

# public benefits

for low-income individuals and families  
applying for and using  
public benefit programs

child health plus

Center for  
Benefits and  
Services

Community  
Service  
Society | Fighting Poverty  
Strengthening  
New York

The Community Service Society of New York, a non-partisan social services agency, has been in the forefront of the fight against poverty for over 150 years. It has pioneered programs for school children, low-income tenants, health care patients, immigrants and poor people of every color and race throughout its history. At the midway point of its second century, CSS continues to do research on the causes and solutions to poverty-induced problems and to provide needy people with direct emergency help. Using advocacy and court challenges, CSS works to effect societal changes to improve the lives of those in poverty and empower them to provide better conditions for their children and communities.

Part of CSS, the Center for benefits and Services (CBS) is a single source for social service providers for information, training, and expert case assistance on the full range of government benefit and subsidized housing programs. The Center provides training on government benefits, telephone consultations to service providers, direct assistance to the general public and publications, including the *PBRC Manual*, a comprehensive guide to government benefit programs.

**Community Service Society of New York**  
**105 East 22<sup>nd</sup> Street**  
**New York, NY 10010**  
[www.cssny.org](http://www.cssny.org)

# **Child Health Plus**

## **Center for Benefits and Services**

### **UN PROGRAMA DEL COMMUNITY SERVICE SOCIETY**

Written by Diane Wenzler  
Director of Benefits Publications and Research

Edited by Santa Soriano  
Benefits Training and Technical Assistance Specialist

***Can be copied without CSS permission***

Publication of this brochure was made possible with funding from  
the Booth Ferris Foundation



**Last Updated: junio 2008**

# Child Health Plus

## ¿Qué es Child Health Plus?



Child Health Plus es un programa de seguro médico financiado por el estado y el gobierno federal que ofrece seguro médico gratis o de bajo costo para niños que no tienen seguros. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH) combinó los dos programas de seguro médico para niños del estado de Nueva York, Medicaid y Child Health Plus (CHPlus). Estos programas ahora se llaman CHPlus A (antiguamente Medicaid para niños solamente) y CHPlus B (antiguamente CHPlus).

## ¿Cuál es la diferencia entre CHPlus A/Medicaid y CHPlus B?

- Las instrucciones sobre ingresos de CHPlus A/Medicaid son más estrictas que para CHPlus B, la cantidad que los niños cuyos ingresos familiares son demasiados altos para Medicaid podrían recibir CHPlus B.
- CHPlus A/Medicaid tiene en cuenta la situación inmigratoria de los niños mientras que CHPlus B no. Niños inmigrantes sin documentación del U.S. Citizenship and Immigration Services, pueden aplicar por CHPlus B.
- CHPlus A/Medicaid cubre la atención institucional mientras que CHPlus B no.

## ¿Qué servicios médicos cubre CHPlus A/Medicaid?

Si su niño es elegible, CHPlus A/Medicaid pagará las siguientes facturas médicas:

- visitas al médico y al dentista
- atención en el hospital
- medicamentos
- servicios de planificación de la familia
- atención del embarazo
- atención de la vista y anteojos
- audífonos



- suministros médicos como muletas
- atención médica para niños y adolescentes
- atención médica domiciliaria
- atención en un hogar de ancianos
- servicios de laboratorio y radiografías
- transporte a las citas médicas

### *¿Qué facturas cubre CHPlus B?*

Si su niño es elegible, CHPlus B pagará las siguientes facturas médicas:

- hospitalización como internado
- exámenes médicos regulares
- servicios de médicos, optometristas, enfermeras, comadres y otro personal profesional relacionado
- vacunaciones
- diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones
- análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico
- servicios de la sala de emergencia
- atención de emergencia, preventiva y de rutina de la vista, incluyendo anteojos
- atención dental de emergencia, preventiva y de rutina, excepto ortodoncia y cirugía plástica
- terapia con radiación
- quimioterapia
- hemodiálisis
- terapia física limitada
- salud mental y servicios de abusos de alcohol y sustancias como paciente externo
- salud mental y servicios de abusos de alcohol y sustancias como paciente internado
- medicamentos recetados y de venta libre
- servicios del habla y la audición
- equipos médicos durables
- tratamiento de la diabetes
- acceso telefónico las 24 horas al asesoramiento médico



### **¿Cómo uso a CHPlus A/Medicaid?**

Si se determina que su niño es elegible para recibir CHPlus A/Medicaid, se

inscribirá a él o ella en un plan de salud (Managed Care Plan). Quienes estén solicitando ingreso al Medicaid, deberán unirse a un plan de salud durante el proceso de solicitud. Y otros deberán ingresar a un plan de salud cuando les llamen para certificarse de nuevo para el Medicaid.

### *¿Cómo funciona el plan de salud?*

Según el plan de salud usted elige un médico personal, que se convierte en su médico de cabecera. El médico le proporcionará la atención médica o, de ser necesario, le enviará a un especialista. Si el plan no cubre servicios tales como recetas o atención dental, usted puede usar la tarjeta de beneficios para recibirlos fuera del plan de salud.

### *¿Puedo cambiar el plan de salud de mi niño si no me gusta?*



Sí, puede. Puede cambiarlo dentro de los primeros 90 días de la inscripción. Después del período de 90 días, no puede cambiar el plan durante otros 9 meses. Pero, si lo desea, puede cambiar el médico de su niño hasta dos veces por año.

### *¿Cómo presento una queja sobre un plan de salud?*

Si no le agrada la atención que recibe de su plan de salud, tiene el derecho a quejarse al plan. También puede quejarse ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **(800) 206-8125**.

### **¿Cómo hago para usar CHPlus B?**

Si se determina que su niño es elegible para recibir CHPlus B, tendrá que inscribirlo en un plan de salud. Tendrá la opción de inscribirse en cualquier plan que atienda en su barrio. Para determinar qué planes atienden en su barrio, llame a la Línea Telefónica de Child Health Plus al **(800) 522-5006**.

### *¿Puede mi niño recibir beneficios de CHPlus A/Medicaid y CHPlus B?*

No, su niño puede solamente recibir uno o el otro, pero no ambos.

*¿Si mi niño es elegible para ambos CHPlus A/Medicaid y CHPlus B, podemos elegir el que queramos?*

No. Si su niño es elegible para ambos CHPlus A/Medicaid y CHPlus B, su niño solamente puede solicitar CHPlus A. Si no desea solicitar CHPlus A, no se le permitirá solicitar CHPlus B.

*¿Qué ocurre si uno de mis niños es elegible para recibir CHPlus A, pero mis otros niños no?*

Debido a que están en vigencia las normas expandidas de elegibilidad de CHPlus A/Medicaid, los niños más pequeños podrían ser elegibles para recibir CHPlus A/Medicaid, mientras que los niños mayores de la misma familia podrían recibir CHPlus B.

*Si uno de mis niños está cubierto bajo CHPlus A/Medicaid y otro niño está cubierto bajo CHPlus B, ¿tendrán mis niños que ver a médicos diferentes?*



Podría ocurrir. Sin embargo, la mayoría de los planes de salud que ofrecen CHPlus B también ofrecen CHPlus A/Medicaid. Pero, si usted lo desea, sus niños podrán inscribirse en planes de salud diferentes.

*Si todos mis niños están inscritos en CHPlus A/Medicaid, ¿tienen que pertenecer al mismo plan de salud?*

Sí, pueden. Pero no es necesario.

*Si todos mis niños están inscritos en CHPlus B, ¿tienen que pertenecer al mismo plan de salud?*

No, los niños en la misma familia pueden inscribirse en planes de salud diferentes que ofrecen CHPlus B.

*¿Recibirá mi niño una tarjeta del plan de salud CHPlus B?*

Sí, después de que se acepte a su niño en CHPlus B, él o ella recibirá una tarjeta por correo del plan de salud. Deberá usar esta tarjeta cuando su niño recibe la atención de su médico.

¿Cómo sabré qué médicos usar?

Una vez que se inscriba en CHPlus B, recibirá un “directorio de proveedores” que lista los médicos, hospitales, centros médicos, dentistas y farmacias que puede usar para su niño.

¿Cómo sabré cómo usar CHPlus B?

El plan que usted se inscribe le enviará un “Manual para miembros del plan de salud”. Este manual explica las normas que debe seguir para recibir el plan de salud.

**¿Quién puede recibir Child Health Plus?**



Solamente niños pueden recibir Child Health Plus. Los niños con bajos ingresos serán elegibles para recibir CHPlus A/Medicaid. Dichos niños cuyas familias tienen un ingreso más alto o no son elegibles para recibir CHPlus A/Medicaid debido a su situación inmigratoria, recibirían CHPlus B. Los requisitos se indican a continuación.

**¿Cuál puede ser la edad de mi niño?**

Para ambos, CHPlus A o B, su niño es elegible desde su nacimiento hasta el final del mes en el que cumplen los 19 años. O sea, si su niño cumple los 19 años el 12 de enero, continuarían recibiendo CHPlus A o B hasta el 31 de diciembre.

**¿Cuánto de ingreso puedo recibir para cumplir con los requisitos de CHPlus A/Medicaid?**

CHPlus A/Medicaid cuenta la mayoría, pero no todo el ingreso que usted pueda tener. CHPlus A/Medicaid suma todo su ingreso de todas las fuentes y luego resta ciertas deducciones tales como gastos relacionados con su trabajo, primas del seguro u otras deducciones para calcular su ingreso mensual neto. Después de que un empleado(a) calcula su ingreso mensual neto, lo va a comparar con los límites de ingresos permitidos.

*¿Cuáles son los límites de ingreso de CHPlus A/Medicaid?*

Los límites de ingreso que CHPlus A/Medicaid usa para decidir la elegibilidad de su niño dependen de sus edades. Los niños más jóvenes tendrán límites de ingreso más altos, los niños mayores tendrán límites de ingreso más bajos.

*¿Cuáles son los niveles de ingreso si tengo un niño menor de 1 año?*

En el año 2007, los niveles de ingreso neto para niños menores de un año son:

<i>Número de personas en la familia</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$1,734	2,334	2,934	3,534	4,134	4,734	+600

*¿Cuáles son los niveles de ingreso si tengo niños de 1 a 5 años de edad?*

<i>Número de personas en la familia</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$1,153	1,552	1,951	2,350	2,749	3,148	+399

*¿Cuáles son los niveles de ingreso si tengo niños de 6 a 18 años de edad?*

<i>Número de personas en la familia</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$867	1,167	1,467	1,767	2,067	2,367	+300

*¿Cuánto ingreso puedo recibir si deseo solicitar CHPlus B?*

CHPlus B cuenta la mayor parte del ingreso de su familia.

*¿Cuáles son los límites de ingreso?*

El ingreso de su familia no puede ser más de un 250% del Nivel Federal de Pobreza, vea el cuadro que sigue. Sin embargo, CHPlus B podrá cobrarle un pago de cuotas, dependiendo de su ingreso. Cuanto más alto sea su ingreso, tenga que pagar un pago más alto.

*¿Qué es un pago en cuotas?*

Un pago de cuotas es una cuota mensual que paga la familia a un plan de seguros para obtener los beneficios de dicho plan. Si usted no paga esta cuota (premium) no recibirá los beneficios del plan de seguro médico.

*¿Cuánto sería el pago en cuotas de CHPlus B?*

Depende del ingreso que tenga. Si su ingreso es menos del 160% del nivel federal de pobreza, no tiene que pagar ningún pago. Si su ingreso se encuentra entre un 160% y un 222% del nivel federal de pobreza, tendrá que pagar \$9 por mes por cada niño. Pero si tiene 3 o más niños, no tendrá que pagar más de \$27 por mes. Si su ingreso se encuentra entre los 222% y los 250% del nivel federal de pobreza, tendrá que pagar \$15 por mes por cada niño. Pero, si tiene 3 hijos o más, no tendrá que pagar más de \$45 por mes. Si su ingreso es superior al 250% del nivel federal de pobreza, podrá recibir CHPlus B, pero tendrá que pagar el costo completo del pago de cuotas. La cantidad depende del plan de salud en el que se inscribe.



Cuadro de Elegibilidad

<b>Child Health Plus B/Federal Poverty Levels (FPL's) 2008</b> (Gross Monthly Income)							
Family Size	1	2	3	4	5	6	Each additional person
Free	\$1,368	1,866	2,346	2,826	3,306	3,786	+480
\$9 per child per month	\$1,924	2,590	3,256	3,922	4,588	5,254	+666
\$15 per child per month	\$2,167	2,917	3,667	4,417	5,167	5,917	+750
<b>Over 250% FPL</b> Full Premium (varies from managed care plan)							

## ¿De cuántos recursos puedo ser dueño?

Ambos programas, CHPlus A/Medicaid y CHPlus B no tienen límites de recursos. Los recursos son las posesiones que usted tiene o posee un interés parcial. Algunos ejemplos de recursos incluyen una casa, un automóvil, las pólizas de seguros de vida, los ahorros o las cuentas corrientes bancarias, CD, o IRA. Esto no es una lista completa.

## ¿Dónde debe vivir mi hijo?

Su niño debe vivir en el estado de Nueva York. Su niño puede vivir en cualquier condado del estado de Nueva York, pero su niño solamente puede presentar la solicitud en el condado donde vive.



## ¿Debe ser mi hijo ciudadano de Estados Unidos?

CHPlus B no tiene ningún requisito de ciudadanía, inclusive si su niño no tiene la documentación en regla, pueden solicitar CHPlus B, si califica.

Bajo el Child Health Plus tipo A de Medicaid (CHPlus A/Medicaid), todos los inmigrantes legales y los ciudadanos de Estados Unidos son elegibles. Los inmigrantes indocumentados no son elegibles, sin embargo, pueden solicitar Child Health Plus Tipo N (CHPlus B).

## ¿Cómo puedo aplicar para Child Health Plus?

Usted puede solicitar CHPlus A/Medicaid o CHPlus B visitando organizaciones comunitarias, que se conocen como “Facilitated Enrollers.” La mayoría de los planes de salud que ofrecen CHPlus B se denominan “Facilitated Enrollers.”

*¿Dónde averiguo qué organizaciones comunitarias, o planes de salud, tienen “Facilitated Enrollers?”*

Usted puede llamar a la Línea telefónica de Child Health Plus al **(800) 698-4543** para determinar qué organizaciones atienden como Facilitated Enrollers.

### *¿Qué ocurre cuando visito a un Facilitated Enroller?*

Si usted visita un Facilitated Enroller, ellos determinarán si su niño es elegible para CHPlus A/Medicaid o CHPlus B. Según esta determinación, el Facilitated Enroller le ayudará a solicitar el programa de seguro médico apropiado (CHPlus A/Medicaid o CHPlus B). El Facilitated Enroller asistirá a los candidatos a completar la solicitud, obtener la documentación correcta y desempeñarse como representante del candidato.

### *¿Qué ocurre si concurre directamente a Medicaid para solicitar CHPlus A?*

Si usted concurre directamente a Medicaid ellos determinarán si su niño es elegible para recibir CHPlus/Medicaid. Si su niño no es elegible, recibirá una carta de rechazo. En esta carta encontrará una lista de Facilitated Enrollers en la ciudad de Nueva York para que usted pueda solicitar CHPlus B.

### *¿Qué documentos son necesarios?*

Si su niño es elegible para recibir CHPlus A o B, debe demostrar la identidad de su niño, su ingreso, la residencia de su niño y la edad de su niño. También debe demostrar la situación inmigratoria de su niño, si solicita CHPlus A/Medicaid.

### **¿Cómo mantengo los beneficios de CHPlus A/Medicaid para mi niño?**

Tiene que continuar demostrando que usted es elegible. Después de que se le apruebe por primera vez. Este proceso se conoce como recertificación.

### *¿Con cuánta frecuencia debo recertificar a mi niño para recibir CHPlus A/Medicaid?*

Después de que se acepte a su niño en CHPlus A/Medicaid quedarán inscritos durante 12 meses. En dicho momento, debe renovar la certificación para poder continuar recibiendo los beneficios de CHPlus A/Medicaid.

### **¿Cómo mantengo los beneficios de CHPlus B para mi niño?**

En el aniversario de la primera inscripción de su niño en CHPlus B, tendrá que presentar prueba de que su niño continúa siendo elegible para recibir CHPlus B. Tendrá que presentar pruebas de su ingreso, la residencia del niño, y si tienen otro seguro o no.

*¿Qué ocurre si no presento la prueba?*

Si no presenta esta prueba antes del último día del mes antes de la fecha de aniversario del niño, su niño perderá todos los beneficios de CHPlus B.

*¿Cuándo puede perder mi niño CHPlus B?*

Hay varias razones por las que su niño puede perder CHPlus B. Estas razones incluyen:

- su niño cumple 19 años (se cancelará la inscripción el último día del mes en el que cumplen los 19 años)
- su ingreso es más de lo que los límites permiten
- su niño es elegible para recibir Medicaid
- su niño ahora tiene seguro médico
- su niño ya no vive en el barrio cubierto por el plan CHPlus B

*Si mi niño pierde los beneficios de CHPlus B debido a que mi ingreso es demasiado alto, ¿puede él o ella recibir la cobertura médica de dicho plan?*

Si su ingreso está por encima de los límites de ingreso, su niño puede continuar en el plan, pero usted tendrá que pagar la prima completa, no continuará recibiendo los fondos del gobierno.



*¿Qué ocurre si mi niño ya no es elegible para CHPlus B, pero ahora es elegible para CHPlus A/Medicaid?*

Su niño continuará recibiendo CHPlus B hasta que Medicaid haya completado la determinación final de CHPlus A/Medicaid.



*¿Qué ocurre si nos mudamos y el plan CHPlus B deja de cubrir mi nuevo barrio?*

Usted tendrá que inscribir a su niño en un plan que cubra su nuevo barrio.

## ¿Cuáles son mis derechos?

### *¿Cuáles son mis derechos bajo CHPlus A/Medicaid?*

Usted tiene el derecho a solicitar una reunión en el centro local de Medicaid para resolver cualquier problema que tenga con la cobertura CHPlus A de su niño. Para solicitar una reunión, llame al: **(212) 630-0994, 5, 6.**

Usted también tiene el derecho a apelar y solicitar una audiencia equitativa dentro de los 60 días desde la fecha de su notificación. Para solicitar una audiencia equitativa, llame al: **(800) 342-3334.**

Para solicitar por escrito una audiencia equitativa:

New York State OTDA  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, New York 12201



Para solicitar por fax una audiencia equitativa: **(518) 473-6735**

Para obtener más información sobre audiencias equitativas bajo Medicaid, por favor consulte el folleto, *Medicaid Comunitario*.

### *¿Cuáles son mis derechos bajo CHPlus B?*

Debido a que CHPlus B es un plan de salud, los miembros pueden presentar una queja o una apelación de la misma manera que lo hacen para otros planes de salud.

### *¿Qué hago si tengo un problema con mi plan CHPlus B?*

El primer paso que deberá completar es llamar a su Departamento de Servicios para Miembros e informarles sobre su problema. Todos los planes de salud deben tener un “**número 800**” gratis para ayudarle. Si la persona con la que usted conversa no le ayuda, pida hablar con un supervisor.

### *¿Qué debo hacer si no solucionan mi problema?*

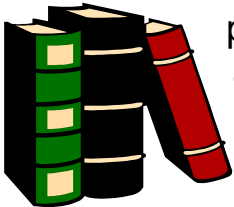
Si no solucionan su problema, deberá presentar una queja o apelación.

### *¿Que es una queja (grievance)?*

Una queja es una apelación sobre el plan. Las quejas pueden incluir cosas tales como dificultad para conseguir una cita para ver al médico de su niño, esperar demasiado tiempo en el consultorio del médico, dificultad para obtener una recomendación a un especialista, pensar que el médico de su niño no trató a su niño con respeto, informársele que la atención de su niño tiene que terminar y usted piensa que es demasiado temprano, o el plan niega a su niño la atención que usted cree él o ella necesita. Estas son apenas algunas de las quejas que puede tener, podría haber otras.

Si usted tiene una queja porque el plan rechaza la atención para su niño porque han dicho que no es médicamente necesaria, no puede presentar una queja. El plan completará una revisión de la utilización, como se describe a continuación.

### *¿Cómo presento una queja?*



El “Manual para los Miembros del plan de salud” explica cómo puede presentar una queja, cuánto lleva el proceso y su derecho a que alguien le represente. Deberá llamar al número 800 gratis de su plan e informarles que usted desea presentar una queja. Algunas veces, usted puede presentar una queja por teléfono, pero es mejor si usted lo hace por escrito y la envía al plan por correo. Además, cuando un plan niega la atención o rehusa pagar por la atención, deben enviarle una “Notificación de Queja”.

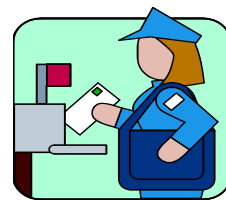
### *¿Qué ocurre si pierdo mi queja?*

Tiene el derecho a apelar la decisión de su plan si pierde la queja. Todas las apelaciones deben realizarse por escrito. Tiene 60 días para presentar una apelación. Los 60 días comienzan en el momento en que usted recibe la notificación del plan que se rechaza su pedido. Esta notificación le indicará cómo presentar una apelación.

**APELACIÓN**

*¿Qué quiere decir cuando mi plan dice que la atención que yo solicito para mi niño no es médicamente necesaria?*

La atención se considera médicamente necesaria si es necesaria para prevenir, diagnosticar, corregir o curar enfermedades que causan el sufrimiento, ponen en peligro la vida de una persona, resulta en una enfermedad o padecimiento, interfiere con la capacidad para la actividad normal o amenaza una incapacidad significativa. Cada plan tiene sus propias definiciones de lo que es médicamente necesario. Los planes de salud usan un proceso denominado revisión de la utilización para decidir si un tratamiento es médicamente necesario o no.



*¿Cómo sé si un plan ha decidido que el tratamiento no es médicamente necesario?*

*El plan debe enviarle una notificación explicando las razones por las que el plan tomó esta decisión y como puede apelar dicha decisión. Si no recibe esta notificación, y se le niega la atención, deberá llamar a su plan para determinar si decidieron si la atención es médicamente necesaria. Si dicen que la atención es médicamente necesaria, debe usar el procedimiento de queja descrito anteriormente. Si dicen que no es médicamente necesaria, deberá consultar primero para ver si realizaron una revisión de la utilización, y si no la hicieron, usted debe solicitar que se complete una. Si dicen que no es médicamente necesario y realizaron una revisión de la utilización, usted puede apelar la decisión de la revisión de la utilización.*

*¿Cómo apelo la decisión de la revisión de la utilización?*

Dentro de 60 días

Si usted está en desacuerdo con la decisión de su plan, puede apelar llamando el número "800" gratis del plan. Primero debe presentar una apelación dentro de 60 días desde el momento en que usted recibe el rechazo del plan. Una apelación de la revisión de la utilización es un "proceso del plan". Esto quiere decir que los empleados de su plan, no jueces independientes, evaluarán la decisión.

*¿Qué ocurre si pierdo, puedo hacer alguna otra cosa?*

Puede solicitar una revisión externa cuando pierde la apelación de la revisión de la utilización. También puede pasar directamente a la revisión

externa si ambos usted y su plan están de acuerdo en omitir el proceso de apelación interno.

¿Cómo solicito una revisión externa?

Debe solicitar una apelación externa por escrito ante “El Departamento de Seguro del Estado” dentro de los 45 días de recibir el rechazo de la apelación de la revisión de la utilización de su plan. Su plan deberá enviarle los formularios que debe presentar. Si no le envían los formularios, llame al Departamento de Seguro del Estado al **(800) 400-8882** y solicite los formularios. Una agencia de revisión independiente, no asociada con su plan, tomará la decisión.

### **¿A quién puedo contactar para recibir ayuda?**

#### **Oficina de servicios para clientes de Medicaid**

(212) 273-0063

#### **Community Service Society**

##### **Center for Benefits and Services Benefit Counseling Helpline**

(212) 614-5552

[www.cssny.org/pbrc](http://www.cssny.org/pbrc)

##### **Managed Care Consumer Assistance Program (MCCAP) Helpline**

(212) 614-5400

[www.nycmccap.org](http://www.nycmccap.org)

#### **NYS Department of Health**

##### **Growing Up Healthy Hotline**

(800) 522-5006

#### **Línea de teléfono sobre Atención Médica Administrada del Departamento de Salud del Estado de Nueva York**

(800) 206-8125

#### **Departamento de Seguro del Estado de Nueva York**

(800) 400-8882