determinan su elegibilidad clínica para Empire al visitarlo en su hogar y completar una evaluación de salud para establecer el nivel de cuidado necesario, una evaluación de salud y seguridad y una evaluación social y ambiental. Las visitas de evaluación en el hogar son programadas lo más pronto posible, por lo general en un plazo de cinco días laborales después de expresar su interés en solicitar la afiliación a un coordinador de inscripción de Empire, si usted cumple los requisitos mínimos de elegibilidad de edad, residencia y área de servicio.

Durante su visita en el hogar, el especialista de inscripción desarrollará un plan de cuidado para satisfacer sus necesidades.

Su participación es necesaria y se exhortan los comentarios de cualquier familiar o un apoyo informal. El especialista de inscripción le dará una solicitud de inscripción y un plan de cuidado propuesto para usted y cualquier familiar o apoyos informales que usted desea involucrar, para que lo revisen. Se le informará que Empire es un programa voluntario y usted no está obligado a unirse.

Si está interesado en unirse a Empire puede firmar un Acuerdo y declaración de inscripción, una Autorización para divulgación de información de la HIPAA y una Autorización para divulgación de información médica al final de la visita de inscripción. Solo se le pedirá que firme una Autorización para divulgación de información médica si cumple los criterios de elegibilidad y elige inscribirse en el plan. Es necesario firmar una Autorización para divulgación de información médica de modo que Empire pueda hablar con su médico de cuidado primario (PCP) y sus otros proveedores de cuidado de la salud con el fin de establecer y coordinar los servicios incluidos en el plan de cuidado. Una Autorización para divulgación de información de la HIPAA permite a Empire contactar a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York. Después de la visita de inscripción, Empire contactará a su PCP para conversar sobre el plan de cuidado propuesto. Si su médico acepta colaborar con Empire, su solicitud será enviada para procesamiento a la HRA. Si su médico no quiere colaborar con Empire, usted será notificado antes de que su solicitud pueda ser procesada. Los motivos por los que su médico no quiere colaborar con Empire serán discutidos con usted y usted puede decidir si quiere cambiar de médico.

Si quiere tiempo para pensar sobre unirse a Empire o necesita más información, podemos programar visitas adicionales al hogar para responder cualquier pregunta que pueda tener. Su inscripción en Empire está sujeta a revisión y aprobación de la HRA.

Al inscribirse, le será suministrada una tarjeta de identificación de miembro de Empire. **Es importante que traiga su tarjeta de afiliación junto con sus tarjetas de Medicare y Medicaid a todas las citas.**

### **Denegación de inscripción**

La HRA le puede denegar la inscripción a un solicitante por uno o más de los siguientes motivos:

- El solicitante no tiene por lo menos 18 años de edad
- El solicitante no es elegible para Medicaid
- El solicitante no es elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos
- El solicitante no es capaz de regresar a o permanecer en el hogar sin arriesgar su salud o seguridad al momento de la inscripción
- El solicitante no requiere servicios de cuidado a largo plazo del Plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire por 120 días o más
- El médico del solicitante no colaborará con el Plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire y el solicitante no quiere cambiar de médico de cuidado primario (colaboración de un médico significa la disposición para escribir órdenes para servicios cubiertos que le permita recibir cuidado de parte de proveedores de la red)
- El solicitante ha cancelado su inscripción previa e involuntariamente de Empire
- El solicitante está inscrito actualmente en otro plan de cuidado administrado de Medicaid, un programa de exención de servicios de base domiciliaria y comunitaria, un Programa de tratamiento diurno de la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o está recibiendo servicios de un hospicio y no desea finalizar su inscripción en uno de estos programas
- El solicitante es un paciente hospitalizado o residente de un hospital o centro residencial operado por la Oficina de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios para Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la OPWDD del estado; las solicitudes de inscripción pueden ser tomadas, pero la inscripción solo puede comenzar cuando el solicitante es dado de alta a su casa en la comunidad

Si Empire determina que la inscripción debe ser denegada en base al no cumplimiento de los criterios de inscripción, Empire recomendará a la HRA que la solicitud de inscripción debe ser denegada. Empire también le enviará una carta. La HRA toma la determinación final de la denegación de inscripción y le notificará de sus derechos. Usted puede retirar su solicitud en cualquier momento antes de la fecha efectiva de inscripción al indicar sus deseos oralmente o por escrito y le será enviado un acuso de recibo por escrito de su retiro.

Si se determina que no es elegible debido a edad, ubicación de la residencia, o elegibilidad para Medicaid, Empire le informará. Si no está de acuerdo con Empire en que usted no es elegible debido a edad, residencia o elegibilidad para Medicaid, cualquier información que haya provisto a Empire será enviada por escrito a la HRA con una copia a usted. La HRA decidirá si Empire estaba en lo correcto al informarle que usted no era elegible para inscribirse en Empire. Si la HRA está de acuerdo en que usted no es elegible para inscribirse, entonces su inscripción será denegada.

Si se determina que usted no es clínicamente elegible para Empire, le será informado y puede retirar la solicitud. La no elegibilidad clínica significa que, en base a la evaluación en el hogar, usted no requiere un nivel de cuidado de asilo de ancianos (puntuación SAAM de cinco o más); y/o usted no cumple los criterios de salud y seguridad; y/o usted no requiere servicios de cuidado administrado a largo plazo del plan por al menos 12 días. Si no desea retirarla, la solicitud será procesada como denegación propuesta, pendiente de aceptación de la HRA.

## **Su equipo de cuidado**

El beneficio más importante de unirse a Empire es que tendrá un solo número al que llamar para acceder al cuidado apropiado y médicamente necesario para sus necesidades de salud: 1-800-950-7679. Todo su cuidado será coordinado y organizado por una enfermera certificada encargada de cuidado. Un coordinador de Empire, una enfermera certificada con experiencia en cuidado en el hogar de base comunitario, también hará visitas periódicas a su hogar para reevaluar su condición.

Nuestra primera prioridad es ayudarlo a manejar su condición crónica y vivir en la comodidad de su propio hogar lo más independientemente posible el mayor tiempo posible. Empire organiza la provisión del cuidado adecuado en el momento adecuado en base a la necesidad médica. Podemos cambiar su plan de cuidado tan rápido como sus necesidades cambian. (Vea la sección sobre Sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo para ver las reglas de necesidad médica).

Su equipo de cuidado constará de su encargado de cuidado asignado, su médico de cuidado primario y otro personal de apoyo de Empire. Cualquier otro médico que le provea cuidado será involucrado en el proceso de planificación de cuidado. El personal de apoyo de Empire consta de coordinadores de Servicios al Miembro, trabajadores sociales médicos, coordinadores de derechos y nuestro director médico. En conjunto, Empire trabajará con usted y sus médicos para ayudar a garantizar que usted reciba los servicios apropiados en su plan de cuidado. En caso de que en cualquier momento el encargado de cuidado observe cambios en su estado de salud, abordará el problema con usted y su PCP.

## **Encargado de cuidado**

El encargado de cuidado es un empleado de Empire y es la persona con la que habla cuando llama a Empire sobre sus necesidades de cuidado a largo plazo. Su encargado de cuidado es responsable por buscar y coordinar soluciones creativas para satisfacer sus necesidades de salud y cuidado a largo plazo, mientras garantiza resultados de calidad con la meta de realzar su funcionalidad y calidad de vida. Su encargado de cuidado creará un plan de cuidado que considere sus deseos y necesidades de salud y cuidado a largo plazo, obtendrá autorización para sus servicios y facilitará lo más posible su acceso a servicios necesarios al coordinar e integrar servicios de cuidado agudo y a largo plazo cubiertos y no cubiertos. Cada encargado de cuidado es una enfermera certificada cuyo campo de experiencia es atender a personas con necesidades médicas crónicas. Su encargado de cuidado, hablará con usted, el coordinador de cuidado comunitario y sus médicos para autorizar y ordenar servicios delineados en el plan de cuidado diseñado personalmente para usted. Su encargado de cuidado trabajará conjuntamente con su médico de cuidado primario al igual que con otros profesionales de cuidado de la salud (tales como su proveedor de cuidado de la salud en el hogar, enfermeras y terapeutas físicos) para coordinar todas sus necesidades de cuidado de la salud para

ambos servicios cubiertos y no cubiertos. Su encargado de cuidado es apareado, basado en la disponibilidad, para satisfacer mejor sus necesidades individuales de idioma y culturales.

### **Enfermera de reevaluación**

La enfermera de reevaluación es una enfermera certificada que es empleada de Empire o una designada calificada y es responsable por la administración y supervisión de base comunitaria de su cuidado. La enfermera de reevaluación realiza evaluaciones clínicas en su hogar, ayuda con el desarrollo del plan de cuidado y lo visita periódicamente para reevaluarlo clínicamente de modo que su encargado de cuidado pueda ajustar su plan de cuidado a medida que su condición cambia. Su enfermera de reevaluación es apareada, en base a la disponibilidad, para satisfacer mejor sus necesidades individuales de idioma y culturales.

**Para contactar a su encargado de cuidado asignado, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.**

### **Departamento de salud del comportamiento de Empire**

El Departamento de salud del comportamiento de Empire trabajará estrechamente con usted y su encargado de cuidado para ayudarlo con sus preocupaciones sociales y ambientales. Empire está a disposición para aconsejar a miembros y sus familias sobre cómo afrontar enfermedades crónicas y problemas sociales. Con un referido de su encargado de cuidado, un trabajador social médico ayudará en la coordinación de cuidado de la salud del comportamiento. Los coordinadores de derechos también pueden ayudarlo al solicitar cualquier derecho (a saber: programa de asistencia de energía en el hogar y/o cupones de alimentos), la solicitud de Medicaid y el proceso de recertificación al igual que cualquier otro beneficio para el cual usted es elegible. Si necesita asistencia, informe a su encargado de cuidado.

Si tiene una situación que requiere intervención intensiva, contacte a su encargado de cuidado para solicitar que un trabajador social médico vaya a su casa para reunirse con usted y su familia o apoyos informales.

## **Cómo obtener ayuda**

### **Departamento de Servicios al Miembro**

Empire desea que usted entienda su plan de cuidado administrado a largo plazo y reciba el mejor cuidado posible. Para este fin existe el departamento de Servicios al Miembro. Si necesita comunicarse con su encargado de cuidado, tiene alguna pregunta sobre beneficios, servicios o procedimientos o reemplazar una tarjeta de identificación perdida, o si tiene una duda sobre algún aspecto de Empire, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Nuestros coordinadores de Servicios al Miembro están a disposición por teléfono para ayudarlo con respecto a su afiliación, incluidas preguntas sobre beneficios, cuáles servicios están no o cubiertos, verificar la fecha y hora en que tiene citas programadas o si necesita organizar transporte médico. Estos atentos miembros del personal trabajan con su equipo de cuidado para programar sus citas y pedir los suministros y servicios que usted necesita. También acogemos cualquier idea o sugerencia que usted podría tener con respecto a Empire. Llame a Servicios al Miembro con sus comentarios para ayudarnos a mejorar los servicios que le prestamos.

**Servicios al Miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m.-5 p.m.

## **24/7 NurseLine/Asistencia fuera de horas laborales**

Si tiene preguntas médicas y no puede comunicarse con su PCP o encargado de cuidado, o si es después de horas laborales normales (8:30 a.m.-5 p.m.), siempre puede llamar a Empire y hablar directamente con una enfermera. La 24/7 NurseLine puede darle orientación sobre si debe ir a la sala de emergencias, cómo afrontar una crisis personal en el hogar, o proveerle instrucciones sobre cómo tomar sus medicamentos de acuerdo con su receta.

A través de la 24/7 NurseLine tendrá acceso a todos los servicios de intérpretes descritos a continuación.

**Servicios al Miembro:** 1-800-950-7679

**Horario de funcionamiento:** Lunes a viernes, 8:30 a.m.-5:00 p.m.

## **Servicios de intérpretes**

Deseamos que sepa cómo usar su plan de cuidado administrado a largo plazo sin importar el idioma que habla. El personal de Empire habla una variedad de idiomas, pero si usted habla un idioma que nuestro personal no sabe, podemos acceder a un servicio de interpretación oral (ATT Language Line) para asegurarnos de que usted reciba toda la información que necesita y que sus preguntas sean respondidas en su idioma. También tenemos información escrita en los idiomas de mayor prevalencia (inglés, español y chino) de nuestros miembros. También tenemos disponible interpretación oral de material escrito de Empire para todos nuestros miembros en distintos idiomas. Versiones grabadas en cinta (inglés y español) de nuestro manual del miembro están disponibles también.

Llame con toda confianza a Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 y pida hablar con un intérprete o solicite materiales escritos en su idioma.

## **Servicios para miembros con problemas visuales**

Empire tiene un manual en letras GRANDES disponible a petición de aquellos miembros que tienen problemas visuales. Versiones en Braille (inglés y español) de nuestro manual del miembro están disponibles también. Nuestro personal también puede leer el manual a aquellos miembros que tienen problemas visuales. Póngase en contacto con Servicios al Miembro para revisar estas opciones.

## **Servicios para miembros con problemas auditivos**

Los miembros con problemas auditivos que desean hablar con un representante de Servicios al Miembro deben primero ponerse en contacto con nuestro operador del Servicio de Retransmisión de AT&T al **1-800-421-1220**. El operador entonces facilitará las llamadas entre miembros con problemas auditivos y Empire. También podemos coordinar y pagar para que le ayude una persona que conozca el lenguaje de señas.

## **Manténganos informados**

Llame a Servicios al Miembro siempre que ocurran estos cambios en su vida:

- Usted cambie su nombre, dirección o número telefónico
- Usted tenga un cambio en circunstancias que pueda afectar su elegibilidad para cuidado administrado a largo plazo, tales como cambios en ingresos/recursos o condiciones de vida
- Usted adquiera cobertura bajo otro seguro de salud tal como seguro de salud privado

## Ayude a mejorar las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que den mejor servicio a nuestros miembros al compartir sus ideas con nosotros.

Infórmenos si tiene una idea que desea compartir o desea trabajar con uno de nuestros comités o juntas consultivas de miembros. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 para saber cómo puede ayudar.

## Su tarjeta de identificación

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación de Empire. Los números telefónicos de Empire aparecerán en el frente y dorso de esta tarjeta. Porte su tarjeta de identificación de miembro en todo momento. Puede usar su tarjeta de identificación para recibir servicios y beneficios cubiertos por el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire. También tendrá cobertura continua a través de Medicare y/o Medicaid de pago por servicios y puede tener cobertura de seguro privado para algunas de sus necesidades médicas. Es importante que porte todas sus tarjetas de identificación junto con su tarjeta de Empire.

No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Empire antes de recibir cuidado de emergencia. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

A continuación está un ejemplo que indica cómo se verá su tarjeta de identificación de Empire.

The image shows two sides of an Empire BlueCross BlueShield identification card. The left side is the front, featuring the Empire logo and the text "An Anthem Company". It has fields for Member Name, ID #, Program ID #, Effective Date, DOB, Primary Care Provider (PCP), and PCP Phone #. The right side is the back, featuring the Empire logo, the website www.empireblue.com, and contact information for Member Services, TTY Hearing Impaired, Provider Services, 24/7 NurseLine, and Retention. It also includes instructions for submitting claims and a disclaimer at the bottom.

## Sus beneficios de cuidado administrado a largo plazo

A continuación está una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos (coordinados) de Empire disponibles bajo el plan de cuidado administrado a largo plazo. Todos los beneficios y servicios son provistos cuando sean necesarios por motivos médicos.

**Necesarios por motivos médicos** – Servicios que son necesarios para evitar, diagnosticar, corregir o curar condiciones del inscrito que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, resultan en enfermedad o padecimiento, interfieren con la capacidad de dicho inscrito para realizar actividades normales o amenazan con causar alguna discapacidad significativa.

## Servicios cubiertos

Servicios cubiertos son aquellos servicios disponibles a través de la afiliación a cuidado administrado a largo plazo, por lo general son prestados por un proveedor de la red y son pagados por Empire.

El servicio específico y la frecuencia y duración de ese servicio están basados en su condición médica, salud y necesidades sociales. Todos los servicios cubiertos pueden ser organizados por Empire en su nombre. Para programar citas con proveedores u organizar transporte que no sea de emergencia, contacte a su encargado de cuidado o al departamento de Servicios al Miembro de Empire quienes harán todo eso por usted.

## Servicios coordinados

Servicios coordinados son aquellos servicios que no están cubiertos por Empire. Puede elegir cualquier proveedor para aquellos servicios no cubiertos siempre y cuando ese proveedor acepte Medicaid y/o Medicare, su cobertura de seguro de terceros o usted pague privadamente, según aplica para el servicio. Su encargado de cuidado de Empire está a su disposición para ayudarlo al organizar y coordinar estos servicios para usted. Es sumamente importante que haya comunicación entre todos los proveedores involucrados en su cuidado al igual que colaboración con usted y su familia o apoyos informales. Su encargado de cuidado es una fuente invaluable de información y asistencia, ya que el trabajo principal del encargado de cuidado es servir como enlace entre usted y todos sus proveedores de cuidado de la salud para garantizar el suministro fluido y uniforme de cuidado independientemente de la fuente de pago.

Servicios cubiertos	Servicios coordinados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de cuidado</li> <li>• Cuidado de la salud en el hogar +</li> <li>• Enfermería               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auxiliar de salud en el hogar</li> <li>– Terapia física</li> <li>– Terapia ocupacional</li> <li>– Terapia del habla</li> <li>– Servicios sociales médicos</li> <li>– Cuidado de la salud de adultos durante el día</li> <li>– Cuidado personal</li> </ul> </li> <li>• Suministros médicos/quirúrgicos</li> <li>• Equipos médicos duraderos +</li> <li>• Prótesis y ortótica +</li> <li>• Suplementos enterales y parenterales</li> <li>• Sistema de respuesta de emergencia personal</li> <li>• Transporte que no sea de emergencia</li> <li>• Podiatría +</li> <li>• Odontología</li> <li>• Optometría/anteojos</li> <li>• Audiología/prótesis auditivas; baterías para prótesis auditivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de sala de emergencias +</li> <li>• Servicios médicos (incluidos servicios provistos en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar) +</li> <li>• Servicios para pacientes hospitalizados +</li> <li>• Servicios ambulatorios de hospital +</li> <li>• Servicios de laboratorio +</li> <li>• Servicios de radiología y radioisótopos +</li> <li>• Medicamentos recetados y sin recetas +</li> <li>• Transporte de emergencia +</li> <li>• Servicios de clínica de salud rural +</li> <li>• Diálisis renal crónica +</li> <li>• Servicios de salud mental +</li> <li>• Servicios para abuso de alcohol y sustancias +</li> <li>• Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo +</li> <li>• Servicios de planificación familiar +</li> </ul>

Servicios cubiertos	Servicios coordinados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas entregadas en casa o comidas conjuntas</li> <li>• Cuidado diurno social</li> <li>• Terapia física, ocupacional, del habla o de otra naturaleza en un entorno distinto al hogar</li> <li>+</li> <li>• Terapia respiratoria +</li> <li>• Consejería nutricional</li> <li>• Apoyos sociales y modificaciones al hogar</li> <li>• Servicios privados de enfermería</li> <li>• Cuidado en asilo de ancianos *+</li> </ul>	

\*Aplican reglas de elegibilidad para Medicaid Institucional; + Puede aplicar cobertura de Medicare

### **Cómo obtener servicios cubiertos**

Para algunos servicios cubiertos listados en el cuadro de beneficios de Empire, puede necesitar la orden de un médico y/o la aprobación previa de Empire. Para otros, puede acceder al servicio directamente. Comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro llamando al 1-800-950-7679. El representante de Servicios al Miembro lo ayudará gustosamente con sus necesidades o transferirá su solicitud a su encargado de cuidado.

La autorización es el proceso por el cual se determina que un servicio cubierto en cuidado administrado a largo plazo de Empire es necesario por motivos médicos para la condición, enfermedad o padecimiento del miembro por parte del médico del miembro y/o Empire.

El cuadro a continuación lo ayudará a determinar cuándo necesita autorización para acceder a servicios cubiertos y si la necesitará de su médico, Empire o ambos.



<b>Beneficio de Empire</b>	<b>Orden médica requerida</b>	<b>Autorización de Empire requerida</b>
<b>Cuidado de la salud en el hogar</b>	✓	✓
<b>Cuidado de adultos durante el día</b>	✓	✓
<b>Cuidado personal</b>	✓	✓
<b>Equipos médicos duraderos</b>	✓	✓
<b>Suministros</b>	✓	✓
<b>Prótesis</b>	✓	✓
<b>Ortótica</b>	✓	✓
<b>Suplementos enterales y</b>	✓	✓
<b>Sistema de respuesta de emergencia</b>		✓
<b>Transporte que sea de emergencia</b>		Llame a Servicios al Miembro para programar
<b>Podiatría</b>	El miembro puede acceder directamente	
<b>Odontología</b>		✓
<b>Optometría/anteojos</b>		✓
<b>Audiología/prótesis auditivas</b>		✓
<b>Baterías para prótesis auditivas</b>		✓
<b>Comidas entregadas en el hogar</b>		✓
<b>Cuidado diurno social</b>		✓
<b>Terapia ambulatoria</b>	✓	✓
<b>Terapia respiratoria</b>	✓	✓
<b>Consejería nutricional</b>	✓	
<b>Apoyos sociales y modificaciones al hogar</b>		✓
<b>Servicios privados de</b>	✓	✓
<b>Cuidado en asilo de ancianos</b>	✓	✓

**Cuidado de la salud de adultos durante el día** es cuidado y servicios dados en un centro residencial de cuidado de la salud u otro centro aprobado bajo la dirección médica de un doctor a un miembro que tiene discapacidades de funcionamiento, pero que no están confinado en casa y que requiere ciertos servicios o artículos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.

**Audiología y prótesis auditivas** incluye exámenes o análisis auditivos, evaluación para prótesis auditivas y receta o recomendaciones para prótesis auditivas; los servicios incluyen seleccionar, adaptar y dispensar prótesis auditivas y chequeos de prótesis auditivas después de dispensarlas y reparaciones de prótesis auditivas. Los productos incluyen prótesis auditivas, moldes auditivos, baterías, adaptaciones especiales y partes de repuesto.

**Odontología** incluye exámenes preventivos y limpiezas, profilaxis y otro cuidado dental y aparatos de ortótica si se requieren para aliviar una condición grave de salud.

**Equipos médicos duraderos (DME)** incluye **fórmula enteral y parenteral** y **baterías para prótesis auditivas**. Los equipos médicos duraderos son dispositivos y equipos, distintos a aparatos y dispositivos protésicos u ortóticos, que han sido ordenados por un profesional de la salud en el tratamiento de una condición médica específica; las medias de compresión solo serán cubiertas cuando sean usadas en el tratamiento de una úlcera venosa abierta.

**Suministros médicos y quirúrgicos** son artículos para uso médico distintos a medicamentos, aparatos y dispositivos protésicos u ortóticos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico, que tratan una condición médica específica; por lo general son desechables y no reutilizables y son para un propósito específico.

**Cuidado en el hogar** incluye los siguientes servicios, que son de naturaleza preventiva, de rehabilitación terapéutica, de orientación sobre salud y/o de apoyo: servicios de enfermería, servicios de auxiliar de salud en el hogar, servicios nutricionales, servicios de trabajo social, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla/lenguaje.

**Comidas entregadas en el hogar/conjuntas** son comidas proporcionadas para ayudar a apoyar el plan de cuidado específico de un miembro.

**Servicios médicos sociales** significa evaluar la necesidad de, organizar y proveer ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde dichos servicios son realizados por parte de un trabajador social calificado y provistos dentro de un plan de cuidado. Estos servicios deben ser provistos por un trabajador social calificado.

**Servicios de enfermería** incluye servicios de enfermería intermitentes, de tiempo parcial y continuos ordenados y delineados por un doctor e incluyen cuidado dado para tratar o mantener la salud.

**Cuidado en asilo de ancianos** es cuidado de tiempo completo provisto a miembros por parte de un centro certificado.

**Consejería nutricional** significa ofrecer al miembro educación y consejería nutricional para satisfacer necesidades normales y terapéuticas; los servicios pueden incluir evaluar el estado nutricional y las preferencias alimenticias, desarrollar y planificar ingesta alimenticia apropiada, evaluación regular y revisión de planes nutricionales.

**Terapia ocupacional** es uno o más servicios de rehabilitación ofrecidos por un terapeuta ocupacional autorizado y certificado para reducir discapacidad física o mental y restaurar a un miembro a su mejor nivel funcional.

**Optometría** incluye los servicios de un doctor de los ojos u optometrista e incluye exámenes y anteojos; lentes de contacto y lentes de policarbonato necesarios por motivos médicos, ojos artificiales (estándares o hechos a la medida) y ayudas para poca visión.

**Ortótica** son aparatos y dispositivos usados para apoyar una parte débil o deformada del cuerpo o para restringir o eliminar movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada.

**Terapias ambulatorias** son servicios de rehabilitación provistos por un terapeuta certificado y autorizado; estos servicios deben ayudar al miembro a restaurar lo más posible su función física o mental. La terapia ocupacional, física del habla está limitada a 20 visitas por terapia al año, excepto para niños menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene una discapacidad del desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.

**Cuidado personal** significa asistencia parcial o total con actividades tales como higiene personal, vestirse y alimentarse y apoyo nutricional y ambiental en el hogar.

**Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)** es un dispositivo electrónico usado por ciertos pacientes de alto riesgo de modo que puedan recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o medioambiental.

**Podiatría** son servicios que incluyen cuidado de rutina de los pies cuando haya enfermedad, lesión o síntomas que involucran los pies y que presentan un peligro, o cuando son realizados según sean necesarios para cuidado médico.

**Servicios privados de enfermería** es cuidado de enfermería continuo y especializado dado en el hogar por enfermeras prácticas profesionales o certificadas apropiadamente certificadas y autorizadas.

**Prótesis** es un servicio o dispositivo que incluye brazos, piernas, partes internas del cuerpo, mamas (incluida cirugía de reconstrucción de mamas) y ojos artificiales. La cobertura de calzado recetado necesario por motivos médicos está limitada al tratamiento de diabetes, o cuando un zapato sea parte de una abrazadera de pierna (vea ortótica arriba) o para complicaciones del pie en niños menores de 21 años.

**Terapia respiratoria** es cuidado para evitar problemas de respiración, para mantener la salud de la respiración o rehabilitar la respiración usando medicinas, máquinas y educación al paciente.

**Apoyos sociales y ambientales** son servicios y artículos que apoyan las necesidades médicas del miembro y están incluidos en el plan de cuidado del miembro; incluyen tareas de mantenimiento del hogar, servicios de oficios domésticos, modificaciones al hogar y cuidado de relevo.

**Cuidado social diurno** es un programa completo y estructurado que ofrece a personas con deterioro de su funcionalidad socialización, supervisión y monitoreo, cuidado personal y nutrición en un entorno de protección durante cualquier parte del día y puede incluir mantenimiento y mejoramiento de habilidades para la vida diaria, transporte, ayuda de cuidador y coordinación y asistencia de caso.

**Servicios sociales** incluye información, referidos y ayuda para obtener y mantener beneficios, que incluye ayuda financiera, ayuda médica, cupones para alimentos u otros programas de apoyo.

**Transporte:** significará transporte por ambulancia, ambulette, taxi o servicio de transferencia o transporte público para obtener cuidado y servicios médicos necesarios.

## **Coordinación de servicios**

### **Desarrollo y monitoreo del plan de cuidado**

Cuando se inscribe, su médico de cuidado primario, especialista de inscripción y su encargado de cuidado asignado trabajarán en conjunto con usted para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades. Su plan de cuidado es una descripción escrita de todos los tipos de servicios que usted recibirá para ayudar a mantener y mejorar su estado de salud y ser lo más independiente posible. Su plan de cuidado incluirá ambos servicios cubiertos y no cubiertos de Empire. Su plan de cuidado es desarrollado en base a evaluaciones iniciales y de seguimiento (llamadas reevaluaciones) de sus necesidades de cuidado de la salud por parte del coordinador de cuidado comunitario. Su plan de cuidado inicial se basa en la visita de evaluación en el hogar del especialista de inscripción en colaboración con las recomendaciones de su médico para abordar sus necesidades específicas de cuidado. Las reevaluaciones se harán lo más rápido que su condición lo requiera para a más tardar en 180 días desde la evaluación anterior.

Una copia del plan de cuidado aprobado de Empire le será provista en no más de 14 días calendario desde cuando su evaluación o reevaluación estén completadas o lo más rápido que su condición lo requiera. Además, recibirá una carta de confirmación por cada servicio cubierto listado en su plan de cuidado que sea organizado y que será pagado por Empire en su nombre. La carta de confirmación explica, por tipo de servicio, la duración (cantidad de tiempo) y frecuencia (cuán a menudo) de cada servicio cubierto en el cuadro de beneficios de Empire, al igual que la fecha en que expira la autorización.

Su plan de cuidado es evaluado y revisado periódicamente con usted para ayudar a garantizar que los tipos de servicios que está recibiendo satisfagan sus necesidades específicas. Si sus necesidades de cuidado de la salud cambian, usted puede requerir servicios distintos o los mismos servicios, solo con mayor o menor frecuencia. Esto requerirá que su plan de cuidado cambie. Su encargado de cuidado revisará el plan de cuidado con usted y su médico de cuidado primario y discutirá cualquier cambio a su plan de cuidado. La estabilidad de su condición crónica determinará la frecuencia con que su plan de cuidado es ajustado y su duración. Siempre puede ser cambiado en cualquier momento a medida que sus necesidades médicas aumenten o disminuyan y le notificaremos sobre cualquier cambio.

Usted es un miembro importante de su equipo de cuidado de la salud, así que es importante que nos informe lo que necesita. Hable con su proveedor de cuidado primario y encargado de cuidado si tiene una necesidad por cualquier servicio que no está recibiendo actualmente o desea hacer cambios a su plan de cuidado (vea la sección sobre **Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales a continuación**). Además, su encargado de cuidado trabajará con usted para ayudar a garantizar que sus condiciones médicas estén siendo monitoreadas apropiadamente.

## **Cómo solicitar servicios nuevos o adicionales**

### **¿Cómo hago solicitudes de servicios?**

Las solicitudes de beneficios o servicios nuevos o adicionales pueden ser hechas oralmente o por escrito a su encargado de cuidado. Su proveedor, en su nombre, también puede hacer una solicitud

por usted. Cualquier solicitud que haga será enviada a su encargado de cuidado asignado para revisión.

Para algunas solicitudes, su encargado de cuidado o su médico realizarán una determinación de necesidad médica (vea la sección sobre Necesidad médica) para ayudar a garantizar que su solicitud de un servicio particular o la cantidad de servicios sea la más adecuada para su condición. Si se requiere una evaluación, la misma será realizada por el coordinador de cuidado comunitario, o su médico, lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales después de recibir su solicitud.

Una vez sea completada la determinación de necesidad médica, el encargado de cuidado discutirá la evaluación con usted, su familia o apoyos informales.

### **Revisión acelerada**

Si Empire determina o su proveedor indica que un retraso en aprobar cualquier servicio solicitado pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, la solicitud será acelerada. Usted también puede solicitar una revisión acelerada. Si Empire deniega la solicitud de una revisión acelerada, la misma será manejada usando los periodos de tiempo para revisión estándar. Empire le enviará una notificación escrita indicando que la solicitud no será manejada como solicitud acelerada, sino como una solicitud estándar. Usted o su proveedor pueden presentar una queja con respecto a la determinación de Empire para completar la revisión usando periodos de tiempo estándares. El encargado de cuidado le notificará cualquier decisión por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera.

### **Autorización previa (nuevos servicios)**

Cuando usted, o un proveedor en su nombre, soliciten un nuevo beneficio o servicio que nunca ha tenido antes, se considera como una solicitud de autorización previa. Una solicitud para cambiar un servicio en el plan de cuidado para un periodo de autorización futuro también es considerada como solicitud de aprobación previa.

Una decisión de la solicitud de autorización previa será suministrada por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales desde el recibo de toda la información necesaria, pero a más tardar en catorce días desde el recibo de su solicitud. Para una solicitud acelerada de autorización previa, le será notificada a más tardar en tres días laborales después de la solicitud de servicio.

### **Revisión concurrente (más de los mismos servicios)**

Cuando usted, o un proveedor en su nombre, soliciten servicios adicionales (más del mismo) que estén autorizados actualmente en el plan de cuidado, la solicitud es considerada una revisión concurrente.

Una decisión de la revisión concurrente será suministrada por teléfono y por escrito lo más rápido que su condición lo requiera o en un plazo de tres días laborales desde el recibo de toda la información necesaria, pero a más tardar en 14 días desde el recibo de su solicitud por parte de Empire. Para una revisión concurrente acelerada, se le notificará la decisión en un día laboral después del recibo de la información necesaria, pero a más tardar en tres días laborales del recibo de la solicitud de servicios.

## **Extensiones en la revisión de solicitudes**

Empire puede extender el periodo de revisión por hasta 14 días si justificamos la necesidad de información adicional y la extensión es en su mejor interés. Usted, o un proveedor en su nombre, también puede solicitar una extensión oralmente o por escrito. Empire le enviará una notificación escrita de cualquier extensión que iniciemos.

## **Aprobaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente**

Si su solicitud es concedida por Empire, los servicios serán autorizados y ordenados y se le enviará por correo una carta de confirmación.

## **Denegaciones de solicitudes de autorización previa y revisión concurrente**

Si la determinación por parte de Empire es denegar la cobertura de su solicitud de autorización previa o revisión concurrente, recibirá por correo una Carta de notificación de acción del plan que le explicará la decisión. Usted o su proveedor pueden apelar la decisión comunicada por Empire (vea la sección sobre Acciones y apelaciones de acciones).

## **Selección de proveedores**

### **Elección de sus propios médicos de cuidado primario**

Los servicios de cuidado primario y agudo no son servicios cubiertos en el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire. En su lugar, estos servicios son cubiertos por Medicaid y/o Medicare. Esto le da la oportunidad de mantener su relación su actual médico de cuidado primario (PCP) para garantizar que no haya interrupción en el cuidado médico a la vez que gana una persona de apoyo adicional, el encargado de cuidado, para ayudar a guiar su cuidado. Sin embargo, si desea cambiarse a un PCP distinto, su encargado de cuidado lo asistirá con gusto a ubicar un PCP calificado.

### **Selección de proveedores para servicios cubiertos**

Para servicios cubiertos por Empire, puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores que ofrezca el servicio que usted necesita. Ya que estos proveedores de la red tienen una obligación contractual con Empire, tenemos la capacidad de monitorear sus servicios y sujetarlos a nuestros estándares profesionales.

### **Afectación en miembros con cobertura de Medicare**

Si tiene beneficios de Medicare, su afiliación a Empire no afecta su elegibilidad para Medicare. Continuará estando cubierto por Medicare para sus consultas médicas, hospitalizaciones, análisis de laboratorio, ambulancia y otros beneficios de Medicare.

No necesita autorización de Empire para recibir servicios de Medicare. Si se agotan sus beneficios de Medicare y Empire se convierte en el pagador primario para un servicio cubierto, necesitará cambiarse a uno los proveedores de nuestra red.

Sin embargo, para servicios cubiertos por Medicare, Empire puede:

- Referirlo a un médico calificado (si ya no tiene uno)
- Programar citas médicas y organizar transporte que no sea de emergencia para usted

- Organizar transporte que no sea de emergencia para laboratorio, radiografías o análisis diagnósticos que sean ordenados por su médico
- Ayudar con los arreglos de alta si es admitido a un hospital
- Organizar servicios de cuidado en el hogar cubiertos por Medicare

Si está recibiendo algún servicio que esté cubierto por ambos Empire y Medicare, a Medicare se le facturará como su seguro primario. Si Medicare no cubre el costo total del servicio, entonces a Empire se le facturará por cualquier deducible o coseguro.

Si está recibiendo actualmente un servicio cubierto por Medicare, puede continuar usando ese proveedor. Empire recomienda que use un proveedor de nuestra red de modo que no tendrá que cambiar de proveedores si se cumplen los límites de cobertura de Medicare y Empire se convierta en responsable por el pago primario del cuidado. Si el proveedor de su elección no es un proveedor de la red de Empire, contacte a su encargado de cuidado o a Servicios al Miembro para discutir sus opciones.

### **Cambio de proveedor(es)**

Empire desea que usted esté satisfecho con su proveedor para servicios cubiertos y no cubiertos. Si no está satisfecho, deseamos saberlo y podemos ayudarlo a cambiar su proveedor.

Con el fin de cambiar su proveedor para servicios cubiertos, contacte a nuestro departamento de Servicios al Miembro. La transición de un proveedor a otro puede ocurrir tan rápido como en un día laboral, pero puede tomar más tiempo. Siempre tratamos de hacer concordar su proveedor con su ubicación, idioma primario y necesidades específicas de cuidado de la salud.

Empire también está disponible para ayudarlo a seleccionar o cambiar de proveedores para servicios no cubiertos. Solo póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios al Miembro.

### **Cuidado de emergencia**

**NO se requiere que obtenga preautorización o autorización previa de Empire para recibir cuidado de emergencia.**

#### **Definición de una emergencia\***

Una emergencia es una enfermedad, accidente o lesión repentina o inesperada que podría causar dolor graves, lesión grave o muerte si no es tratada inmediatamente. Si tiene una emergencia y necesita atención médica inmediata, **llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano**. De ser posible, llame a su PCP o a su encargado de cuidado en Empire.

---

\***Condición médica de emergencia** se define como una condición médica o del comportamiento, cuya aparición sea repentina, que se manifieste por síntomas de gravedad, incluido dolor grave, que una persona común y prudente que posea un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en (i) colocar la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o en el caso de una condición del comportamiento, colocar la salud de la persona o de otros en riesgo grave ; o (ii) deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona; o (iii) disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona; o (iv) desfiguración grave de dicha persona.

## **Después de una emergencia**

Notifique a su PCP y a su encargado de cuidado en Empire en un plazo de 24 horas de la emergencia. Puede estar necesitando servicios de cuidado a largo plazo que solo pueden ser provistos por Empire.

## **Si está hospitalizado**

### **Cuidado de transición, fuera de la red y fuera del área**

Si está hospitalizado, un miembro de la familia o apoyo informal debe contactar a Empire en un plazo de 24 horas de la admisión. Su encargado de cuidado cancelará sus servicios de cuidado en el hogar y otras citas. Si está en el hospital, asegúrese de pedir a su médico de cuidado primario o planificador de alta del hospital que contacte a Empire. Trabajaremos con ellos para planificar su cuidado después de ser dado de alta del hospital.

### **Cuidado de transición**

Al inscribirse en Empire, puede continuar un curso de tratamiento en marcha por un periodo de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de cuidado de la salud que no sea de la red. Si su proveedor de cuidado de la salud abandona la red de Empire, su curso de tratamiento en marcha puede ser continuado por un periodo de transición de hasta 90 días. Los criterios listados a continuación deben ser cumplidos con el fin de que Empire autorice y pague por cuidado de transición:

- Su proveedor acepta las tarifas de reembolso de Empire como pago completo
- Su proveedor pone a disposición de Empire cualquier información médica relacionada con su cuidado
- Su proveedor acepta acatar las políticas y procedimientos de Empire

Si siente que tiene una condición que cumple los criterios para servicios de cuidado de transición, notifique a su encargado de cuidado.

### **Cuidado fuera de la red**

Como miembro de Empire, puede obtener un referido a un proveedor de cuidado de la salud fuera de la red en el caso de que Empire no tenga un proveedor con capacitación o experiencia apropiadas para satisfacer sus necesidades. En el caso de que requiera un proveedor fuera de la red, póngase en contacto con su encargado de cuidado para ayudarlo a obtener una autorización.

Al usar un proveedor fuera de la red de Empire para servicios cubiertos, usted debe obtener una autorización de Empire antes de acudir al proveedor. Sin obtener primero la autorización requerida, el proveedor no recibirá pago por sus servicios. Si tiene alguna pregunta en relación con este proceso, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679.

### **Si está dejando el área de servicio de Empire**

El área de servicio de Empire es el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island y los condados Nassau y Putnam. Si está planeando pasar algún tiempo fuera de casa, infórmelo inmediatamente a su encargado de cuidado. Si está fuera del área de servicios por 60 días o menos, haremos todos los esfuerzos para ayudarlo a organizar servicios temporales para usted mientras está fuera. Informe a Empire por lo menos una semana por anticipado para obtener autorización por servicios si está planeando estar fuera del área de servicio. Si está planeando dejar el área de servicio por más de 60 días consecutivos, será difícil para Empire monitorear sus necesidades de



salud apropiadamente. Si ocurre esta situación, Empire ya no será apropiado para usted y su inscripción debe ser cancelada. En este caso, debe llamar a su encargado de cuidado para conversar sobre sus opciones.

### **Cuidado de emergencia fuera del área**

En el caso de una emergencia médica, llame al 911 o busque cuidado en una sala de emergencias incluso si está fuera de su área de servicio. Después de la emergencia médica, su familia o apoyo informal debe contactar a Empire en un plazo de 24 horas, de ser posible, para que podamos ofrecer la ayuda que podamos y también ajustar su plan de cuidado para satisfacer cualquier cambio en sus necesidades médicas.

### **Cómo atendemos sus problemas e inquietudes**

Empire hará su mejor esfuerzo para atender sus inquietudes o problemas lo más rápidamente posible y a su satisfacción. Puede usar ya sea nuestro proceso de queja o nuestro proceso de apelación, dependiendo de la clase de problema que tenga.

No habrá cambio en sus servicios o en la forma en que es tratado por el personal o un proveedor de cuidado de la salud de Empire debido a que usted presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad.

Le daremos cualquier ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluyen proveerle servicios de intérprete o ayuda si tiene problemas de la vista y/o audición. Usted puede elegir a alguien (como un pariente o amigo o un proveedor) para que actúe por usted. Para presentar una queja o para apelar un plan de acción, llame al: 1-800-950-7679 o escriba a:  
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus  
Grievance and Appeals  
P.O. Box 1198  
New York, NY 10116

Cuando nos contacte, deberá darnos su nombre, dirección, número telefónico y los detalles del problema.

### **Reclamos y quejas**

#### **¿Qué es una queja?**

Una queja es cualquier comunicación de usted hacia nosotros de insatisfacción sobre el cuidado y tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero hacia usted o no le gusta la calidad del cuidado o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentarnos una queja.

#### **El proceso de queja**

Puede presentarnos una queja oralmente o por escrito. La persona que recibe su queja la registrará y el personal apropiado del plan supervisará la revisión de la queja. Si su queja puede ser decidida inmediatamente (el mismo día) a su satisfacción, no responderemos por escrito. Le enviaremos una carta diciéndole que recibimos su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión si no podemos resolver el asunto a su satisfacción tan rápido como el mismo día. Nuestro acuse de recibo

de la queja será enviado en un plazo de 15 días de recibirla. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta dentro de uno de dos periodos de tiempo:

- Si un retraso aumentaría significativamente el riesgo a su salud, decidiremos en un plazo de 48 horas después de recibir la información necesaria y en no más de siete días calendario. Será notificado por teléfono y también recibirá notificación escrita de la decisión en un plazo de tres días laborales de la decisión.
- Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días después de recibir la información necesaria, pero el proceso debe ser completado en un plazo de 60 días del recibo de la queja. El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es en su interés. Recibirá notificación escrita de la decisión en un plazo de tres días laborales de la decisión.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su queja y nuestra decisión sobre su queja. Todas las quejas, ya sea respondidas por escrito o no, serán registradas, documentadas y rastreadas para fines de mejora de la calidad.

### **¿Cómo apelo la decisión de una queja?**

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, usted puede solicitar una segunda revisión de su asunto presentando una apelación de la queja. Debe presentar una apelación de la queja por escrito.

Debe ser presentada en un plazo de 60 días laborales después de recibir nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez recibamos su apelación, le enviaremos un acuso de recibo por escrito diciéndole el nombre, dirección y número telefónico de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán dirigidas por profesionales apropiados, incluidos profesionales de cuidado de la salud para quejas que involucran asuntos clínicos, que no estaban involucrados en la decisión inicial.

Para apelaciones estándares, tomaremos la decisión de la apelación en un plazo de 30 días laborales después de recibir toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en la toma de nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo a su salud, usaremos el proceso acelerado para apelación de quejas. Para apelaciones aceleradas de quejas, tomaremos nuestra decisión en un plazo de dos días laborales del recibo de la información necesaria. Para ambas apelaciones estándares y aceleradas de quejas, le proveeremos notificación por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá los motivos detallados para nuestra decisión y, en casos que involucran asuntos clínicos, los fundamentos clínicos para nuestra decisión.

## **Acciones y apelaciones de acciones**

### **¿Qué es una acción?**

Cuando Empire deniega o limita cobertura de servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud para un referido; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; reduce, suspende o finaliza cobertura de servicios que ha autorizamos; deniega pago por servicios; no provee servicios oportunamente; o no toma determinaciones de quejas o apelaciones dentro de los periodos de tiempo requeridos, esas son consideradas acciones del plan. Una acción está sujeta a apelación.

(Vea la sección sobre ¿Cómo presento una apelación de una acción? para más información).

## **Tiempos de la notificación de acción**

Si decidimos denegar o limitar servicios que solicitó o decidimos no pagar por todo o parte de un servicio, le enviaremos una notificación cuando tomemos nuestra decisión.

Si estamos proponiendo reducir, suspender o finalizar un servicio que esté autorizado, nuestra carta será enviada por lo menos 10 días antes de que pretendamos cambiar el servicio.

## **Contenido de la notificación de acción**

Cualquier notificación que le enviemos sobre una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o pretendamos tomar
- Citará los motivos para la acción, incluidos los fundamentos clínicos, si hay
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluido si también puede tener derecho al proceso de apelación externa del estado)
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica usados para tomar la decisión, si la acción involucró asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o investigativo
- Describirá la información, de haber alguna que debe ser provista por usted y/o su proveedor con el fin de que podamos tomar una decisión sobre la apelación

Si estamos reduciendo, suspendiendo o finalizando un servicio autorizado, la notificación también le dirá sobre su derecho a que los servicios continúen mientras decidamos sobre su apelación; cómo solicitar que los servicios sean continuados y las circunstancias bajo las cuales usted podría tener que pagar por servicios si son continuados mientras estábamos revisando su apelación.

## **¿Cómo presento la apelación de una acción?**

### **¿Cómo contacto a Empire para presentar una apelación?**

Si no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, usted puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos examinar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una acción ante el plan oralmente o por escrito. Cuando el plan le envíe una carta sobre una acción que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar por servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 45 días calendario desde la fecha de nuestra carta que le notifica la acción. Si nos llama para presentar su solicitud de una apelación, debe enviar una solicitud escrita a menos que pida una revisión acelerada.

Se puede comunicar con nosotros llamado al **1-800-950-7679** o escribiendo a:

Grievance and Appeals  
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus  
P.O. Box 1198  
New York, NY 10116

Si necesita ayuda para presentar su apelación debido a barreras de idioma, problemas auditivos, de habla o de otra naturaleza, nuestro departamento de Servicios al Miembro lo ayudará.

La persona que recibe su apelación la registrará y el personal apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación y cómo la manejaremos.

Si su apelación fue presentada oralmente, también le proveeremos un resumen de la apelación tal como usted la describió. Su apelación será revisada por personal clínico conocedor que no estuvo involucrado en la decisión inicial del plan o la acción que está apelando.

### **Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación**

Si está apelando la cobertura de una reducción, suspensión o finalización de servicios que está autorizado actualmente para recibir, puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras estamos decidiendo su apelación.

Debemos continuar dando su servicio si nos lo solicita a más tardar en 10 días desde nuestro correo con la notificación sobre nuestra intención de reducir, suspender o finalizar la cobertura de sus servicios, o antes de la fecha efectiva pretendida de nuestra acción si el periodo original cubierto por la autorización de servicio no ha expirado. Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación, se haya cumplido el periodo de autorización original para sus servicios o hasta 10 días después que le enviemos por correo su notificación sobre nuestra decisión de la apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que usted haya solicitado una Audiencia imparcial de Medicaid del Estado de New York con continuación de servicios. (Vea la sección sobre Audiencias imparciales del estado para más información.)

Aunque puede solicitar una continuación de servicios mientras su apelación está en revisión, si su apelación no es decidida a su favor, tal vez le exijamos que pague por estos servicios si fueron provistos solo porque usted pidió continuar recibéndolos mientras su apelación estaba siendo revisada.

### **¿Cuánto tiempo le tomará a Empire para decidir mi apelación de una acción?**

A menos que usted pida una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito lo más pronto que su condición de salud lo requiera, pero a más tardar en 30 días desde el día en que recibimos una apelación. El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es en su interés. Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de examinar cualquier de sus registros que sean parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que tomamos sobre su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si reversamos nuestra decisión de denegar o limitar la cobertura de servicios solicitados, o reducimos, suspendemos o finalizamos servicios y los servicios no fueron suministrados mientras su apelación estaba pendiente, le proveeremos los servicios en disputa lo más pronto que su condición de salud lo requiera.

En algunos casos, usted puede solicitar una apelación acelerada (vea la sección de Proceso de apelación acelerada a continuación para más información).

## **Proceso de apelación acelerada**

Si usted o su proveedor sienten que tomar el tiempo para una apelación estándar podría dar como resultado un problema grave a su salud o vida, usted puede pedir una revisión acelerada de su apelación de la acción. Le responderemos con nuestra decisión en un plazo de dos días laborales después de recibir toda la información necesaria. En ningún caso, el tiempo para emitir nuestra decisión será de más de tres días laborales después de recibir su apelación. (El periodo de revisión puede ser aumentado hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es en su interés).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar su apelación, haremos nuestro mejor esfuerzo para contactarlo en persona e informarle que hemos denegado su solicitud para una apelación acelerada y la manejaremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud para una apelación acelerada en un plazo de dos días después de recibir su solicitud.

## **Si Empire deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?**

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, la notificación que reciba explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede aparecer en la audiencia en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar el recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud. Si denegamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o investigativo, la notificación también explicará cómo pedir al estado de New York una apelación externa de nuestra decisión.

## **Audiencias imparciales del estado**

Si no decidimos la apelación totalmente a su favor, usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York en un plazo de 60 días desde la fecha en que le enviamos la notificación sobre nuestra decisión de su apelación.

## **Un miembro de Empire debe agotar el proceso de apelación interna de Empire antes de que pueda solicitar una audiencia imparcial del estado.**

Si su apelación involucraba la reducción, suspensión o finalización de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted ha solicitado una audiencia imparcial, también puede solicitar el continuar recibiendo estos servicios mientras está esperando la decisión de la audiencia imparcial. Debe marcar la casilla en el formulario que envía para solicitar una audiencia imparcial para indicar que usted desea los servicios en cuestión para continuar. Su solicitud para continuar los servicios debe ser hecha en un plazo de 10 días desde la fecha en que la decisión de la apelación fue enviada a nosotros o antes de la fecha efectiva pretendida de nuestra acción para reducir, suspender o finalizar sus servicios, lo que ocurra posterior. Sus beneficios continuarán hasta que retire la apelación; finalice el periodo de autorización original para sus servicios; o el oficial de audiencia imparcial del estado emita una decisión de la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el oficial de la audiencia imparcial revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa con prontitud, lo más pronto que su condición de salud lo requiera. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables por el pago de los servicios cubiertos ordenado por el oficial de la audiencia imparcial.

Aunque usted puede solicitar el continuar servicios mientras está esperando por la decisión de su audiencia imparcial, si su audiencia imparcial no es a su favor, usted puede ser responsable por el pago de los servicios que eran el sujeto de la audiencia imparcial.

### **Apelaciones externas del estado**

Si denegamos su apelación porque determinamos que la cobertura del servicio no es necesaria por motivos médicos o es experimental o investigativa, puede pedir una apelación externa del estado de New York. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan para nosotros o el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o en base a que el servicio es experimental o investigativo, le proveeremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluyendo un formulario en el cual presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante Departamento de Seguros del Estado de New York en un plazo de cuatro meses desde la fecha en que denegamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Podrá ser necesario más tiempo (hasta cinco días laborales) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión final en un plazo de dos días laborales después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decir que un retraso causará grave perjuicio a su salud. Esto se conoce como una apelación externa acelerada. El revisor de apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta informándole la decisión.

Puede pedir tanto una audiencia imparcial y una apelación externa. Si pide una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la audiencia imparcial será la decisión final.

### **Si desea cancelar su inscripción (Cancelación de inscripción voluntaria)**

Puede iniciar la cancelación de la inscripción en cualquier momento y por cualquier motivo mediante notificación oral o escrita a Empire. Si cancela la inscripción oralmente, le daremos una confirmación escrita del recibo de su solicitud oral.

Su encargado de cuidado discutirá su decisión por teléfono y, a petición suya, una enfermera de reevaluación puede reunirse con usted en su casa e intente resolver la circunstancia que lo llevó a solicitar cancelar su inscripción. Si no podemos resolver el asunto, lo ayudaremos a planear su cuidado después de la cancelación de su inscripción. La fecha efectiva de cancelación de su inscripción es el primer día del mes después de que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York procese la solicitud.

Empire continuará dando y organizando servicios cubiertos hasta la fecha efectiva de cancelación de su inscripción. Empire le notificará la fecha en que la cancelación de su inscripción entre en vigencia.

Si usted necesita servicios continuos que vayan a ser proporcionados por la HRA, la fecha efectiva de cancelación de su inscripción puede ser afectada por el periodo de tiempo que toma a la HRA aprobar su solicitud de servicios.

Se considera que cualquier miembro del plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire que se une y/o recibe servicios de otro plan de cuidado administrado capitado por Medicaid, un programa de exención de servicios de Medicaid de base domiciliaria y comunitaria o un programa de tratamiento diurno de la OPWDD o está participando en un programa de hospicio ha iniciado la cancelación de su inscripción del plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire.

### **Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria)**

Si Empire siente que es necesario cancelar su inscripción involuntariamente, debemos obtener autorización de la HRA. Empire no cancelará su inscripción involuntariamente en base a un cambio adverso en su estado de salud o la necesidad y/o costo de servicios cubiertos. Los motivos para la cancelación involuntaria de su inscripción están delineados a continuación. La HRA notificará a los miembros cuya inscripción fue cancelada involuntariamente de sus derechos de apelación. Empire continuará dando y organizando servicios cubiertos hasta la fecha efectiva de cancelación de su inscripción.

Su inscripción en el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire puede ser cancelada si:

- Usted, su familia, apoyo informal o cuidador informal se involucra en conducta o comportamiento que perjudique gravemente la capacidad de Empire para ofrecer servicios a usted o a otros inscritos.
- No paga, o hace arreglos para pagar, cualquier monto adeudado como spend down (aportación limitada)/excedente de Medicaid a Empire en un plazo de 30 días después del vencimiento del monto, siempre y cuando durante ese periodo de 30 días Empire haga primero un esfuerzo razonable para cobrar el monto, incluida una solicitud de pago por escrito e informándole por escrito de la posible cancelación de su inscripción
- Deliberadamente no completa y envía cualquier consentimiento o divulgación necesaria
- Deliberadamente presenta información falsa o de otra forma engaña a Empire o participa en conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto significativo de su afiliación al plan
- Su médico se rehúsa a colaborar con Empire y el inscrito en el desarrollo e implementación del plan de cuidado; colaboración del médico significa la voluntad de usar proveedores de la red y escribir órdenes para servicios cubiertos

Su inscripción en el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire será cancelada si:

- Ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid

- Ya no reside en el área de servicio
- Ha estado ausente del área de servicio por más de 60 días consecutivos
- Está hospitalizado o ha entrado a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o la Oficina de Servicios para Abuso de Alcohol y Sustancias por 45 días o más
- Clínicamente requiere cuidado en asilo de ancianos pero no es elegible para dicho cuidado bajo las reglas institucionales del programa Medicaid
- Ya no es elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos según lo determinado en la última evaluación integral del año calendario usando la herramienta de evaluación prescrita por el Departamento de Salud del Estado de New York; a menos que la HRA y Empire aceptan que la finalización de servicios provistos por Empire podría resultar en que usted sea elegible para nivel de cuidado en asilo de ancianos dentro del periodo subsiguiente de seis meses

## **Derechos y responsabilidades como miembro de Empire**

### **Sus derechos incluyen<sup>†</sup>:**

- Tiene derecho a recibir cuidado necesario por motivos médicos
- Tiene derecho a negarse a acceso oportuno a cuidado y servicios
- Tiene derecho a privacidad sobre sus registros médicos y cuando recibe tratamiento
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles en una forma y lenguaje que entienda
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que entienda; puede recibir servicios de traducción oral gratuitamente
- Tiene derecho a recibir información necesaria para dar consentimiento informado antes del inicio del tratamiento
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y pedir que los registros sean enmendados o corregidos
- Tiene derecho a participar en decisiones sobre su cuidado de la salud, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usada como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza
- Tiene derecho a recibir cuidado sin importar el sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad de origen, orientación sexual, estado civil o religión
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de cuidado administrado a largo plazo, incluyendo cómo puede recibir beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en el red de Empire
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o el Departamento de Servicios Sociales de su localidad; y, el derecho a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York o en algunas instancias solicitar una apelación externa del estado de New York
- Tiene derecho a designar a alguna persona para que hable por usted sobre su cuidado y tratamiento
- Tiene derecho a hacer directivas anticipadas y planes sobre su cuidado

---

<sup>†</sup> (Estos derechos están basados en requisitos encontrados en PHL 4408, 10 NYCRR 98-1.14 y 42 CFR 438.100)



**Sus responsabilidades incluyen:**

- Recibir todos sus beneficios cubiertos a través de Empire y obtener autorización para servicios según se requiera
- Proporcionar información médica y personal clara y completa sobre su persona a sus proveedores y representantes de Empire
- Ponerse en contacto con nosotros cuando necesite ayuda o tiene una pregunta
- Seguir su plan de cuidado que fue acordado y solicitar cambios según sea necesario
- Hacer todo esfuerzo posible para pagar a Empire cualquier monto excedente de Medicaid adeudado
- Mantener elegibilidad para Medicaid
- Notificar a Empire cuando está lejos o fuera de la ciudad

**Financiamiento y pago de Empire**

Cuando se inscribe, Empire recibe un solo pago mensual de Medicaid para proporcionar y pagar por todos los servicios cubiertos listados en el cuadro de beneficios de Empire. No se le cobrará ninguna prima, copago o deducible.

**Pago de proveedores de la red por parte de Empire**

Todos los proveedores de la red están bajo contrato con Empire para los servicios que proveen. Los proveedores de Empire nunca deben cobrarle un copago. Si recibe una factura directamente de un proveedor, llame al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 y ellos le resolverán la situación.

**Si tiene un excedente de Medicaid**

En el estado de New York, usted puede recibir Medicaid aun si sus ingresos mensuales están por encima de la tasa permitida por Medicaid, siempre y cuando esté dispuesto a pagar lo que Medicaid llama spend down (aportación limitada).

Este monto es determinado por la HRA y Empire es responsable por cobrarle ese monto a usted. Si usted adeuda un excedente mensual, recibirá una factura de Empire por el monto adeudado. Si usted no paga el monto adeudado en un plazo de 30 días después de recibir la factura, Empire tiene derecho a iniciar el proceso de cancelación de su inscripción. Si tiene un excedente de Medicaid, le serán explicados los detalles específicos con respecto al proceso de pago. Vea la sección sobre Cancelación de la afiliación (Cancelación de inscripción involuntaria) para más información. El plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire coordinará con otros pagadores.

Los proveedores enviarán facturas a Medicare y a otras aseguradoras externas antes de que el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire vaya a pagar por los servicios. Usted no es responsable por ningún pago relacionado con servicios cubiertos. Si un proveedor de servicios cubiertos le envía una factura directamente, debe ponerse en contacto con el departamento de Servicios al Miembro al 1-800-950-7679 para que ellos puedan ayudarlo a resolver este asunto.

## **Información que Empire proveerá a petición**

La siguiente información deberá ser provista a petición de un miembro o potencial miembro:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y posiciones oficiales de los miembros de la Junta Directiva y oficiales de Empire, incluyendo personas controladoras, propietarios o socios de Empire
- Información sobre la estructura y funcionamiento de Empire
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de Empire, incluyendo un balance general y un resumen de recibos y desembolsos preparado por un contador público autorizado
- Los procedimientos para proteger la confidencialidad de registros médicos y otra información del miembro
- Una descripción escrita de arreglos organizacionales y procedimientos corrientes del programa de aseguramiento de calidad de Empire
- Afiliaciones individuales de los profesionales de salud con los hospitales participantes, de haber alguna
- Procedimientos seguidos por Empire en la toma de decisiones sobre la naturaleza experimental o investigativa de medicamentos individuales, dispositivos o tratamiento médico en pruebas clínicas
- Los procedimientos de solicitud y requisitos de calificación mínimos escritos para proveedores de cuidado de la salud considerados por Empire
- Criterios de revisión clínica específicos por escrito relacionados con una condición o enfermedad en particular

Si desea alguna de la información anterior, usted o su representante designado pueden llamar al 1-800-950-7679 o escribir a:

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus  
P.O. Box 1198  
New York, NY 10116

Simplemente indique cuáles documentos está solicitando y se los enviaremos por correo en un plazo de 10 días laborales.

## **Números telefónicos importantes para el plan de cuidado administrado a largo plazo de Empire**

<b>Empire Servicios al Miembro</b> .....	1-800-950-7679
<b>Empire TTY</b> .....	1-877-563-7974
<b>Servicio de Retransmisión de AT&amp;T para discapacidades auditivas</b> .....	1-800-421-1220
<b>24/7 NurseLin</b> .....	1-800-950-7679
<b>Encargado de cuidado</b> .....	1-800-950-7679

### **Qué debe hacer en una emergencia médica**

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

### **Línea directa para reclamos de cuidado administrado a largo plazo del Estado de New York**

**Departamento de Salud del Estado de New York (Reclamos)**.....1-866-712-7197

Oficina del plan de salud comunitaria de Empire  
21 Penn Plaza  
360 W. 31st St.  
New York, NY 10001

## Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha efectiva original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra en el pie de página de esta notificación.

**Lea con atención esta notificación. Esta le informa quien puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener seguro este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Esto significa que si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Programa Children's Health Insurance (Seguro de salud de los niños) después que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aceptar y pagar por su cuidado de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
  - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
  - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
  - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
  - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:
  - Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
  - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

### **¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
  - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
  - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes que se los brinden
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no

desea esto, visite [mss.empireblue.com/pages/privacy-policy.aspx](http://mss.empireblue.com/pages/privacy-policy.aspx) para obtener más información.

- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
  - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
  - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
  - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

#### **Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:**

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación de trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

#### **¿Cuáles son sus derechos?**

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede

- ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

### **¿Qué tenemos que hacer?**

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en esta notificación.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a algunas otras direcciones o enviarla en una forma diferente del correo regular si lo pide por razones que tienen sentido, tal como si está en peligro.

Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.

- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

### **Podemos ponernos en contacto con usted**

Usted acepta que nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviar mensajes de texto a cualquier número telefónico que usted nos dé, incluyendo un número de teléfono inalámbrico, usando un sistema automático de marcación telefónica y/o un mensaje pregrabado. Sin límite, estas llamadas o mensajes de texto pueden ser acerca de opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con salud, inscripción, pago o facturación.

### **¿Qué pasa si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios al Miembro al **1-800-300-8181**. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al **711**.

### **¿Qué pasa si tiene un reclamo?**

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios al Miembro o contactarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted reclama.

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

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza, Suite 3312  
New York, NY 10278  
Teléfono: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697  
Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicaremos en el sitio web en [mss.empireblue.com/pages/privacy-policy.aspx](http://mss.empireblue.com/pages/privacy-policy.aspx).

### **Su información personal**

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud
  - Hábitos
  - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Doctores
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.