



¿Qué necesito saber para inscribirme en Asistencia Médica Administrada Medicaid?

SI SOY BENEFICIARIO DE MEDICAID, ¿TENGO QUE AFILIARME A UN PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA ADMINISTRADA MEDICAID?

Si ya es beneficiario de Medicaid, quizá tenga que afiliarse a un plan de Asistencia Médica Administrada Medicaid, también conocido como Organización de Mantenimiento de Salud (HMO). A menos que usted se encuentre exento o que esté excluido de la Asistencia Médica Administrada, deberá afiliarse a una HMO. Si una persona es “exenta”, significa que no tiene que afiliarse a menos que lo desee. Si una persona está “excluida” significa que no puede afiliarse a un plan.

Cuando se inscribe en una HMO, normalmente elige un médico que será su “médico de atención primaria”. Este médico lo derivará a otros médicos o especialistas si es necesario. Cuando se inscribe en una HMO, normalmente recibirá toda la atención médica de proveedores asociados con esa HMO, de lo que se conoce como “red de prestadores”.

¿QUÉ TENGO QUE HACER CUANDO RECIBA CORRESPONDENCIA DE “MEDICAID CHOICE DE NUEVA YORK”?

Si recibe un sobre de “Medicaid Choice de Nueva York” no lo ignore.

Puede recibir el sobre poco después de re-certificarse para recibir Asistencia Pública o Medicaid.

Debe actuar con rapidez. Una vez que recibe el paquete de afiliación, tiene 60 días para afiliarse a una HMO o se lo asignará automáticamente a un plan de Medicaid. El plan que se le asigne puede no ser el más indicado para su situación.

¿CÓMO SE SI DEBO AFILIARME A UNA HMO?

Lea detenidamente el folleto que viene en el sobre para saber si usted está excluido. Ejemplos de personas exentas, son individuos con VIH, personas que no pueden ser atendidos por una HMO debido a problemas con el idioma, y personas que participan de tratamientos a largo plazo por abuso de alcohol u otras sustancias. Lea la Hoja informática de MFY: “Asistencia Médica Administrada Medicaid: Principios Básicos”. Si usted no está exento, debe afiliarse a una HMO.

¿CÓMO HAGO PARA SER EXCLUIDO O EXENTO PARA UNA HMO?

Para ser excluido, debe solicitar un formulario de exención a Medicaid CHOICE. Estos formularios están sólo disponibles mediante Medicaid CHOICE. Puede comunicarse con la línea de ayuda al 1-800-505-5679 y hablar con un Asesor de Exenciones. Si completa y presenta la solicitud de exención o exclusión dentro de los 60 días, su solicitud detendrá temporariamente el período de asignación automático. Esto significa que usted no será asignado automáticamente a un plan, hasta que se haya tomado una decisión con respecto a la solicitud de exención.

Si su solicitud de exención o exclusión es denegada, usted puede apelar la denegación mediante un juicio imparcial del Departamento de Servicios Sociales. Tiene 60 días para solicitar el juicio imparcial desde la fecha del aviso de denegación. El aviso de denegación incluirá información sobre cómo solicitar un juicio imparcial. Si solicita el juicio imparcial dentro de los 10 días de recibido el aviso, usted recibirá Medicaid *fee for service*, en vez de ser asignado automáticamente a una HMO, hasta que se tome una decisión sobre su

caso. Si usted no solicita un juicio imparcial dentro de los 10 días, se le asignará automáticamente una HMO, y deberá permanecer en esa HMO a menos que gane el juicio imparcial y resulte exento.

¿CON QUIÉN PUEDO PONERME EN CONTACTO SI TENGO MÁS PREGUNTAS?

Deber llamar a Medicaid CHOICE al 1-800-505-5679 para obtener más información que lo ayude a decidir a qué plan afiliarse. Medicaid CHOICE es una compañía que lo ayudará a elegir la HMO. Dicha compañía debe proveerle información sobre cómo afiliarse a una HMO en su propio idioma. Antes de llamar a Medicaid CHOICE, lea y piense sobre las preguntas listadas en la hoja informativa de MFY: “¿Cómo elijo un nuevo plan de Asistencia Médica Administrada Medicaid?”

Si no reacciona dentro de los 60 días de recibido el paquete, Medicaid CHOICE le asignará un plan automáticamente.

¿TENGO QUE CONSERVAR MI CREDENCIAL DE MEDICAID SI ME AFILIO A UNA HMO?

Sí. La necesitará para cosas que la HMO no cubre, como servicios dentales, medicamentos de la farmacia, y servicios de planeación familiar.