



Manual del Miembro

2022

Programa Medicaid Advantage Plus (MAP)
de Senior Whole Health

MAP_2022



Índice

Capítulo 1: Inicio como miembro	2
Cómo obtener ayuda de los Servicios para Miembros	2
Cómo obtener ayuda de la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN).....	2
Capítulo 2: Requisitos de elegibilidad.....	3
Denegación de inscripción	4
Atención de transición.....	4
El Dinero Sigue a la Persona (MFP)/Puertas abiertas	5
Capítulo 3: Servicios cubiertos por el programa Medicaid Advantage Plus (MAP).....	7
Deducibles y copagos para servicios cubiertos por Medicare	7
Servicios de administración de la atención.....	7
Servicios cubiertos adicionales	8
Capítulo 4: Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan	16
Capítulo 5: Autorizaciones de servicios, acciones, apelaciones y reclamos	18
Autorización previa	18
Revisión simultánea	19
Revisión retrospectiva	19
Proceso estándar	20
Proceso acelerado	21
Proceso de reclamos y apelaciones.....	22
Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades	32
Capítulo 7: Directivas anticipadas	36
Capítulo 8: Solicitud de información adicional	37

Capítulo 1: Inicio como miembro

Bienvenido al programa Senior Whole Health de New York NHC. El SWH de NY NHC es para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios de apoyo a largo plazo, como atención en el hogar y servicios de cuidado personal, para permanecer en sus hogares y comunidades.

Este manual le informa acerca de los beneficios adicionales que cubre el programa SWH de NY NHC para personas inscritas en el plan Medicaid Advantage Plus. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar un reclamo o cancelar la inscripción a nuestro plan. Los beneficios enumerados en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare que figuran en la Evidencia de Cobertura. Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo recibirlos.

La cobertura que se explica en este Manual comienza en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el plan SWH de NY NHC. La inscripción en SWH de NY NHC es voluntaria.

Cómo obtener ayuda de los Servicios para Miembros

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o nuestro plan, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener asistencia. Ofrecemos remisiones, reemplazamos tarjetas de identificación perdidas, brindamos información sobre cambios que podrían afectar sus beneficios y mucho más. Puede llamarnos al (833) 671-0440 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana).

Si tiene preguntas médicas y necesita hablar con un enfermero, llame al (833) 671-0440 (TTY: 711) en cualquier momento, de día o de noche.

Si tiene una discapacidad auditiva o visual, nos complace ayudarlo. Tomaremos las medidas que sean necesarias para su caso específico. Este es un servicio gratuito para todos nuestros miembros.

Cómo obtener ayuda de la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN)

La Defensoría Participante, llamada Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios de defensoría gratuitos a beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Puede obtener asesoramiento independiente gratuito sobre su cobertura, y sus opciones de reclamo y apelación. Pueden ayudarlo a gestionar el proceso de apelaciones. También pueden brindar apoyo antes de que usted se inscriba en un plan MAP como el Senior Whole Health de New York NHC. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre las opciones del plan de salud e información general relacionada con el programa. Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios.

Capítulo 2: Requisitos de elegibilidad

El Senior Whole Health de New York NHC es un plan para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el plan de SWH de NY NHC si cuenta con las Partes A y B Medicare, y cumple con los siguientes criterios:

1. Es mayor de 65 años.
2. Vive dentro del área de servicio del plan: condados Bronx, Queens, Kings, New York, Westchester y Nassau.
3. Al momento de la inscripción, es médicamente elegible para los servicios de una residencia de ancianos.
4. Al momento de la inscripción, es capaz de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y su seguridad.

5. Usted fue evaluado y requiere una administración de la atención. También necesita al menos uno de los servicios a continuación durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Terapias en el hogar
 - Servicios de un asistente de salud en el hogar
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Atención médica diurna para adultos
 - Enfermería de guardia privada
 - Servicios del programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor (CDPAS)
6. La Administración de Recursos Humanos (HRA) de New York City o la oficina de Medicaid del Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS) han determinado que usted resulta elegible para los beneficios de Medicaid.

Las personas que cumplan uno de los criterios a continuación pueden inscribirse en el plan Medicaid Advantage Plus luego del alta o finalización del tratamiento:

- Pacientes hospitalizados
- Pacientes hospitalizados o residentes de un centro con licencia de:
 - Oficina Estatal de Salud Mental (OMH)
 - Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS)
 - Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)
- Personas inscritas en uno de los siguientes:
 - Un plan de atención administrada de Medicaid
 - Un programa de Exención de Servicios Comunitarios y en el Hogar
 - Un programa de tratamiento diurno de OPWDD
- Pacientes que reciban servicios de hospicio

Se requieren los documentos a continuación para la inscripción:

- Un acuerdo de inscripción firmado. Esto incluye la divulgación de información a Senior Whole Health de New York.
- Un formulario de autorización firmado para divulgar información de salud personal a un amigo o familiar. Esto autoriza a Senior Whole Health de New York a divulgar información médica. (Si no presta consentimiento para la sección de divulgación médica del Acuerdo de inscripción, consideraremos caso por caso si es necesario que contemos con dicha autorización).
- Si se está inscribiendo en un plan de atención a largo plazo por primera vez o no ha formado parte de un plan durante 45 días o más, necesita una evaluación para saber si es elegible para recibir atención a largo plazo en la comunidad. El Departamento de Salud del estado de New York tiene un contrato con New York Medicaid Choice para proporcionar evaluaciones de elegibilidad. Se llama Centro de Evaluación e Inscripción Sin Conflictos (CFEEC). La evaluación debe completarse y registrarse antes de la inscripción.

Si no reúne los requisitos, recibirá un aviso en el que le avisarán que no es elegible y que tiene derecho a una audiencia justa.

El SWH de NY NHC no discrimina a nadie por el estado de salud, la necesidad de servicios o el costo de los servicios cubiertos.

Denegación de inscripción

No será elegible para la inscripción en el plan SWH de NY NHC en los siguientes casos:

- Si no se puede mantener de forma segura en su hogar.
- Si no necesita servicios de atención en la comunidad a largo plazo durante más de 120 días.
- Si está inscrito en uno de los siguientes programas:
 - Otro plan de atención administrada de Medicaid
 - Un programa de Exención de Servicios Comunitarios y en el Hogar
 - Servicios de hospicio
 - o Un Centro de la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)
- Está en un programa de exención y no desea cancelar la inscripción. Esto puede incluir un programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar, servicios de hospicio, un centro de la OPWDD estatal o un programa de exención.
- Si Maximus decide que usted no es elegible, el SWH de NY NHC trabajará con usted para volver a presentar su solicitud junto con cualquier información nueva. En caso contrario, se denegará su inscripción.

Si anteriormente se canceló su inscripción y desea regresar al SWH de NY NHC, con gusto revisaremos su caso para una posible reinscripción.

Anulación de la inscripción

Anularemos su solicitud de inscripción al recibir la notificación sobre su petición. No podemos procesar una solicitud de anulación si ocurre después del día 20 del mes anterior a la fecha de inscripción. Deberá solicitar la cancelación voluntaria de la inscripción. Para obtener más información sobre el proceso de cancelación de inscripción, vaya a la sección "Cancelación de la inscripción a nuestro plan".

Atención de transición

En ocasiones, el SWH de NY NHC trabaja con usted para seguir recibiendo tratamiento de proveedores fuera de la red.

Si es un miembro nuevo que recibe un tratamiento continuo, es posible que siga recibiendo tratamiento de su proveedor actual por hasta 60 días. Esto ocurre incluso si no son un proveedor de la red de SWH de NY NHC. Su proveedor debe aceptar seguir brindando servicios de acuerdo con las reglas y tarifas de NY NHC.

Los miembros actuales cuyo proveedor decida cancelar la inscripción a la red del SWH de NY NHC podrán continuar recibiendo los servicios de este por hasta 90 días para realizar la transición a otro proveedor. Su proveedor actual debe aceptar las tarifas del SWH de NY NHC en concepto de pago total. Debe cumplir con los requisitos de Mejoramiento de Calidad durante el período de transición.

¿Existe un costo adicional para mí?

Para inscribirse en el SWH de NY NHC, la Administración de Recursos Humanos (HRA)/el Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS) revisan su estado financiero para la elegibilidad de Medicaid. Pueden determinar que usted debe gastar una parte de sus ingresos mensuales para alcanzar el ingreso máximo de elegibilidad. Esto se denomina responsabilidad económica. La HRA/LDSS le informará a usted y al SWH de NY NHC sobre el monto mensual adeudado en concepto de responsabilidad económica.

Para inscribirse y recibir los beneficios del SWH de NY NHC, debe pagar este monto al SWH de NY NHC. Le enviaremos una factura por correo la última semana de cada mes con el monto a pagar como responsabilidad económica el mes siguiente. Si no paga dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, es posible que cancelemos su inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre la responsabilidad económica, comuníquese con la oficina local de la HRA a la siguiente dirección:

Home Care Services Program
Centralized Medicaid Eligibility Unity
785 Atlantic Avenue, 7th Floor
New York, NY 11238
(718) 557-1399 (TTY: 711)

Nassau County Department of Social Services
60 Charles Lindbergh Blvd.
Uniondale, NY 11553-3656
(516) 227-7474 (TTY: 711)

Westchester County Department of Social Services
85 Court Street
White Plains, NY 10601-4201
(914) 995-3333 (TTY: 711)

El Dinero Sigue a la Persona (MFP)/Puertas Abiertas

Hay servicios y apoyos disponibles a través del programa El Dinero Sigue a la Persona (MFP)/Puertas Abiertas. El MFP/Puertas Abiertas es un programa que lo ayuda a trasladarse de una residencia de ancianos a su propia casa o residencia comunitaria.

¿Quién es elegible para el MFP?

Personas que cumplan con los siguientes criterios:

- Han vivido en una institución calificada (hospital, residencia de ancianos o ICF/IID) durante tres meses o más.
- Son elegibles para Medicaid al menos un día antes del alta o la transición.
- Tienen necesidades médicas que se pueden satisfacer a través de servicios en la comunidad.
- Acepten participar.
- Realicen la transición a una residencia calificada.

¿Qué es una residencia calificada?

- Una casa propia o arrendada por usted o un familiar.

- Un apartamento con un contrato de arrendamiento individual que tiene acceso con cerradura e incluye espacio para la vida cotidiana, dormir, bañarse y cocinar.
- Una residencia comunitaria en la que no viven más de cuatro personas no relacionadas.

Colegas y especialistas en transiciones del MFP/Puertas Abiertas se reunirán con usted en la residencia de ancianos y hablarán sobre su regreso a la comunidad. Los colegas y especialistas en transiciones no son administradores de atención ni planificadores de alta. Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- A obtener información sobre los servicios y asistencia comunitarios.
- A buscar los servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de la mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesita en su casa.

Para obtener más información sobre el MFP/Puertas Abiertas, o para programar la visita de un colega o especialista en transiciones, llame a la Asociación para la Vida Independiente de New York al (844) 545-7108. Puede enviar un correo electrónico a Mfp@health.ny.gov o visitar el sitio web de MFP/Puertas Abiertas en Health.ny.gov/mfp o llyn.org.

Capítulo 3: Servicios cubiertos por el programa Medicaid Advantage Plus (MAP)

Muchos de los servicios que recibe están cubiertos por Medicare y figuran en la Evidencia de Cobertura (EOC) del SWH de NY NHC. Estos pueden ser servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, visitas a un médico, servicios de emergencia y análisis de laboratorio. El Capítulo 3 de la EOC explica las reglas para usar proveedores de la red y recibir atención urgente o de emergencia.

Deducibles y copagos para servicios cubiertos por Medicare

Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Debido a que usted es nuestro miembro y tiene Medicaid, el SWH de NY NHC pagará estos montos. No debe pagar los deducibles y copagos. Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por SWH de NY NHC, no será responsable del pago de esta. Comuníquese con su administrador de atención.

Es posible que deba pagar por servicios cubiertos que no estén autorizados por el SWH de NY NHC o que se hayan obtenido de proveedores fuera de la red del SWHI de NY NHC.

En caso de que haya una prima mensual por beneficios (consulte la Sección 4 del Capítulo 1 de la Evidencia de Cobertura de Medicare del SWH de NY NHC) usted no deberá abonarla debido a que tiene Medicaid.

También cubrimos muchos servicios no cubiertos por Medicare pero sí por Medicaid. En las siguientes secciones se explica qué está cubierto.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, usted recibe servicios de administración de la atención. Le brindamos un administrador de atención que es un profesional de la atención médica. Por lo general, se trata de un enfermero o trabajador social. Su administrador de atención trabaja con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y establecer un plan de atención. El administrador de atención también programará visitas para cualquier servicio que necesite. Además, programará el transporte para esos servicios. También realizará lo siguiente:

- Lo llamará al menos una vez al mes para saber cómo se encuentra y asegurarse de que su estado de salud no haya cambiado.
- Los visitará a usted y su familia o cuidadores en su domicilio cada seis (6) meses. Esto se incluye como parte de su visita de evaluación y reevaluación en el hogar.
- Verificará regularmente si usted está conforme con la atención y los servicios que recibe.
- Trabjará con su médico de atención primaria (PCP) para obtener las órdenes médicas necesarias para los servicios cubiertos de su plan de atención.
- Autorizará sus servicios cubiertos conforme a la necesidad médica.
- Hablará con su PCP sobre cambios o actualizaciones en su plan de atención.
- Coordinará los servicios cubiertos.
- Ayudará a coordinar los servicios que necesita y que no están cubiertos por el plan ni dentro de nuestra red.
- Estará disponible las 24 horas del día para ofrecerle atención de urgencia o resolver otros problemas (o contará con un administrador de atención de respaldo).

Servicios cubiertos adicionales

Debido a que tiene Medicaid y es elegible para el SWH de NY NHC, nosotros pagamos los servicios sociales y de salud adicionales que se mencionan a continuación. Usted puede recibir estos servicios siempre y cuando sean medicamente necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. El administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesite. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para recibir estos servicios. Debe recibir estos servicios de proveedores dentro de la red. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, comuníquese con Servicios para Miembros y con su equipo de administración de atención.

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Atención médica diurna para adultos	<p>Atención médica y servicios proporcionados en un centro de atención médica residencial o un centro de extensión aprobado. Debe cumplir el siguiente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar proporcionado bajo la administración de un médico. • Por el personal de atención médica diurna para adultos. • Según la evaluación de necesidades integrales y el plan de atención del miembro. • Con la coordinación continua del plan de atención médica. <p>Incluye el transporte.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener ayuda.</p>

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
<p>Servicios del programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor (CDPAS)</p>	<p>Servicios para miembros con enfermedades crónicas o discapacidades físicas que necesitan asistencia médica con las actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada. Incluye cualquiera de los servicios brindados por un auxiliar de cuidado personal (asistente en el hogar), asistente de atención médica a domicilio o enfermero.</p> <p>Tiene flexibilidad y libertad para elegir a sus cuidadores. Usted, o la persona que actúa en su nombre, es responsable de la contratación, el despido, la capacitación, la supervisión y la terminación, si es necesario.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cambios o anomalías que puedan requerir tratamiento o atención de seguimiento.</p> <p>También incluye implantes dentales medicamente necesarios. Debe cumplir con los siguientes DOS criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una carta de su médico en la que se explica cómo los implantes ayudarán con su afección médica. • En una carta de su dentista en la que se explica por qué otras alternativas no son efectivas para su afección y por qué necesita implantes. <p>No necesita una referencia de su PCP para ver a un dentista.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios, incluidos los implantes dentales.</p> <p>Muestre su tarjeta de identificación de miembro del SWH de NY NHC.</p>

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Equipo médico duradero (DME)	<p>Incluye equipo médico duradero (DME) que no es de Medicare pero que está cubierto por Medicaid, como dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, bancos y barras de agarre para bañera, y dispositivos protésicos u ortopédicos.</p> <p>Se cubre el equipo médico duradero (DME) siempre que se cumplan los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El DME resiste el uso repetido durante de un tiempo prolongado. • Se utiliza de manera principal y habitual con fines médicos. • Por lo general, no es útil para una persona sin enfermedad o lesión. • Por lo general, está ajustado, diseñado o creado para el uso de un individuo en particular. • Está indicado por un profesional calificado. <p>No existe un requisito previo de estar confinado a la casa.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa para algunos equipos.</p>
Servicios de audición	<p>Servicios y productos para aliviar la discapacidad causada por pérdida de la audición o una discapacidad auditiva. Deben ser médicamente necesarios. Incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección, ajuste y suministro de audífonos. • Control del audífono luego del suministro. • Evaluaciones de conformidad y reparaciones del audífono. • Servicios de audiología, que incluyen pruebas y exámenes, evaluaciones de audífonos y recetas. • Audífonos, moldes auditivos, accesorios especiales y piezas de reemplazo. 	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de atención domiciliaria (especializada)	<p>Comidas que se brindan en el hogar o en entornos congregados, como centros de atención para adultos mayores, en el caso de personas que no pueden prepararlas ni hacerlas preparar.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Atención hospitalaria, incluida la atención por trastornos de salud mental y abuso de sustancias	<p>Atención médicamente necesaria, incluso en caso de exceder el máximo de 190 días de Medicare para el tratamiento de la salud mental en pacientes hospitalizados.</p> <p>El plan cubre los 365 días del año (366 en años bisiesto).</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa, excepto en emergencias.</p>
Servicios médicos sociales	<p>Evaluación, y coordinación y prestación de asistencia para problemas sociales relacionados con el mantenimiento del miembro en su hogar.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Suministros médicos/ quirúrgicos	<p>El beneficio cubre suministros médicos o quirúrgicos, y fórmula enteral/parenteral, así como suplementos nutricionales. Es decir, artículos que generalmente se consideran solo de uso único o consumibles.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Los beneficios de fórmula enteral y suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición por otros medios y a las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas que no pueden masticar ni tragar alimentos, y que deben nutrirse mediante fórmula por sonda. • Personas con trastornos metabólicos raros innatos que requieren fórmulas médicas específicas para recibir los nutrientes esenciales.

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Transporte médico (de rutina/ no emergencia)	Transporte de ida e ida y vuelta en ambulancia, en transporte adaptado, transporte de ala fija o avión, autobús para personas con discapacidad, taxi, vehículos de alquiler, transporte público u otros medios apropiados para la afección médica del miembro. Si es necesario, se incluye un asistente de transporte para acompañar al miembro. Puede incluir comidas, alojamiento y salario del asistente de transporte. (No se pagará ningún salario a un asistente que sea familiar del miembro).	\$0 Se requiere autorización previa
Nutrición	Incluye una evaluación de las necesidades nutricionales, el desarrollo y la evaluación de los planes de tratamiento, la educación y el asesoramiento sobre nutrición, y la educación en servicio. Incluye consideraciones culturales.	\$0 Se requiere autorización previa.
Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Consultas de terapia individual y grupal. El miembro puede autorreferirse para la evaluación de un proveedor de la red en un período de 12 meses.	\$0 Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Tratamiento ambulatorio para trastorno por abuso de sustancias	Consultas individuales y grupales. El miembro debe poder autorreferirse para recibir la evaluación de un proveedor de la red en un período de 12 meses.	\$0 Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Servicios de cuidado personal (PCS)	Se cubre la prestación de asistencia médicamente necesaria con actividades como la higiene personal, vestirse y alimentarse, y apoyo nutricional y del entorno, como la preparación de comidas y las tareas del hogar. Los servicios deben ser esenciales para mantener la salud y la seguridad de los miembros en su propia casa.	\$0 Se requiere autorización previa.
Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)	PERS es un dispositivo electrónico que permite a las personas obtener ayuda en situaciones de emergencia física, emocional o del entorno.	\$0 Se requiere autorización previa.

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Servicios de enfermería privada	Debe estar brindado por un enfermero profesional registrado (RN) o auxiliar de enfermería autorizado (LPN) que posean una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del NYS. Los servicios pueden brindarse a través de una agencia de atención médica a domicilio certificada, una agencia de atención domiciliaria con licencia o un profesional privado autorizado.	<p align="center">\$0</p> Se requiere autorización previa.
Prótesis y dispositivos ortopédicos	Dispositivos (no dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo en su totalidad o en parte. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado prostético, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén posquirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos.	<p align="center">\$0</p> Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia y terapia ocupacional • Terapia del habla y del lenguaje • Terapia de rehabilitación cardíaca • Terapia social y psicológica • Servicios de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 	<p align="center">\$0</p> Se requiere autorización previa. La fisioterapia está limitada a 40 consultas por año, mientras que la terapia ocupacional y del habla se limitan a 20 consultas por año, excepto en el caso de los miembros con discapacidades del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas.
Centro de enfermería especializada (SNF)	Cubre la atención de custodia y los servicios de atención brindados en un SNF que exceden el límite de 100 días del período de beneficios de Medicare. Cubre los 365 días del año (366 días en años bisiesto).	<p align="center">\$0</p> Se requiere autorización previa.

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Cantidad/Límite
Guardería social	<p>Programa integral estructurado que brinda socialización, supervisión, monitoreo, cuidado personal y nutrición en un entorno de protección durante cualquier parte del día. Puede incluir asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), la administración de casos y el transporte.</p> <p>Cobertura conforme a la necesidad médica.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Apoyo social y del entorno	<p>Incluye servicios y artículos médicamente necesarios. Puede incluir tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de tareas domésticas, mejora de la vivienda y cuidado de relevo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Pueden aplicarse límites.		

Recibir atención fuera del área de servicio

Si planea estar fuera de su casa o fuera de nuestra área de servicio, notifique a su administrador de atención lo antes posible para que podamos coordinar cualquier servicio necesario. Trabajaremos con usted y continuaremos brindando los servicios cubiertos que no son de emergencia en la medida en que se puedan coordinar con proveedores del área.

Si usted está fuera del área y tiene una emergencia, diríjase al centro de emergencia más cercano.

A dónde ir

Servicios de emergencia

Una emergencia se produce cuando puede haber un grave peligro o daño a su salud si no recibe atención de inmediato. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias (ER) del hospital más cercano.

Llame a su PCP y a SWH de NY NHC tan pronto como pueda después de una visita a la sala de emergencias. Su PCP puede ayudarlo con la atención de seguimiento.

Atención de urgencia

Una afección médica de urgencia se produce cuando necesita atención por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que debe tratarse en las próximas 24 a 48 horas. Si necesita asistencia para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para Miembros al (833) 671-0440. Puede comunicarse las 24 horas del día para pedir ayuda. Nuestros enfermeros pueden informarle a dónde debe dirigirse cuando necesita atención. Llame a su PCP y al SWH de NY NHC tan pronto como pueda después de una visita de urgencia. Su PCP puede ayudarlo con la atención de seguimiento.

Su médico de atención primaria (PCP)

Cuando esté enfermo o herido, siempre llame a su PCP primero (a menos que se trate de una emergencia). Incluso si se comunica fuera del horario habitual, una persona de guardia podrá asistirlo.

Capítulo 4: Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan

Medicaid cubre algunos servicios que el SWH de NY NHC no cubre. Puede recibir estos servicios de cualquier proveedor que trabaje con Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta sobre los beneficios cubiertos por el SWH de NY NHC o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su tarjeta de beneficios incluyen los siguientes:

- Medicamentos de venta libre (OTC) y algunos medicamentos recetados no cubiertos por Medicare.
- Algunos servicios de salud mental como los siguientes:
 - Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica.
 - Tratamiento diurno.
 - Administración de casos para enfermedades mentales.
 - Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare.
 - Servicios de rehabilitación para aquellas personas que estén en hogares comunitarios o que reciban tratamientos en el entorno familiar.
 - Tratamiento diurno continuo.
 - Tratamiento asertivo comunitario.
 - Servicios personalizados orientados a la recuperación.
- Algunos servicios para personas con discapacidades del desarrollo, como los siguientes:
 - Terapias a largo plazo
 - Tratamiento diurno
 - Coordinación de servicios de Medicaid
 - Servicios recibidos conforme al programa de Exención de Servicios Comunitarios y en el Hogar
- Tratamiento con metadona.
- Terapia en observación directa para la tuberculosis (TB).
- Administración de casos de VIH COBRA.
- Planificación familiar. Puede dirigirse a cualquier médico de planificación familiar o clínica que acepte Medicaid. No necesita una referencia de su PCP.

Servicios no cubiertos por el SWH de NY NHC

Si recibe servicios que no están cubiertos por el SWH de NY NHC o Medicaid, es posible que usted sea responsable del pago. Si su proveedor le informó con anticipación, y usted acepta pagar por ellos, recibirá la factura de su proveedor. A continuación se detallan algunos ejemplos de servicios no cubiertos por el SWH de NY NHC ni Medicaid:

- Cirugía cosmética, si no es médicamente necesaria
- Artículos de uso personal
- Tratamiento de fertilidad
- Servicios de un proveedor fuera de la red (a menos que el SWH de NY NHC lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711).

Capítulo 5: Autorizaciones de servicios, acciones, apelaciones y reclamos

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información que se encuentra en esta sección cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En general, usted no utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y otro para sus beneficios de Medicaid. Sino que utilizará un proceso para ambos. Esto se denomina "proceso integral" porque comprende los procesos de ambos Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos beneficios de Medicaid, también puede tener derecho a un proceso de apelación externa adicional. Consulte la página 29 para obtener más información sobre el proceso de apelación externa.

Solicitud de autorización de servicio (también conocida como Solicitud de decisión de cobertura)

La información de esta sección se aplica a sus beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, esto se denomina solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura). Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711). Puede comunicarse de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana). O puede enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

SWH of NY NHC
15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, New York
11201

Si aprobamos su solicitud, autorizaremos los servicios por un monto determinado y un período específico. Esto se denomina período de autorización.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren una autorización previa (aprobación por adelantado) del SWH de NY NHC antes de que los reciba. Usted o alguien de su confianza puede solicitar dicha autorización previa. Antes de recibirlos, deben aprobarse los siguientes tratamientos y servicios:

- Atención médica diurna para adultos
- Medición de masa ósea
- Servicios de una agencia certificada para la atención médica domiciliaria (CHHA)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios del programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor (CDPAS)
- Servicios dentales
- Equipo médico duradero
- Educación sobre la salud, beneficio de la Parte C

- Servicios de audición
- Entrega de comidas a domicilio o en entornos congregados
- Cuidados paliativos
- Atención para pacientes hospitalizados
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- Servicios médicos de nutrición
- Servicios médicos sociales
- Medicamentos recetados en virtud de la Parte B de Medicare cubiertos por Original Medicare
- Medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare, según lo aprobado por los CMS
- Transporte que no sea de emergencia
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
- Cirugía ambulatoria
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)
- Servicios de cuidado personal
- Servicio de hospitalización parcial
- Podología
- Enfermería de guardia privada
- Servicios de rehabilitación
- Dispositivos ortopédicos y materiales relacionados
- Chequeos
- Evaluación y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis bajas (LDCT)
- Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas.
- Servicios para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales
- Centro de enfermería especializada
- Servicios para dejar de fumar
- Atención diurna social para adultos
- Atención oftalmológica

Revisión simultánea

También puede solicitar al SWH de NY NHC recibir más sesiones de un servicio que está recibiendo actualmente. Esto se denomina revisión simultánea.

Revisión retrospectiva

En ocasiones, haremos una revisión de la atención que está recibiendo para ver si aún la necesita. Puede que también revisemos otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina revisión retrospectiva. Si realizamos estas revisiones, se lo informaremos.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarnos de que usted recibe los servicios que prometemos. Este equipo de revisión está conformado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Verifican que su plan de tratamiento se encuentre dentro de los estándares médicos aceptables.

Podemos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al que usted solicitó. Un profesional de la atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico tomará la decisión. Este revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de la atención médica que, en general, brinda la atención que usted solicita. Puede solicitar los estándares médicos específicos utilizados para tomar la decisión sobre la necesidad médica. Estos se denominan criterios de revisión clínica.

Una vez recibida su solicitud, la revisaremos a través de un proceso estándar o acelerado. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora causará un grave daño a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión acelerada, se lo informaremos y revisaremos su solicitud a través del proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no demoraremos más de lo mencionado a continuación. También encontrará más información sobre el proceso de revisión acelerada.

Le informaremos a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito, si aprobamos o denegamos su solicitud. También le explicaremos el motivo de la decisión. Le indicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general, nos atenemos al plazo estándar para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo o servicio médico, a menos que hayamos acordado una revisión acelerada.

- La respuesta a una revisión estándar de una solicitud de autorización previa demora tres (3) días hábiles a partir de la fecha en que tenemos toda la información necesaria, y no más 14 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si su caso es una revisión simultánea en la que solicita un cambio a un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de un (1) día hábil a partir de la fecha en que tenemos toda la información necesaria, y no demoraremos más de 14 días calendario desde el momento en que recibimos su solicitud.
- Podemos demorar hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. En caso de hacer uso del plazo adicional para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más pronto posible cuando recibamos la información necesaria, y no demoraremos más de 14 días desde el momento en que solicitamos más información.

- Si considera que no deberíamos hacer uso del plazo adicional, puede presentar un "reclamo rápido". En ese caso, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del procedimiento para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5 "Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan").

Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o al finalizar el plazo adicional en caso de hacer uso de este), puede presentar una apelación.

- Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, autorizaremos el servicio o le brindaremos el artículo que solicitó.
- Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué la rechazamos. Sección 2: más adelante en este capítulo, se indica cómo presentar una apelación bajo la sección Apelaciones de 1.º nivel, también conocidas como Nivel 1.

Proceso acelerado

Si su estado de salud lo requiere, solicite que le concedamos una "autorización de servicio acelerada".

- La respuesta a una revisión acelerada de una solicitud de autorización previa demora un (1) día hábil a partir de la fecha en que tenemos toda la información necesaria, y no más de 72 horas desde el momento en que recibimos su solicitud.
- Podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que falta información que podría ser de beneficio para usted (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita más tiempo para enviarnos información. En caso de hacer uso del plazo adicional, le informaremos por escrito qué información es necesaria y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más pronto posible cuando recibamos la información necesaria, y no demoraremos más de 14 días desde el momento en que solicitamos más información.
- Si considera que no deberíamos hacer uso del plazo adicional, puede presentar un "reclamo rápido" (para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan, a continuación, para obtener más información). Nos comunicaremos con usted en cuanto tomemos la decisión.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de finalizar el plazo adicional en caso de hacer uso de este), usted puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones de 1.º nivel, a continuación para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización de servicio acelerada, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

1. Está solicitando la cobertura de atención médica por un servicio que aún no ha recibido. (No puede obtener una autorización de servicio acelerada si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica que ya recibió).
2. Los plazos de la revisión estándar podrían causar un daño grave a su vida o su salud, o perjudicar sus capacidades funcionales.

Si su proveedor nos indica que usted necesita una "autorización de servicio acelerada", accederemos de manera automática a concedérsela.

Si solicita una autorización de servicio acelerada por su cuenta, sin el respaldo de su proveedor, decidiremos si su estado de salud lo requiere.

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para obtener una autorización de servicio acelerada, le enviaremos una carta para informárselo (y utilizaremos, en su lugar, los plazos de la autorización estándar).

- En dicha carta, le indicaremos que, si su proveedor solicita la autorización de servicio acelerada, se la concederemos de manera automática.
- También le explicaremos cómo presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de procesar la autorización de servicio conforme a los plazos estándares en lugar de la autorización acelerada que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluido un reclamo rápido, consulte la página 23 "Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan").

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar la decisión sobre su solicitud por un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta antes de que finalice el plazo adicional.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito de los motivos. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de 1.º nivel a continuación para obtener más información.

Si no recibe noticias de nosotros a tiempo, se considera que denegamos su solicitud de autorización. En este caso, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de 1.º nivel a continuación para obtener más información.

Si modificamos un servicio que usted ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio que ya hemos aprobado y usted está recibiendo, debemos informarle al menos 15 días antes de aplicar la modificación al servicio.
- Si estamos controlando la atención que recibió anteriormente, tomaremos una decisión sobre el pago del servicio dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibimos la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se deniegue el pago. Usted no deberá pagar por la atención que haya recibido si está cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.

También puede tener derechos especiales de Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 7 de la Evidencia de Cobertura del SWH de NY NHC.

Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan o si desea apelar una decisión sobre su atención

Si denegamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, tiene la opción de presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación y solicitarnos que reconsideremos esta decisión. Esto implica intentar una vez más obtener la cobertura de los servicios de atención médica que desea recibir.

- Si decide hacerlo, usted ingresa en el 1.º nivel del proceso de apelación (ver a continuación).
- El SWH de NY NHC también puede explicarle los procesos de reclamos y apelaciones que tiene a su disposición en función de su reclamo. Puede llamar a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y sobre las opciones disponibles.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión. Puede llamar al Departamento de Salud del estado de New York al (866) 712-7197.

Apelaciones de 1.º nivel (también conocida como Apelación a nivel del plan)

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.

Algunos tratamientos y servicios requieren aprobación previa para obtenerlos o continuar recibéndolos. Esto se llama autorización previa. La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Este proceso se describe en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado, recibirá una notificación denominada Aviso de determinación de cobertura integral.

Si recibe un Aviso de Determinación de Cobertura Integral y no está de acuerdo con la decisión tomada, tiene derecho a presentar una apelación. Esto implica intentar obtener el artículo o servicio médico que desea al solicitarnos que revisemos su solicitud nuevamente.

Presentar una apelación de 1.º nivel:

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1 o a nivel del plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomamos para determinar si seguimos todas las reglas de manera correcta. Su apelación estará a cargo de revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se detallan a continuación, puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de 1.º nivel:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene 60 días a partir de la fecha que figura en el Aviso de Determinación de Cobertura Integral para presentar una apelación. Cumplido este plazo, es posible que se le conceda más tiempo para presentar la apelación si tiene un motivo que lo justifique. Algunos ejemplos de motivos justificados para incumplir el plazo de apelación incluyen haber tenido una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o que le hayamos proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que aún no recibió, usted o su proveedor deberán decidir si necesitan una "apelación rápida".
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "autorización de servicio acelerada". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una autorización de servicio acelerada. (Estas instrucciones se detallan en la Sección 1, en la sección Proceso acelerado).
 - Si su proveedor nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", se la concederemos.
 - Si su caso se trata de una revisión simultánea en la que estábamos analizando un servicio que ya está recibiendo, recibirá una apelación rápida de manera automática.

- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de 1.º nivel en su nombre.
- Puede llamar a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de 1.º nivel.
 - Solo alguien a quien usted designe por escrito puede representarlo durante la apelación. Si desea que un amigo, familiar u otra persona lo represente durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación adjunto al Aviso de Determinación de Cobertura Integral, completar un formulario de "Designación de Representante" o escribir y firmar una carta en la que se designe a su representante.
 - Para obtener un formulario de "Designación de Representante", llame a Servicios para Miembros y solicítelo. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web, Seniorwholehealth.com. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado; O BIEN
 - Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona mencionada en la carta como su representante puede enviarla).
- No le daremos un trato diferente ni actuaremos mal en su nombre por haber presentado una apelación de 1.º nivel.
- Puede presentar la apelación de 1.º nivel por teléfono o por escrito.

Continuación del servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le informamos que íbamos a interrumpir, suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante el proceso de apelación.

- Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de 1.º nivel.
- Continuaremos la cobertura del servicio o artículo si solicita una apelación de 1.º nivel en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del Aviso de Determinación de Cobertura Integral o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción, de ambas la que sea posterior.
- Si cumple este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras se procesa su apelación de 1.º nivel. También recibirá sin cambios todos los demás servicios o artículos (aquellos que no son el motivo de la apelación).
- Nota: si su proveedor solicita que, durante el proceso de apelación, continuemos con el servicio o artículo que está recibiendo, es posible que deba designar al proveedor como su representante.

¿Qué sucede después de que recibimos su apelación de 1.º nivel?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de 1.º nivel. Si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión, se lo haremos saber.
- Le enviaremos sin cargo una copia del expediente, que incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información, así como los registros que usaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se trata de una apelación de 1.º nivel acelerada, es posible que dispongamos de poco tiempo para revisar la información.

- Las decisiones en relación con apelaciones sobre asuntos clínicos las toman profesionales de la salud calificados que no hayan participado en la primera decisión. Por lo menos uno de ellos será un revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas las tomarán personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que participaron de la primera decisión.
- También puede proporcionar información que debe usarse para tomar la decisión. Puede hacerlo en persona o por escrito. Llámenos al (833) 671-0440 (TTY: 711) si no está seguro de qué información brindarnos.
- Le informaremos los motivos de nuestra decisión, así como nuestros fundamentos clínicos, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobaremos por un monto menor al que solicitó, le enviaremos una notificación llamada Aviso de Decisión sobre la Apelación. En caso de que rechacemos su apelación de 1.º nivel, enviaremos de manera automática su caso al siguiente nivel en el proceso de apelación.

Plazos de apelación "estándar"

- En caso de atenernos a los plazos de apelación estándar, le daremos una respuesta a la solicitud en el transcurso de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación si es en relación a la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión con antelación si su afección médica lo requiere.
- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar información adicional que puede ser beneficiosa para usted, es posible que demoremos hasta 14 días calendario más. En caso de hacer uso del plazo adicional para tomar la decisión, le detallaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más pronto posible cuando recibamos la información necesaria, y no demoraremos más de 14 días desde el momento en que solicitamos más información.
 - Si considera que no deberíamos hacer uso del plazo adicional, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de extender el plazo original. En ese caso, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, consulte la página 23 "Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan".
- Si no le damos una respuesta antes del plazo correspondiente antes mencionado (o al finalizar el plazo adicional para decidir sobre su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al 2.º nivel del proceso de apelación.
 - La revisión la llevará a cabo una organización externa independiente.
 - Puede encontrar más información sobre la organización de la revisión y detalles sobre lo que sucede en el 2.º nivel del proceso de apelación en la Sección 3: Apelaciones de 2.º nivel.
- Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar dicha cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que tomamos la decisión.
- Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, y con el fin de garantizar que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación, debemos enviar su apelación al siguiente nivel. Esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso, es decir, el 2.º nivel.

Plazos de apelación "rápida"

- Al atenernos a los plazos acelerados, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta con anterioridad si su salud lo requiere.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar información adicional que puede ser beneficiosa para usted, es posible que demoremos hasta 14 días calendario más. En caso de hacer uso del plazo adicional para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más pronto posible cuando recibamos la información necesaria, y no demoraremos más de 14 días desde el momento en que solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el plazo adicional), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al 2.º nivel del proceso de apelación que se analiza a continuación en la Sección 3: Apelaciones de 2.º nivel.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar dicha cobertura en un plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, enviaremos su apelación de forma automática a una organización de revisión independiente para proceder con la apelación de 2.º nivel. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo para revisar su apelación.

- Durante la apelación de 2.º nivel, una organización de revisión independiente, denominada "Oficina Integrada de Audiencias Administrativas" u "Oficina de Audiencias", revisa nuestra decisión sobre la primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión debe modificarse.
- Puede encontrar más información sobre la organización y detalles sobre lo que sucede en el 2.º nivel del proceso de apelación en la Sección 3: Apelaciones de 2.º nivel.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión. Llame al Departamento de Salud del estado de New York al (866) 712-7197.

Sección 3: Apelaciones de 2.º nivel

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.

En caso de que rechacemos su apelación de 1.º nivel, se enviará su caso de manera automática al siguiente nivel en el proceso de apelación. Durante la apelación de 2.º nivel, la Oficina de Audiencias revisa nuestra decisión sobre la apelación de 1.º nivel. Esta organización decide si nuestra decisión debe modificarse.

- La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de New York. No está relacionada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente". Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente.
- También tiene derecho a proporcionar información adicional a la Oficina de Audiencias para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el 1.º nivel debido a que su salud podría resultar gravemente perjudicada si tuviera que esperar una decisión en el plazo estándar, es posible que tenga una apelación rápida en el 2.º nivel. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de 2.º nivel en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que reciba su apelación. En algunos casos, es posible que si tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el 1.º nivel, no reciba una apelación rápida en el 2.º nivel de forma automática. En esos casos, si desea una apelación rápida en el 2.º nivel,

deberá solicitarla ante la Oficina Integrada de Audiencias Administrativas. El aviso que le enviamos con nuestra decisión de 1.º nivel le indicará cómo hacerlo.

- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que puede beneficiarlo, el plazo podrá extenderse hasta 14 días calendario.

Si tuvo una apelación "estándar" en el 1.º nivel, también tendrá una apelación "estándar" en el 2.º.

- Si tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el 1.º nivel, automáticamente recibirá una apelación estándar en el 2.º.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de 2.º nivel en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que puede beneficiarlo, el plazo podrá extenderse hasta 14 días calendario.

Si calificó para continuar con los beneficios cuando presentó su apelación de 1.º nivel, la cobertura del servicio, artículo o medicamento objeto de apelación también continuará durante el 2.º nivel. Consulte la página 10 para obtener más información sobre la continuación de sus beneficios durante el proceso de apelación de 1.º nivel.

La Oficina de Audiencias le explicará la decisión por escrito y le detallará los motivos.

- Si la Oficina de Audiencias acepta parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar el servicio o entregarle el artículo en el plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Oficina de Audiencias.
- Si la Oficina de Audiencias rechaza parte o la totalidad de su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros y que no se debe aprobar su solicitud (o parte de esta) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la Oficina de Audiencias rechaza parte o la totalidad de su apelación, puede elegir si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelación después del 2.º nivel (un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de 2.º nivel resulta rechazada, debe decidir si desea continuar al 3.º nivel y presentar una tercera apelación. En el aviso por escrito que reciba después de su apelación de 2.º nivel, se detallará cómo hacerlo.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare administra las apelaciones de 3.º nivel. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.
- La decisión que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare en relación con los beneficios de Medicaid será final.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión. Llame al Departamento de Salud del estado de New York al (866) 712-7197.

Sección 4: Apelaciones externas, únicamente para Medicaid

Usted o su médico pueden solicitar una Apelación Externa únicamente en relación con los beneficios cubiertos de Medicaid.

Puede solicitar al estado de New York una apelación externa independiente si nuestro plan decide denegar, por los motivos que se detallan a continuación, la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron:

- No es médicamente necesario.
- Es experimental o de investigación.
- No existe diferencia con la atención que puede recibir dentro de la red del plan.
- Está disponible con un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Se denomina Apelación Externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de New York. El servicio debe estar incluido en el paquete de beneficios del SWH de NY NHC o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Para apelar ante el estado debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- Debe presentar una apelación de 1.º nivel ante el plan y recibir la Determinación Adversa Final del plan.
- Si no ha recibido el servicio y solicitó una apelación rápida, puede solicitar una Apelación Externa acelerada al mismo tiempo. (Su médico deberá indicar que la apelación acelerada es necesaria).
- Usted y el SWH de NY NHC pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y dirigirse directamente una Apelación Externa.
- Puede demostrar que el SWH de NY NHC incumplió las reglas al procesar su apelación de 1.º nivel.

Tiene un plazo de 4 meses después de recibir la Determinación Adversa Final del SWH de NY NHC para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el SWH de NY NHC acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, usted debe solicitar la Apelación Externa en el plazo de 4 meses a partir de la fecha del acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos deberán brindar información sobre el problema médico.
- La solicitud de Apelación Externa indica qué información es necesaria.

A continuación, le presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al (800) 400-8882.
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Financieros, [Dfs.ny.gov](https://dfs.ny.gov).
- Comuníquese con el plan de salud al (833) 671-0440 (TTY: 711).

El revisor tomará una decisión sobre su Apelación Externa en un plazo de 30 días. Si el revisor de la Apelación Externa solicita más información, es posible que requiera más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor les informará a usted y al SWH de NY NHC sobre la decisión final dentro de los dos días después de haberla tomado.

Puede obtener una decisión acelerada si su médico indica que la demora causará un daño grave a su salud. Esto se denomina Apelación Externa acelerada. El revisor de la Apelación Externa tomará una decisión en relación con una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos. El revisor les informará a usted y al SWH de NY NHC sobre la decisión de inmediato por teléfono o fax. Luego, el revisor enviará la carta en donde se detalle la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión. Llame al Departamento de Salud del estado de New York al (866) 712-7197.

Sección 5: Qué hacer si tiene un reclamo sobre nuestro plan

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan satisfaga sus necesidades. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) o escriba a Servicios para Miembros. El nombre formal para "hacer una queja" es "presentar un reclamo".

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente el reclamo por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a un problema auditivo o visual, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No le dificultaremos los procesos ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar un reclamo.

Cómo presentar un reclamo:

- Por lo general, el llamado a Servicios para Miembros es el primer paso. Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo comunicará. (833) 671-0440 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana).
- Si no desea llamar (o llamó y no está conforme), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo. Es este caso, responderemos a su reclamo por escrito.
- Si nos escribe, envíelo por correo a la siguiente dirección:
A la atención de: Grievances & Appeals
Senior Whole Health of New York NHC
15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, New York
11201

Una o más personas calificadas revisarán su reclamo. Si su reclamo está relacionado con asuntos clínicos, será revisado por uno o más profesionales calificados de atención médica.

- Ya sea por teléfono o correo, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato. Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de que haya tenido el problema por el que desea reclamar.

¿Qué sucede a continuación?

- Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le brindemos una respuesta durante el mismo llamado. Si su afección médica requiere que respondamos de forma rápida, lo haremos.
- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.

- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una "autorización de servicio acelerada" o una "apelación rápida", automáticamente procesaremos su reclamo con el proceso "acelerado". En el caso de los reclamos "acelerados", le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio, o si usted solicita más tiempo, la respuesta al reclamo puede demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total). Si determinamos que necesitamos el plazo adicional, se lo informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo al respecto. A continuación se detallan ejemplos de cuándo puede presentar un reclamo:
 - Si nos solicitó una "autorización de servicio acelerada" o una "apelación rápida", y la solicitud fue denegada.
 - Si considera que no cumplimos con los plazos de una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que presentó.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que recibimos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos dentro de ciertos plazos, y usted considera que no los cumplimos.
 - Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias antes del plazo requerido.
- Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su reclamo, o no nos consideramos responsables por el problema objeto del reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta detallará los motivos de la decisión. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Apelaciones de reclamos

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su reclamo sobre sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza pueden presentar una apelación de reclamo ante el plan.

Cómo presentar una apelación de reclamo:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles desde nuestra notificación para presentar una apelación de reclamo.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de reclamo por usted.
- La apelación de reclamo se debe presentar por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar el seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario con un resumen de su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmarlo y enviarlo nuevamente. Puede hacer los cambios que considere necesarios antes de enviarnos el formulario.

¿Qué sucede después de que recibimos su apelación de reclamo?

Luego de recibir su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. En la carta se le indicará lo siguiente:

- quién está trabajando en su apelación de reclamo,
- cómo comunicarse con esta persona, y
- si necesitamos información adicional.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación de reclamo. Estos revisores trabajan en un nivel superior al de los revisores que tomaron la primera decisión sobre su reclamo.

Si su apelación del reclamo está relacionada con asuntos clínicos, uno o más profesionales calificados de la salud revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico que no participó en la primera decisión sobre su reclamo.

Le informaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días hábiles a partir del momento en que contemos con toda la información necesaria. Si la demora podría poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en el plazo de 2 días hábiles a partir de la fecha en que tengamos toda la información necesaria. Le informaremos los motivos de nuestra decisión, así como nuestros fundamentos clínicos, si corresponde.

Si aún no está conforme, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento. Llame al Departamento de Salud del estado de New York al (866) 712-7197.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

Senior Whole Health de New York NHC hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. Al momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención se encargará de coordinarlos. El personal hará todo lo posible por ayudarlo a hacer uso de sus derechos.

Derechos del miembro:

Tiene los siguientes derechos:

- A recibir atención médicamente necesaria.
- A acceder de manera oportuna a los servicios y la atención.
- A que se proteja su privacidad, tanto de su registro médico como al momento de recibir tratamiento.
- A recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y sus alternativas, presentadas de una manera y en un idioma que usted comprenda.
- A recibir información en un idioma que comprenda. Podrá recibir servicios de traducción oral de forma gratuita.
- A obtener la información necesaria para dar un consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
- A ser tratado con respeto y dignidad.
- A recibir una copia de su registro médico y solicitar su modificación o corrección.
- A formar parte de las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- A no sufrir ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.

- A recibir atención sin importar el sexo, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
- A saber dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluso cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles dentro de la red del plan.
- A presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del estado de New York o la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.
- A usar el Sistema de Audiencia Justa del estado de New York o el proceso de Apelación Externa del estado de New York, si corresponde.
- A designar a alguien para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- A obtener ayuda del programa Defensoría Participante.

Responsabilidades del miembro:

- Recibir los servicios cubiertos a través del Senior Whole Health de New York NHC.
- Utilizar a los proveedores de la red del Senior Whole Health de New York NHC para los servicios cubiertos en la medida en que haya proveedores disponibles dentro de esta.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto los servicios cubiertos aprobados previamente o en caso de emergencia. Consultar a su médico si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal del Senior Whole Health de New York NHC sobre cualquier cambio en su salud e indicar si no comprende o no puede seguir las instrucciones.
- Cumplir con el plan de atención recomendado por el personal del Senior Whole Health de New York NHC (desarrollado teniendo en cuenta su opinión).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal del Senior Whole Health de New York NHC y no discriminar a dicho personal por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar al Senior Whole Health de New York NHC la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados en el plazo de dos días hábiles.
- Notificar con antelación a su equipo de atención médica del Senior Whole Health de New York NHC siempre que no vaya a encontrarse en su hogar para recibir los servicios o la atención programados para usted.
- Informar al Senior Whole Health de New York NHC antes de mudarse de manera permanente fuera del área de servicio, o en caso de viajes prolongados fuera de esta.
- También es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

Cancelación de la inscripción a nuestro plan

No se cancelará la inscripción de un afiliado al programa Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

Uso elevado de servicios médicos cubiertos, afecciones existentes o cambios en la salud del afiliado, reducción de la capacidad mental, o conductas disruptivas o poco colaborativas como resultado de sus necesidades especiales, a menos que dicho comportamiento implique que el afiliado deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede optar por cancelar la inscripción de manera voluntaria

Puede solicitar retirarse del programa MAP del Senior Whole Health de New York NHC en cualquier momento y por cualquier razón.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al (833) 671-0440 (TTY: 711). El procesamiento puede demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Puede cancelar la inscripción a Medicaid o inscribirse en otro plan de salud siempre que califique. Si continúa necesitando servicios de Atención Comunitaria a Largo Plazo (CBLTC), como servicios de cuidado personal, debe inscribirse en otro plan MLTC o en el programa de Exención de Servicios Comunitarios y en el Hogar para poder recibir dichos servicios.

Usted deberá abandonar el programa MAP del Senior Whole Health de New York NHC en los siguientes casos:

- Si ya no forma parte del Senior Whole Health de New York NHC para su cobertura de Medicare.
- Si ya no es elegible para recibir Medicaid.
- Si necesita atención de enfermería a domicilio, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Si permanece fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del Senior Whole Health de New York NHC.
- Si ya no requiere un nivel de atención equivalente al de una residencia para ancianos según se determina a través del Sistema de Evaluación Uniforme (UAS) u otra herramienta designada por SDOH.
- Si ya no es elegible para recibir el nivel de atención equivalente al de una residencia para ancianos según se determine en cualquier evaluación integral utilizando la herramienta de evaluación indicada por SDOH, a menos que el Contratista, la LDSS o la entidad designada por el estado estén de acuerdo en que al interrumpir los servicios brindados por el Contratista se podría esperar razonablemente que el Afiliado resulte nuevamente elegible para recibir dicho nivel de atención (según se determine con la herramienta de evaluación indicada por SDOH) dentro de los seis meses posteriores. El Contratista le proporcionará a la LDSS o a la entidad designada por el estado los resultados de su evaluación y sus recomendaciones sobre la continuación o cancelación de la inscripción en el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la evaluación integral.
- Si, al momento de cualquier reevaluación mientras viva en la comunidad, se determina que ya no demuestra una necesidad funcional o clínica para recibir servicios de CBLTC.
- Si su único servicio es la guardería social, se deberá cancelar su suscripción al plan MAP.
- Si se inscribe en un programa de Exención de Servicios Comunitarios y en el Hogar, o se inscribe en un programa o comienza a residir en un centro que se encuentra bajo la supervisión de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o los Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias.

Podemos pedirle que abandone el plan

Le solicitaremos que abandone el programa Senior Whole Health de New York NHC en los siguientes casos:

- Si un familiar, un cuidador informal u otra persona del hogar tiene conductas o comportamientos que afectan gravemente la capacidad del plan para prestar servicios.
- Si deliberadamente proporciona información fraudulenta en un formulario de inscripción o permitir el abuso de una tarjeta de inscripción en el programa MAP.
- Si no completa ni envía un formulario de consentimiento o divulgación necesario.
- Si no paga o coordina el pago que, según lo determinado por el Distrito Local de Servicios Sociales, se le adeuda al plan en concepto de responsabilidad económica o excedente dentro de los 30 días posteriores a la fecha del primer vencimiento. Habremos hecho un esfuerzo razonable por cobrarle.

Antes de que se le cancele involuntariamente la inscripción, Senior Whole Health de New York NHC obtendrá la aprobación de la NYMC o la entidad designada por el estado. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente al mes en que se procesa. Si continúa necesitando servicios de atención comunitaria a largo plazo, deberá elegir otro plan o se le asignará otro plan de manera automática para que le brinde la cobertura de los servicios necesarios.

Requisitos para la reinscripción

Si cancela su inscripción de forma voluntaria, se le permitirá reinscribirse en el programa si cumple con nuestros criterios de elegibilidad.

Competencia cultural y lingüística

Senior Whole Health de New York NHC honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura y su identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente, y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de manera apropiada para todos los afiliados. Esto incluye, entre otros, aquellas personas que presentan un dominio limitado del inglés, antecedentes culturales y étnicos diversos, así como religiones diferentes.

Capítulo 7: Directiva anticipada

Una directiva anticipada es una declaración por escrito en la que usted informa cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda decidir por sí mismo. De esta forma, se asegura de recibir la atención médica que desea si en algún momento no puede hablar por usted mismo. Por eso es importante que elija a alguien en quien confía.

¿Cómo se obtiene una directiva anticipada?

- Pídale a su proveedor un formulario de apoderado para la atención médica o llame a Servicios para Miembros para obtener uno.
- Complete el formulario y designe a un adulto de su confianza para que tome las decisiones en su nombre.
- Lleve personalmente o envíe por correo postal el formulario completado a su proveedor. Así su proveedor sabrá qué tipo de atención desea recibir si no puede decidir por sí mismo.
- Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento.

Documentos útiles adicionales

Reanimación cardiopulmonar (RCP) y no reanimación (DNR)

Tiene derecho a decidir si desea recibir algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o pulmones si se detienen su respiración o circulación. Si no desea recibir este tratamiento ni RCP, hable con su proveedor, quien puede documentar sus deseos en su registro médico. También puede obtener un formulario DNR y llevarlo consigo, o una pulsera que le informará a cualquier proveedor médico de emergencia acerca de sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta que cabe en la billetera indica que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. También puede usar el dorso de su licencia de conducir para informar a los demás si desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

Capítulo 8: Información que puede solicitar

Como miembro, tiene derecho a acceder a cierta información sobre el SWH de NY NHC. Le brindaremos la información a continuación según lo solicite:

- Lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la Junta Directiva, funcionarios, personas controladoras, propietarios o socios del SWH de NY NHC.
- El último balance anual certificado del SWH de NY NHC.
- Información relacionada con reclamos de consumidores en relación con el SWH de NY NHC.
- Una descripción escrita de las disposiciones organizativas del SWH de NY NHC.
- Una descripción de los procedimientos del SWH de NY NHC en relación a la protección de la confidencialidad de los registros médicos y de otra información de los miembros, así como del programa continuo de control de calidad.
- Las afiliaciones de los profesionales médicos a los hospitales.
- Una descripción de los criterios utilizados para tomar decisiones sobre la aprobación o denegación de servicios.
- Los procedimientos de solicitud y los requisitos mínimos de calificación para que los proveedores de atención médica participen en el SWH de NY NHC.
- Una copia de su registro del programa SWH de NY NHC (al hacer una solicitud por escrito al director).

MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP)

A partir del 1.º de enero de 2023, Senior Whole Health cubrirá servicios de salud del comportamiento (salud mental y adicciones). Es posible que usted haya recibido algunos de estos servicios con anterioridad. Ahora puede usar la tarjeta de su plan [Senior Whole Health] para obtenerlos. A partir de ahora, cubriremos los siguientes servicios:

Atención de salud mental para pacientes adultos ambulatorios

- Tratamiento diurno continuo (CDT)
- Hospitalización parcial (PH)

Servicios de rehabilitación de salud mental para pacientes ambulatorios

- Tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- Servicios de rehabilitación y tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (MHOTRS)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes adultos ambulatorios que cumplan con los requisitos clínicos. También se conocen como Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE):

- Rehabilitación psicosocial (PSR)
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST)
- Servicios de fortalecimiento: asistencia de pares
- Apoyo y capacitación familiar (FST)

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (CPEP)
- Servicios de crisis telefónica y móvil
- Programas residenciales en caso de crisis

Servicios de adicción para pacientes ambulatorios

- Centros de tratamiento de opioides (OTP)

Servicios residenciales de adicción para adultos

- Servicios residenciales

Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos hospitalizados

- Centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC).
- Rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados
- Desintoxicación médicamente supervisada para pacientes hospitalizados

¿Cómo puedo recibir estos servicios?

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al <877-353-0185>. Puede preguntarles a sus proveedores cómo obtener estos servicios.



Senior Whole Health

BY MOLINA HEALTHCARE

22640 10/2022