

Hoja de información de miembros

Información de contacto de Centros de Salud del norte del estado de Nueva York (Health Homes of Upstate New York, HHUNY por sus siglas en inglés)

Línea principal 1-585-613-7659

Línea gratuita 1-855-613-7659

Agencia de Gestión de Atención

Línea de ayuda de Medicaid (gratis) 1- 800-541-2831

Alternativas para la resolución de quejas:

- **Línea de quejas de la Agencia de Gestión de Atención**
- Línea de quejas de los Centros de Salud del norte del estado de Nueva York 1-855-209-1142
- Departamento de Salud, línea de proveedores de Centros de Salud (*Health Homes*) 1-518-473-5569
(para atender las quejas generales con relación a cualquier Centro de Salud)
- Departamento de Asuntos del Consumidor 1-800-206-8125
(para atender las quejas con relación a los planes de atención médica administrada) managedcarecomplaint@health.ny.gov
- Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados 1-518- 402-3096
(OTDA, por sus siglas en inglés)
(Una de las políticas del estado de Nueva York es dar los pasos razonables para superar las barreras en el idioma en los programas y servicios públicos. Para hacer esto, la meta de la OTDA es: 1) hablar en su idioma y 2) ofrecer formularios y documentos virtuales en los idiomas hablados con más frecuencia: inglés, árabe, chino, criollo haitiano, italiano, coreano, ruso y español).

Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados:

- Acceso en distintos idiomas - llame al (518) 402-3096 para acceder a servicios de asistencia gratuita en otros idiomas.

¿Cómo puedo solicitar una Audiencia Estatal Equitativa? Una Audiencia Equitativa es una oportunidad para que le cuente a un Juez Administrativo (de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del estado de NY, Oficina de Audiencias Administrativas) por qué piensa que una decisión sobre su caso - tomada por los servicios sociales locales - es incorrecta.

Puede solicitar una audiencia equitativa a través de los siguientes medios:

- 1) Teléfono: llamando al número estatal gratuito 1-800-342-3334
- 2) Fax: (518) 473-6735
- 3) En línea: complete y envíe el formulario de solicitud en línea visitando <http://otda.ny.gov/programs/applications/>
- 4) Por correo: The Fair Hearing Section

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, New York 12201

Números del servicio para miembros de los planes de atención médica administrada

| | |
|----------------------------------|---|
| CDPHP | 1-800-388-2994 |
| Excellus BlueCross BlueShield | 1-800-650-4359 |
| Fidelis Care | 1-888-FIDELIS/1-888-343-3547 |
| Health Now | Centro Oeste de Nueva York 1-866-638-9011 |
| Health Now | Centro Este de Nueva York 1-800-856-0480 |
| Independent Health Association | 1-800-501-3439 |
| MVP Health Plan | 1-800-852-7826 |
| Molina Health Care | 1-800-223-7242 |
| United Healthcare Community Plan | 1-800-493-4647 |
| YourCare | 1-800-683-3781 |
| Wellcare | 1-800-288-5441 |



Derechos y responsabilidades de los miembros de los Centros de Salud (*Health Homes*)

Cuando se inscribe como participante en el Programa de Centros de Salud a través de la red HHUNY de Agencias de Atención para la Salud, queremos que sepa que es un socio en el proceso de la gestión de la atención de la salud. Como miembro inscrito tiene derechos y responsabilidades que usted, HHUNY y su equipo de cuidados han acordado para asistirle en el seguimiento exitoso del plan seleccionado.

Sus derechos:

- Tiene el derecho de ser tratado con dignidad y respeto.
- Tiene el derecho a un trato justo sin importar la raza, etnicidad, credo, afiliación religiosa, orientación sexual, identidad de género, discapacidades, edad y estatus de salud.
- Tiene el derecho de mantener su información privada; HHUNY divulgará únicamente la información a aquellas partes que usted autorice para los fines relacionados con los cuidados de la salud.
- Tiene el derecho de hablar de forma abierta y sincera con su gestor de salud con relación a sus elecciones, objetivos y metas del plan de atención.
- Tiene el derecho de participar en el desarrollo de su plan de atención.
- Tiene el derecho a una oferta de servicios competente culturalmente.
- Tiene el derecho a la información correcta sobre HHUNY, sus proveedores de atención de salud contratados, servicios disponibles y el papel del proveedor de la atención para la salud en el proceso de gestión de cuidados.
- Tiene el derecho de conocer los grupos de defensa y grupos comunitarios, además de los servicios de prevención.
- Tiene el derecho de introducir libremente una queja, reclamo o apelación, y de descubrir cómo hacerlo.*
- Tiene el derecho a conocer sobre las leyes que se relacionan con sus derechos y responsabilidades.
- Tiene el derecho de conocer sus derechos y responsabilidades en el proceso de gestión de atención.

Sus responsabilidades:

- Tiene la responsabilidad de tratar a los que le ofrecen servicios de gestión de atención de forma digna y respetuosa.
- Tiene la responsabilidad de entregar a su gestor de atención la información necesaria para ofrecerle las mejores opciones disponibles que le ayuden a cumplir exitosamente los resultados de su plan.
- Tiene la responsabilidad de hacer abiertamente preguntas sobre la gestión de atención a su gestor de cuidados.
- Tiene la responsabilidad de ayudar a desarrollar y seguir el plan de atención acordado y comunicar si siente que el plan de atención ya no está funcionando y debe ser cambiado.
- Tiene la responsabilidad de indicar a su gestor de atención cuando haya cambios que impacten su plan de atención, incluyendo cambios en sus medicamentos.
- Tiene la responsabilidad de asistir a sus citas y notificar al gestor de atención o a cualquier otro proveedor de tratamientos con antelación si necesita cancelar una cita.
- Tiene la responsabilidad de no tomar ninguna acción que pueda lastimar a los demás.
- Tiene la responsabilidad de reportar fraudes o abusos a su gestor de atención, a HHUNY o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.*
- Tiene la responsabilidad de reportar abiertamente cualquier preocupación sobre la calidad del servicio que reciba.
- Tiene la responsabilidad de avisar al gestor de atención cualquier cambio en su información de contacto, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono, etc. o cualquier cambio del que esté al tanto en su cobertura de Medicaid.
- Tiene el derecho y la responsabilidad de comprender y ayudar a desarrollar planes y metas para mejorar su estatus de salud/vida.

Firma del miembro

Fecha

Firma CM

Fecha