



*Cuidándole cada minuto, todos los días.*

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)

# Manual de Medicaid

## **Manual para los miembros de Medicaid**

<b>Sección 1.</b> Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	2
<b>Sección 2.</b> Elegibilidad para la inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	3
<b>Sección 3.</b> Inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	4
<b>Sección 4.</b> El programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) lo tratará con imparcialidad y respeto en todo momento .....	7
<b>Sección 5.</b> Cuidado de transición .....	8
<b>Sección 6.</b> Spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual .....	8
<b>Sección 7.</b> Servicios cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	10
<b>Sección 8.</b> Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan .....	31
<b>Sección 9.</b> Servicios no cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	32
<b>Sección 10.</b> Autorización de un servicio y acciones .....	33
<b>Sección 11.</b> Apelaciones de Nivel 1 (también denominadas Apelaciones de Nivel A del plan) .....	39
<b>Sección 12.</b> Apelaciones externas solo para Medicaid .....	45
<b>Sección 13.</b> Apelaciones de Nivel 2 .....	47
<b>Sección 14.</b> Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan .....	49
<b>Sección 15.</b> Cancelación de la inscripción del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) .....	54
<b>Sección 16.</b> Derechos y responsabilidades .....	56
<b>Sección 17.</b> Instrucciones anticipadas .....	59
<b>Sección 18.</b> Aviso de información disponible a pedido .....	62

## **SECCIÓN 1. Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). El Programa Medicaid Advantage Plus está diseñado especialmente para las personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de atención médica y atención a largo plazo, como atención en el hogar y cuidado personal, para continuar viviendo en sus hogares y comunidades tanto tiempo como sea posible.

Este manual describe los beneficios adicionales que cubre Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) debido a que usted se inscribió en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). También describe cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Los beneficios descritos en este manual se agregan a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Conserve este manual con la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).

Necesita ambos para informarse sobre qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

### **Obtener asistencia de Servicios para los Miembros**

Puede llamarnos para obtener respuestas a sus preguntas en cualquier momento. Podemos ayudarlo con preguntas acerca de los beneficios y servicios, con las remisiones, a reemplazar una tarjeta de identificación extraviada o si tiene preguntas sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios.

Servicios para los Miembros cuenta con personal para brindarle asistencia los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Llame al 1-877-891-6447. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

## **SECCIÓN 2. Elegibilidad para la inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

El Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) es un programa para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) si también está inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para la cobertura de Medicare y cumple los siguientes requisitos:

- Tiene 18 años o más.
- Vive en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Westchester.
- No padece una enfermedad renal terminal (ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o cuando era miembro de otro plan que terminó.
- Es elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento a través de la herramienta de elegibilidad del estado de New York.
- Cumple los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.
  - a. Debe ser capaz, en cualquier momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del estado de New York.
  - b. Debe ser médicamente elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de convalecencia en el momento de la inscripción.
  - c. Debe requerir administración de la atención y esperar necesitar, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
    - i. Servicios de enfermería en el hogar.
    - ii. Terapias en el hogar.
    - iii. Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar.
    - iv. Servicios de cuidado personal en el hogar.

- v. Atención médica diurna para adultos.
- vi. Atención de enfermería privada.
- vii. Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

Un solicitante que es un paciente internado en un hospital o paciente internado o residente de un centro con certificación de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) del estado, la Oficina de Servicios para tratar Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disability, OPWDD) del estado, o que esté inscrito en otro plan de atención administrada capitulo por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en la comunidad o el hogar, o un programa de Tratamiento Diurno de OPWDD, o que reciba servicios de un hospicio, puede inscribirse con el Contratista cuando reciba el alta o ante la finalización de su estadía en el hospital, centro con certificación de la OMH, OASAS u OPWDD, otro plan de atención administrada, hospicio, programa de exención de servicios basados en la comunidad o el hogar, o programa de Tratamiento Diurno de OPWDD.

La cobertura que se describe en este manual entra en vigencia en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). La inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) es voluntaria.

### **SECCIÓN 3. Inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) procesará las solicitudes en el orden en que se reciban.

Determinaremos si necesita una Evaluación de ausencia de conflictos de New York Medicaid CHOICE como parte de su proceso de solicitud. Usted necesitará una Evaluación de ausencia de conflictos de New York Medicaid CHOICE si es nuevo en el servicio de atención a largo plazo y si le interesa inscribirse por primera vez o si no ha estado inscrito en un plan los últimos 45 días. Nuestro representante de inscripción lo comunicará con el Centro de inscripciones y evaluaciones de ausencia de conflictos de New York Medicaid CHOICE (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) o usted puede llamar directamente al 1-855-222-8350. TTY

1-888-329-1546. Las personas que se transfieren de otro plan, ya sea atención administrada a largo plazo u otro programa Medicaid Advantage Plus, no requieren una evaluación de CFEEC. Las transferencias que sean solo de Medicaid común requieren la evaluación de CFEEC.

**Inscripción:**

Una vez que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) haya determinado que es elegible para inscribirse, se enviará su solicitud de Medicare a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Si los CMS confirman su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), la solicitud y la certificación correspondiente de Medicaid Advantage Plus se enviarán a New York Medicaid Choice (NYMC). Todas las solicitudes de inscripción deben firmarse antes del día 15 del mes para que la solicitud se revise y envíe a NYMC o al Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) antes del mediodía del día 20 del mes, con el fin de garantizar la fecha de entrada en vigencia el primer día del siguiente mes. La fecha de entrada en vigencia de la inscripción se le proporcionará en el momento de la inscripción. Si la fecha de entrada en vigencia cambia, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) le notificará la fecha de entrada en vigencia actualizada. Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) recibirán una carta de confirmación de inscripción en la que se informará la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Después de verificar y aprobar su solicitud, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) le enviará su tarjeta de identificación de miembro en un plazo de 10 días calendario. No obstante, si recibimos y procesamos su solicitud de inscripción a fines de mes, es posible que no reciba su tarjeta de identificación antes de la fecha de entrada de vigencia el mes siguiente. Si no tiene su tarjeta de identificación y necesita consultar a un médico, llame a Servicios para los Miembros para verificar su cobertura y ellos le enviarán su información de elegibilidad a su proveedor por fax. Si ha recibido su carta de confirmación de inscripción, también puede utilizar esta carta como evidencia de cobertura hasta que reciba la tarjeta de identificación de miembro.

Si decide no continuar con su solicitud de inscripción, esto se considerará como un retiro de la solicitud. Puede retirar su solicitud o Acuerdo de Inscripción antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción

comunicando su deseo de hacerlo de manera verbal o escrita. Si decide retirar su solicitud, debe elegir otro plan de atención administrada a largo plazo para seguir recibiendo servicios de atención a largo plazo, como cuidado personal. Ya no puede volver a los servicios de pago por servicio de Medicaid través del LDSS o la HRA.

### **Negación de la inscripción:**

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) le indicará si se determina que usted no es elegible según la edad, ubicación geográfica o elegibilidad para Medicaid/Medicare.

Recomendaremos la negación de la inscripción y será notificado por escrito si Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) determina que usted no cumple uno o más de los requisitos de elegibilidad.

### **Los motivos de la negación de la inscripción son los siguientes:**

- Si luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no es elegible para el nivel de atención de un hogar de convalecencia.
- Si luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no requiere los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad ofrecidos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de inscripción.
- Si luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no puede regresar a su hogar y su comunidad o permanecer en ellos sin poner en peligro su salud y seguridad.

Si no está de acuerdo con la decisión de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) en relación con la negación de la inscripción, puede continuar solicitando la inscripción ante el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) o New York Medicaid Choice. La información recopilada hasta este momento se reenviará al Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) o New York Medicaid Choice, y ellos tomarán la decisión final acerca de su elegibilidad.

Usted puede retirar su solicitud antes de que el LDSS o New York Medicaid Choice procesen la recomendación para la negación de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera verbal o escrita antes del mediodía del día 20 del mes.

Solo se le negará la inscripción si el LDSS o New York Medicaid Choice concuerdan con la determinación de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) de que usted no es elegible para la inscripción.

Si decide retirar su solicitud de inscripción antes de la negación de la inscripción que LDSS o New York Medicaid Choice procesan comunicando su deseo de hacerlo de manera verbal o escrita, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) enviará su solicitud de retiro a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) o LDSS de la ciudad de New York para que la procesen. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) le enviará la confirmación del retiro por escrito.

Si Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) determina que usted no cumple uno o más de los requisitos de elegibilidad, recomendaremos una carta de negación de la inscripción y será notificado por escrito.

#### **SECCIÓN 4. El Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) lo tratará con imparcialidad y respeto en todo momento**

---

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.



Los proveedores de la red recibirán el pago total directamente de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) por cada servicio autorizado que usted recibió, sin que deba pagar ningún costo ni copago. Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), usted no es responsable de pagarla, comuníquese con su Administrador de atención. Puede ser responsable del pago de servicios cubiertos que no fueron autorizados por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) o por servicios cubiertos que se reciben de proveedores fuera de la red del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).

## **SECCIÓN 5. Cuidado de transición**

---

Los nuevos miembros pueden seguir un tratamiento continuo ya en curso con un proveedor de atención médica fuera la red durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción, siempre y cuando el proveedor acepte el pago de la tarifa del plan, se adhiera a la asistencia de calidad del plan y otras políticas, y le proporcione información médica sobre su atención al plan.

Miembros actuales: cuando su proveedor de atención médica deja la red, el tratamiento continuo en curso puede seguir durante un período de transición de hasta 90 días si su proveedor acepta el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas del plan, y le proporciona información médica sobre su atención al plan.

## **SECCIÓN 6. Spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual**

---

Los montos de spenddown (responsabilidad económica del paciente) o los montos de excedente son los montos de ingresos netos disponibles determinados por la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York o el Distrito Local de Servicios Sociales y que el miembro debe pagar mensualmente a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), de acuerdo con los requisitos del programa de asistencia médica. Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) que tengan un excedente recibirán una factura mensual el día 15 de cada mes o alrededor de esa fecha.

El monto que deberá pagarnos dependerá de su elegibilidad para Medicaid y el programa de spenddown mensual de Medicaid.

<b>Si usted califica para:</b>	<b>Pagará:</b>
Medicaid (sin spenddown mensual)	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), no pagará nada
Medicaid (con spenddown mensual)	Un spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) según lo determinado por la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York o el Distrito Local de Servicios Sociales

Si es elegible para Medicaid con spenddown y su spenddown cambia mientras es miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), su pago mensual se ajustará.

Elderplan puede iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción si un miembro incumple en el pago de cualquier monto que adeude como spenddown (responsabilidad económica del paciente) de Medicaid dentro de los (30) días posteriores al vencimiento de dicho monto. Elderplan hará los esfuerzos razonables para cobrar el spenddown, que incluye una solicitud por escrito del pago y asesoramiento al miembro sobre su posible cancelación de la inscripción.

Si tiene preguntas sobre la “spend-down” (responsabilidad económica del paciente) de Medicaid y vive en uno de los cinco condados de Brooklyn, Queens, Staten Island, Manhattan o el Bronx, puede comunicarse con:

**Human Resources Administration  
Medical Assistance Program  
505 Clermont Avenue, 7th Floor  
New York, NY 11238 (718) 557-1399**

Si vive dentro del condado de Nassau, puede comunicarse con:

**Nassau County Department of Social Services  
60 Charles Lindbergh Blvd.  
Uniondale, NY 11553-3656  
(516) 227-8519**

Si vive dentro del condado de Westchester, puede comunicarse con:

**Westchester County Department of Social Services**  
**112 East Post Road, 5th Floor**  
**White Plains, NY 10601**  
**(914) 995-5000**

## **SECCIÓN 7. Servicios cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

Deducibles y copagos de los servicios cubiertos de Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes externos y para pacientes internados, las consultas al médico, los servicios de emergencia y los análisis de laboratorio están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). El Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) describe las reglas para utilizar los proveedores del plan y recibir atención ante una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. No hay deducibles ni copagos. Lea en el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 1) de la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), no deberá pagar esa prima, ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. Las secciones a continuación explican lo que está cubierto.

### **SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN:**

Coordinación de la atención

Al inscribirse en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), se le asigna a cada miembro un Equipo de administración de la atención, que incluye administradores de atención social y clínica junto con apoyo administrativo. Este equipo es responsable de coordinar su atención y de proporcionarle una administración de la atención y una planificación de servicios centrados en el

paciente de calidad. Trabajarán junto a usted, a las personas de apoyo informales y a su médico de atención primaria para garantizar que reciba el nivel de servicios adecuado sobre la base de sus necesidades médicas y psicosociales, su nivel funcional y los sistemas de apoyo actuales y únicos. Su Equipo de administración de la atención coordinará todas sus necesidades de atención médica para los servicios cubiertos y no cubiertos, y cualquier otro servicio proporcionado por otros proveedores, recursos de la comunidad y personas de apoyo informales. Recibirá al menos una llamada telefónica mensual por parte del Equipo de administración de la atención. El enfermero de evaluación, como miembro de su Equipo de administración de la atención, le hará consultas a domicilio, al menos, dos veces al año para completar una evaluación integral de su salud e identificar todos los cambios que pueda requerir o las necesidades que pueda tener. Pueden organizarse consultas a domicilio adicionales según lo determine su Equipo de administración de la atención. Trabajaremos de manera conjunta con su médico, quien está notificado sobre su plan de atención, así como también con otros profesionales de atención médica para garantizarle que reciba los servicios que necesita. Un profesional de atención médica lo ayudará con la solicitud de cualquier derecho y otros beneficios a los que usted es elegible, así como también a mantener la elegibilidad a través del proceso de certificación de todos los derechos.

### **OPCIONES DISPONIBLES PARA USTED:**

#### **Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)**

CDPAS es un beneficio voluntario cubierto a disposición de todos los miembros del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care. El programa CDPAS es un modelo de atención en el hogar autodirigida disponible para los miembros elegibles que necesiten servicios de enfermería, de cuidado personal o de atención en el hogar y que sean capaces de administrar su propia atención. Los miembros que no están en condiciones de autodirigirse deben contar con un adulto responsable, conocido como su representante designado, para que asuma las responsabilidades del programa en su nombre.

Si se inscribe en CDPAS, usted o su representante tendrán poder de decisión respecto de la contratación, la capacitación, los cronogramas, la evaluación, la verificación y la aprobación de las planillas de horarios y el despido del personal de CDPAS.

Usted puede cancelar la opción autodirigida (CDPAS) de manera voluntaria y recibir servicios tradicionales a través del Programa Medicaid Advantage Plus en cualquier momento.

**Es posible que se le cancele la opción autodirigida de forma involuntaria si:**

- La participación continua en CDPAS no permitiría satisfacer sus necesidades de salud, seguridad o bienestar;
- Usted demuestra incapacidad de autodirección al demostrar en forma constante la falta de capacidad para llevar a cabo las tareas necesarias para los servicios autodirigidos; o
- Se observa un uso fraudulento de los fondos de Medicaid, como evidencia sustancial de documentos falsificados en relación con CDPAS.
- La autorización de su médico ha superado los 6 meses.

**Servicios cubiertos adicionales**

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), nuestro plan organizará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios si son médicamente necesarios; es decir, cuando sean necesarios para evitar o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de proveedores que pertenezcan a la red de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).

Si no puede encontrar un proveedor de la red en nuestro plan, debe obtener una autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) antes de recibir cualquier servicio de salud de un proveedor fuera de la red, excepto cuando se trate de una emergencia médica o de atención de urgencia. Para obtener una autorización previa para los servicios de un proveedor fuera de la red, usted o su médico deberán llamar a la Administración médica de Elderplan Plus Long-Term Care al 1-877-891-6447 (TTY 711).

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Cuidado personal</b>	Asistencia para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse, ir al baño, caminar, preparar comidas y realizar tareas domésticas. Dichos servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de su salud y seguridad en el hogar.	Los servicios de cuidado personal requieren aprobación previa.
<b>Plan de servicio (o plan de atención) centrado en la persona</b>	Una descripción escrita en el registro de administración de la atención de objetivos de atención médica específicos al miembro que se deben lograr y la cantidad, la duración y el alcance de los servicios cubiertos que se deben prestar al miembro para lograr dichos objetivos.	La efectividad del plan de servicio centrado en la persona se controla mediante una reevaluación y la determinación del cumplimiento de los objetivos de atención médica.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Servicios de cuidado personal dirigido por el consumidor (CDPAS)</b></p>	<p>Este es un programa especializado en el que un miembro o una persona en nombre de un miembro, conocida como representante designado, autodirige y administra el cuidado personal del miembro y otros servicios autorizados.</p>	<p>Los servicios incluyen asistencia parcial o total para realizar tareas de higiene personal, vestirse, alimentarse, ayuda para preparar la comida y realizar las tareas domésticas, así como servicios de auxiliar de atención de la salud en el hogar y tareas de enfermería. Estos servicios son proporcionados por un auxiliar que el miembro o representante designado seleccionan y dirigen.</p> <p>CDPAS requiere una orden del médico y aprobación previa.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare</b></p>	<p>Los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados que no cubre Medicare (por ejemplo, fisioterapeutas para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que hayan alcanzado su potencial máximo de restauración o enfermeros para recargar las jeringas para las personas discapacitadas con diabetes) o servicios de auxiliar de atención de la salud en el hogar requeridos por un plan de atención aprobado.</p>	<p>Los servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare requieren aprobación previa.</p>



<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Nutrición</b>	<p>Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, o la planificación de la administración adecuada de alimentos y bebidas acorde a sus necesidades médicas y físicas, y a las condiciones ambientales. Estos servicios también pueden incluir la planificación de la administración de una alimentación adecuada dentro del entorno del hogar del paciente y el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional.</p>	<p>Los servicios nutricionales requieren aprobación previa.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Servicios médicos y sociales</b>	Los servicios médicos y sociales incluyen la evaluación de la necesidad, la coordinación y la prestación de asistencia en relación con problemas sociales relacionados con el mantenimiento de sus necesidades en el hogar cuando dichos servicios son brindados por un trabajador social calificado. Los servicios médicos y sociales lo ayudarán con inquietudes relacionadas con su enfermedad, sus finanzas, el hogar y el ambiente.	Los servicios médicos y sociales requieren aprobación previa.
<b>Entrega de comidas a domicilio y comidas en lugares de congregación</b>	Comidas entregadas en el hogar o en un entorno grupal, por ejemplo, centros de atención diurna o centros para personas de edad avanzada, a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.	Las comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal requieren aprobación previa.
<b>Atención diurna social</b>	Brinda a las personas servicios de socialización, supervisión y control, cuidado personal y nutrición en un entorno de protección en cualquier momento del día, pero por menos de 24 horas.	La atención diurna social requiere aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Transporte que no sea de emergencia</b></p>	<p>Los servicios de transporte se brindan a través de ambulancia, ambulette, taxi, transporte público u otro medio adecuado para su afección médica. Cualquier persona que lo acompañe a sus citas médicas también está cubierta, si fuera necesario. Todo transporte que no sea de emergencia puede coordinarse con Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) llamando al 1-877-891-6447 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o para hacer una reserva al: 1-877-779-8611. LogistiCare se encuentra disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para responder las preguntas que los miembros tengan sobre el transporte. Línea de ayuda de transporte: 1-877-779-8612 Llame a este número si el transporte se retrasa o para programar el traslado desde un centro. Los miembros con problemas auditivos deben llamar al TTY 711. Llame a este número para hacer reservas hacia y desde un centro o para solicitar asistencia si el transporte se retrasa.</p>	<p>Todo el transporte debe coordinarse con tres (3) días de anticipación. Si no obtiene autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care para el transporte que no sea de emergencia, no se le reembolsará el costo del transporte, y usted será responsable del costo total. Si prefiere optar por el transporte público (es decir, el transporte de MTA, incluidos el metro, autobús, ferrocarril de Long Island o Metro-North, etc.), deberá completar y enviar un formulario de Reembolso para miembros a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para así obtener el reembolso del costo del viaje de ida y vuelta.</p> <p>Continúa en la siguiente página.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Transporte que no sea de emergencia</b> <i>continuación</i></p>		<p>Para su comodidad, el Formulario de reembolso para miembros se encuentra disponible en nuestro sitio web <a href="http://www.elderplan.org">www.elderplan.org</a>, o puede comunicarse con Servicios para los Miembros y solicitar uno. Simplemente, complete el Formulario de reembolso para miembros y envíelo por correo a la siguiente dirección:</p> <p><b>Elderplan Plus Long-Term Care Medicare Plan Member Services 440 9th Avenue, 14th Floor New York, NY 10001</b></p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, le enviaremos el reembolso.</p> <p>El transporte que no sea de emergencia requiere aprobación previa.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Atención de enfermería privada</b>	Servicios de atención de enfermería privada brindados por una persona con licencia y registro vigente del Departamento de Educación del estado de New York para ejercer como enfermera profesional certificada o una enfermera práctica con licencia. Los servicios de atención de enfermería privada pueden brindarse a través de una agencia de atención de la salud en el hogar certificada o una agencia de atención en el hogar con licencia.	Los servicios de atención de enfermería privada requieren una orden del médico y aprobación previa.
<b>Equipo médico duradero que no cubre Medicare</b>	El equipo médico duradero cubierto por Medicaid incluye artículos, como taburetes o barras para baño, que no estén cubiertos de otra forma por Medicare.	El equipo médico duradero no cubierto por Medicare requiere una orden del médico y aprobación previa.
<b>Suministros médicos o quirúrgicos</b>	Los artículos de uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos u ortésicos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico y que no estén cubiertos de otra forma por Medicare. Incluye fórmulas nutricionales enterales. Consultar las limitaciones a continuación.	Los suministros médicos/ quirúrgicos no cubiertos por Medicare requieren una orden del médico y aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Dispositivos protésicos y ortésicos</b>	Incluye calzado ortopédico y dispositivos protésicos y ortésicos.	Los dispositivos protésicos y ortésicos no cubiertos por Medicare requieren una orden del médico y aprobación previa.
<b>Servicios auditivos</b>	Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) reciben servicios auditivos cubiertos por Medicaid que no están cubiertos de otra forma por Medicare, incluidos los servicios y productos auditivos cuando sean médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen selección, adaptación y suministro de audífonos; controles de audífonos después del suministro; evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos relacionados con audífonos, incluidos audífonos, moldes de oreja, adaptaciones especiales y repuestos.	Los miembros deben acceder a toda la atención auditiva cubierta por Medicaid, como exámenes auditivos de rutina y audífonos, a través de la red contratada de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Los servicios auditivos no requieren aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Servicios oftalmológicos</b></p> <p>Los miembros deben acceder a toda la atención oftalmológica, como exámenes de la vista de rutina, anteojos y lentes de contacto, a través de Superior Vision, la red oftalmológica contratada de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Todos los servicios oftalmológicos cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p>Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) reciben servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid que no están cubiertos de otra forma por Medicare, incluidos los servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (estándares o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para baja visión y servicios para baja visión. La cobertura también incluye reparaciones y repuestos. También se cubren los exámenes de diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares.</p>	<p>Además, los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) reciben beneficios oftalmológicos adicionales aparte de los cubiertos por Medicare o Medicaid, incluidos un (1) examen de la vista de rutina cada dos años y un (1) par de anteojos o lentes de contacto cada dos años, excepto que sean médicamente necesarios. Las afecciones tales como el glaucoma pueden requerir un examen de la vista completo con una frecuencia mayor a dos años</p> <p>Los servicios oftalmológicos de rutina no requieren aprobación previa. Es posible que los servicios oftalmológicos médicamente necesarios requieran aprobación previa.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) cree que brindarle una buena atención odontológica es importante para su atención médica general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con Healthplex Inc., un experto en brindar servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios odontológicos de rutina y regulares, como controles odontológicos preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento o atención de seguimiento. ¡No necesita una remisión de su médico de atención primaria (PCP) para consultar a un dentista!</p>	<p>Debe acceder a todos los tratamientos odontológicos de proveedores de Healthplex Inc., el proveedor odontológico de la red contratado por el Plan Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care. Todos los servicios odontológicos cubiertos deben ser médicamente necesarios. Los procedimientos odontológicos individuales pueden requerir autorización previa de Healthplex Inc.</p> <p>Si necesita buscar un dentista o desea cambiar de dentista, comuníquese con Healthplex Inc., al 1-800-468-0600. Servicio al cliente</p> <p>Los representantes están disponibles para ayudarlo. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con los servicios de Language Line.</p> <p>Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios odontológicos. No recibirá una tarjeta de identificación odontológica por separado. Cuando consulte a su dentista, deberá mostrar la tarjeta de identificación de su plan.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>



<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Apoyo social/ ambiental</b>	El apoyo social y ambiental implica servicios y artículos que respaldan sus necesidades médicas y se incluyen en su plan de atención. Estos servicios y productos incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada doméstica/tareas del hogar, mejoras de la vivienda y cuidado de relevo.	Los apoyos sociales y ambientales requieren aprobación previa.
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>	Los Servicios personales de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response Services, PERS) son un dispositivo electrónico que permite que determinados pacientes de alto riesgo obtengan ayuda en caso de emergencia física, emocional o ambiental. Ahora existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que utilizan y emiten una señal al centro de respuesta cuando se activa el botón de “ayuda”. En caso de emergencia, el centro de respuesta recibe la señal y procede adecuadamente.	El sistema personal de respuesta ante emergencias requiere aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Atención médica diurna para adultos</b>	La atención médica diurna para adultos incluye lo siguiente: servicios médicos, sociales, de enfermería, alimentación y nutrición, terapia de rehabilitación, actividades recreativas (que son un programa planificado de diversas actividades significativas), servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.	La atención médica diurna para adultos requiere aprobación previa.
<b>Atención en un hogar de convalecencia no cubierta por Medicare (siempre que sea elegible para la cobertura institucional de Medicaid)</b>	Para recibir servicios en un hogar de convalecencia que no estén cubiertos de otra forma por Medicare, los servicios deben cumplir con el plan de tratamiento escrito por el médico que indica los servicios, un auxiliar médico titulado, un enfermero practicante diplomado o una agencia de atención de la salud en el hogar certificada.	La atención en un hogar de convalecencia que no esté cubierta de otra forma por Medicare requiere aprobación previa.
<b>Atención para pacientes internados en un hospital, incluida la atención para salud mental y por abuso de sustancias.</b>	Atención médicamente necesaria, incluidos los días que excedan el máximo de 190 días de por vida que cubre Medicare por salud mental para pacientes internados.	La atención de salud mental para pacientes internados que supere el límite de 190 días de por vida de Medicare requiere aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)</b>
<b>Salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos</b>	Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care Plan (HMO D-SNP) pueden recibir servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos de cualquier proveedor de la red. Usted puede autorremitirse para una evaluación de cada beneficio de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.	Los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos requieren aprobación previa.
<b>Telesalud</b>	Los proveedores de telesalud ofrecen servicios de atención médica, que incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o el autocontrol del miembro mediante tecnologías de comunicación.	Los servicios de telesalud requieren una orden del médico y aprobación previa.
<b>Rehabilitación para pacientes externos</b>	Servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta autorizado y certificado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad mental o física y lograr la recuperación del miembro a su mejor nivel funcional.	Se requiere autorización previa. Consultar las limitaciones a continuación.

**\*Limitaciones:**

- La fisioterapia para pacientes externos se limita a 40 consultas de Medicaid por año, y la terapia ocupacional y del habla para pacientes externos se limita a 20 consultas de Medicaid por terapia por año, excepto en los siguientes casos:
  - menores de 21 años
  - si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo determinó que usted tiene una discapacidad del desarrollo
  - si tiene una lesión cerebral traumática.
- La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio y a las siguientes condiciones:
  - 1) personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda; y
  - 2) personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para brindarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio.
  - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para las personas que se consideran pacientes permanentes, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.

## **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**

En esta sección se explicarán los servicios y apoyos que están disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a volver de un hogar de convalecencia a su hogar o residencia en la comunidad. Usted puede reunir los requisitos para MFP si ocurre lo siguiente:

- Ha vivido en un hogar de convalecencia durante tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que pueden atenderse a través de servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas compañeros y especialistas en transición, que pueden encontrarse con usted en el hogar de convalecencia y conversar sobre su regreso a la comunidad. Los compañeros y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y planificadores de alta. Ellos pueden ayudarlo a través de lo siguiente:

- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo luego de su mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener información sobre MFP/Open Doors o programar una consulta con un compañero o especialista en transición, comuníquese con la Asociación de New York de Vida Independiente al 1-844-545-7108, o por correo electrónico a [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov). También puede visitar MFP/Open Doors en línea en [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) o en [www.ilny.org](http://www.ilny.org).

## **Obtención de atención fuera del área de servicio**

Si está lejos de su hogar o fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. La “atención de urgencia” se refiere a una situación que no es de emergencia, una afección o lesión imprevista o una enfermedad que requieren atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan está temporalmente inaccesible o no está disponible. La afección imprevista podría ser

una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene (por ejemplo, una exacerbación de una afección dérmica crónica).

El plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención si la recibe fuera de los Estados Unidos.

### **Servicios de emergencia**

Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias, al hospital o al centro de atención de urgencia más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP.
- **Asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia lo antes posible.**
- Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba.
- Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Puede hacerlo llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

### **¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?**

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a administrar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

### **¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?**

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y el médico puede decirle que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- o, la atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

### **Pago de servicios de emergencia médica**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, debe solicitar que le realicemos un reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
- Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
- Si usted ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

## **SECCIÓN 8. Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan**

---

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) no cubre. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

### **Farmacia**

La mayoría de los medicamentos con receta está cubierto por la Parte D de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), según se describe en el Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) ni por Medicare.

### **Algunos de los servicios de salud mental son los siguientes:**

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Administración de casos para enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental del estado o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para las personas en hogares comunitarios o en tratamiento basado en la familia
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento comunitario de reafirmación personal
- Servicios personalizados orientados a la recuperación



**Determinados servicios de retraso mental y de discapacidades del desarrollo, incluidos los siguientes:**

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios de exención para servicios basados en la comunidad y en el hogar
- Otros servicios de Medicaid
- Tratamiento con metadona
- Tratamiento directamente supervisado para tuberculosis (TB)
- Administración de casos del programa COBRA para pacientes con VIH

**Planificación familiar**

Los miembros pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de un PCP.

**SECCIÓN 9. Servicios no cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

Usted debe pagar los servicios que no cubre Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) ni Medicaid si su proveedor le indica de antemano que estos servicios no están cubiertos Y usted se compromete a pagar por ellos. Entre los ejemplos de servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) ni Medicaid se incluyen los siguientes:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Tratamiento de la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que Elderplan Plus Long-Term Care [HMO D-SNP] lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711).

## **SECCIÓN 10. Autorización de un servicio y acciones**

---

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El pedido de autorización de un tratamiento o servicio se denomina petición para la autorización de un servicio (también denominada solicitud de decisión de cobertura). Para obtener una petición para la autorización de un servicio, usted o su médico deben llamar a la Administración Médica de Elderplan Plus Long-Term Care al 1-877-891-6447 (TTY 711) o enviar la petición por escrito a la siguiente dirección:

**Elderplan Plus Long Term Care  
Medicare Plan Medical Management Department  
6323 7th Avenue  
Brooklyn, NY 11220**

Autorizaremos los servicios por un cierto monto y un período específico. Esto se denomina período de autorización.

### **Autorización previa**

Algunos servicios cubiertos requieren una autorización previa (aprobación por adelantado) de la Administración Médica de Elderplan Plus Long-Term Care antes de que los reciba. Usted o una persona de confianza pueden solicitar la autorización previa. Los siguientes tratamientos y servicios requieren autorización antes de que usted los reciba:

- Servicios no participantes, admisiones opcionales, admisiones en SNF/ rehabilitación aguda
- Ambulancia que no sea de emergencia
- Fisioterapia/centros de rehabilitación integral para pacientes externos (es decir, atención de rehabilitación para pacientes externos)
- Cuidado de heridas/procedimientos con dispositivos de vacío
- Terapia con oxígeno hiperbárico
- Equipo médico duradero (DME)/suministros: productos de Medicare
- DME/suministros: productos de Medicaid

- Evaluación de trasplantes
- Dispositivos protésicos y ortésicos
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)/angiografías por resonancia magnética (ARM)/tomografías por emisión de positrones (PET)/tomografías computarizadas (TC)
- Zapatos para personas con diabetes
- Servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTC)
- Transporte que no sea de emergencia cubierto por Medicaid
- Especialistas a domicilio

### **Revisión concurrente**

También puede solicitar a la Administración Médica de Elderplan Plus Long-Term Care obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Esto se denomina revisión concurrente.

### **Revisión retrospectiva**

Algunas veces haremos una revisión sobre la atención que recibe para comprobar si todavía la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina revisión retrospectiva. Le informaremos si hacemos estas revisiones.

### **Qué sucede después de que obtenemos su petición para la autorización de un servicio**

El plan de salud cuenta con un equipo de revisiones que se asegura de que usted obtenga los servicios que prometemos. En el equipo de revisiones participan médicos y enfermeras. Su tarea es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted pidió sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacer esto, ellos comparan su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables.

Podemos decidir rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al que solicitó. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un examinador clínico tomará la decisión. Este puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente,

ofrece la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas criterios de revisión clínica, que se utilizan para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de obtener su petición, la revisaremos mediante un proceso estándar o acelerado. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora causará un daño grave a su salud. Si rechazamos su pedido de una revisión acelerada, se lo comunicaremos y su pedido será procesado conforme al procedimiento de revisión estándar. Cualquiera sea el caso, revisaremos su petición con la prontitud que su afección médica requiera, pero no más tarde de los plazos que se mencionan a continuación. A continuación, encontrará más información sobre el proceso acelerado.

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su petición. También le comunicaremos la razón de la decisión. Le explicaremos las opciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **Proceso estándar**

Por lo general, usamos el plazo estándar para darle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo médico o servicio médico, a menos que hayamos acordado usar los plazos rápidos.

Una revisión estándar de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en un plazo de 3 días laborables desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero antes de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su caso es una revisión concurrente en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laborable desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta antes de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.

Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una **“queja rápida”**. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 14: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan).

Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o antes de que finalicen los días adicionales si nos los tomamos), puede presentar una apelación.

**Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

**Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

**Sección 11: Apelaciones de Nivel 1 (también denominadas Nivel 1), que se encuentra más adelante en este capítulo, explica cómo presentar una apelación.**

### **Proceso rápido**

Si su salud lo requiere, pídanos que le brindemos una “autorización rápida de un servicio”.

- Una revisión rápida de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en un plazo de 1 día laborable desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero antes de las 72 horas desde que presentó su solicitud.
- Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 14: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que está más adelante). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no le damos nuestra respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), usted puede presentar una apelación. Consulte la Sección 11: Apelaciones de Nivel 1, que está más adelante, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización rápida de un servicio, debe cumplir dos requisitos:

1. Solicitar cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una autorización rápida de un servicio si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió).
2. Usar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o lastimar su capacidad funcional.

**Si su proveedor nos informa que su salud requiere una “autorización rápida de servicio”, automáticamente acordaremos darle una autorización rápida de un servicio.**

Si nos pide usted mismo la autorización rápida de un servicio, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le brindemos una autorización rápida de un servicio.

Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una autorización rápida de un servicio, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta se le indicará que, si su proveedor pide la autorización rápida de un servicio, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una autorización estándar de un servicio en lugar de la autorización rápida de un servicio que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 14: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que está más adelante en este capítulo).

**Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar la autorización de un servicio para su solicitud de un artículo médico o servicio médico, le daremos nuestra respuesta antes del final de ese período.

**Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito en la que se le indicará por qué rechazamos su solicitud. Si no está conforme con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 11: Apelaciones de Nivel 1, que figura a continuación, para obtener más información.

Si no nos comunicamos con usted en los plazos descritos, deberá interpretar la falta de respuesta como un rechazo de su petición para la autorización de un servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 11: Apelaciones de Nivel 1, que figura a continuación, para obtener más información.

### **Si cambiamos un servicio que usted está recibiendo**

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o terminar un servicio que ya habíamos autorizado y que usted está recibiendo, debemos informarle, como mínimo, 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si revisamos una atención que usted recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de esta en un plazo de 30 días de recibida la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que rechazamos el pago. **No deberá pagar la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrían, incluso si luego rechazamos el pago al proveedor.**

Es posible que también tenga derechos especiales de **Medicare si finaliza su cobertura para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).

## **Qué debe hacer si desea apelar una decisión sobre su atención**

Si rechazamos su solicitud de cobertura para un artículo médico o servicio médico, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos reconsiderar esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte abajo).
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) también puede explicar los procesos de apelaciones y quejas disponibles, según su queja. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.**

## **SECCIÓN 11. Apelaciones de Nivel 1 (también denominadas Apelaciones de nivel del plan)**

---

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Para algunos tratamientos y servicios usted necesita una autorización antes de recibirlos o poder continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. El pedido de autorización de un tratamiento o servicio se denomina petición para la autorización de un servicio. Este proceso fue descrito anteriormente en la Sección 10 de este capítulo. Si decidimos rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al que solicitó, recibirá un aviso denominado Aviso de determinación de cobertura integrada.



Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que está tratando de obtener un artículo médico o servicio médico que desea pidiéndonos que volvamos a revisar su solicitud.

### **Puede presentar una apelación de Nivel 1:**

Cuando apela una decisión por primera vez, que se denomina apelación de Nivel 1 o apelación del plan. En este tipo de apelación, revisamos la decisión que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede pedir una apelación rápida.

### **Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:**

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene 60 días desde la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada para no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para pedir una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que todavía no ha recibido, usted o su proveedor deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
  - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “autorización rápida de un servicio”. Para pedir una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para pedir una autorización rápida de un servicio. (Estas instrucciones se encuentran en la Sección 10, en la parte del Proceso rápido).
  - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
  - Si su caso era una **revisión concurrente** en la que revisamos un servicio que usted ya recibía, automáticamente recibe una apelación rápida.

- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 en su nombre. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
  - Solo la persona que usted nombre por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o escribir y firmar una carta en la que nombre a su representante.
    - Para obtener un formulario de “Nombramiento de un representante”, llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> or on our website at <https://www.elderplan.org/for-members/appoint-a-representative>. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
    - Usted puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que nombra en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni tomaremos represalias contra usted porque haya presentado una apelación de Nivel 1.
- Puede presentar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

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

- Si le informamos que interrumpiremos, suspenderemos o reduciremos servicios o artículos que estaba recibiendo, es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación.
- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar alguna medida.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1.

- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción, lo que sea posterior.
- Si cumple este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor solicita que un servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que deba nombrar a su proveedor como su representante.

### **Qué sucede una vez que recibimos su apelación de Nivel 1**

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos analizando su apelación de Nivel 1. Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar una decisión.
- Le enviaremos una copia del expediente de su caso, sin cargo, que incluye una copia de sus registros médicos y toda la información y los registros que usaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si la apelación de Nivel 1 es acelerada, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.
- Profesionales de la salud calificados que no tomaron decisión inicial decidirán las apelaciones sobre asuntos clínicos. Al menos uno será un examinador clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que estuvieron involucradas en la primera decisión.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito a ser utilizada en la decisión. Si no está seguro sobre qué información proporcionarnos, llámenos al 1-877-891-6447 (TTY 711).
- Si corresponde, le daremos los motivos de nuestra decisión y los fundamentos clínicos. Si rechazamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al que solicitó, le enviaremos un aviso denominado Aviso de decisión de la apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, enviaremos su caso **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

## **Plazos para una apelación “estándar”**

- Si utilizamos los plazos para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura para servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.
  - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.
  - Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 14: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que está más adelante.
- Si no le damos una respuesta para la fecha indicada correspondiente (o al final de los días adicionales que tomamos sobre su solicitud para un artículo médico o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
  - Una organización externa independiente la revisará.
  - Describimos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 13: Apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de tomar nuestra decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, a fin de garantizar que cumplimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelación. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

## **Plazos para una apelación “rápida”**

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, **debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de los días adicionales que nos tomamos), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, que se describe más adelante en la Sección 13: Apelaciones de Nivel 2.

**Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.

**Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de destinar más tiempo a revisar su apelación.

- Durante la apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **“Oficina Integrada de Audiencias Administrativas”** u **“Oficina de Audiencias”** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.
- Le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 13: Apelaciones de Nivel 2.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.**

## **Sección 12. Apelaciones externas solo para Medicaid**

---

Usted o su médico pueden pedir una apelación externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid.**

Puede pedir al estado de New York una apelación externa independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque: no es médicamente necesario o

- es experimental o de investigación o
- no es diferente a la atención que puede obtener en la red del plan o
- está disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Se denomina apelación externa porque quienes toman la decisión son revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas competentes que aprueba el estado de New York. El servicio tiene que estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

### **Antes de apelar al estado, debe hacer lo siguiente:**

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener la determinación adversa final del plan; **o**
- Puede pedir una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y pide una apelación rápida. (Su médico deberá declarar que la apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden acordar saltar el procedimiento de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa; **o**
- Usted puede probar que el plan no cumplió las normas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Usted tiene **4 meses** después de que recibe la determinación adversa final del plan para pedir una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la apelación externa dentro de los 4 meses de la fecha en la que hizo ese acuerdo. Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa indica qué información se necesita.

A continuación, se indican algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Comuníquese con el plan de salud al 1-877-891-6447 (TTY 711).

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días laborables). El revisor les comunicará la decisión final a usted y al plan en un plazo de dos días después de haberla tomado.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora perjudicará gravemente su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El examinador de la apelación externa decidirá la apelación acelerada en 72 horas o menos. El examinador les comunicará inmediatamente la decisión a usted y al plan por teléfono o fax. Luego, el revisor le enviará una carta en la que se comunicará la decisión.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.**

## **SECCIÓN 13. Apelaciones de Nivel 2**

---

La información de esta sección se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- **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. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Oficina de Audiencias información adicional 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 envió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión con un plazo estándar, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.**

**Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2**



- Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 90 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que podría beneficiarle, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

**Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 35 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.**

**La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la fundamentan.**

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar el servicio o darle el artículo **en un plazo de un día laborable desde que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (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 continuar con su apelación.**

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- El Consejo de apelaciones de Medicare administra las apelaciones de Nivel 3. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.
- La decisión que reciba del Consejo de apelaciones relacionada con sus beneficios de **Medicaid** será **definitiva**.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.**

## **SECCIÓN 14. Qué debe hacer si tiene una queja 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 con receta de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan le brinde un buen servicio. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o nuestros proveedores, o si no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que le brindamos, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) o escriba a Servicios para los Miembros. **El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.**

Puede pedirle a una persona de su confianza que presente la queja en su nombre. Si necesita nuestra ayuda debido a un problema auditivo o de la vista, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarle. No dificultaremos la situación para usted ni tomaremos medidas en su contra por haber presentado una queja.

### **Cómo presentar una queja:**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los Miembros se lo indicará. Llame al 1-877-891-6447 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla**. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito. Puede enviarnos una carta con su queja o llamar al número de Servicios para los Miembros. Si nos escribe, debe enviar la carta a la siguiente dirección: 6323 Seventh Avenue, Brooklyn, NY 11220.
- Para presentar una queja ante el plan por teléfono, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Si nos llama después de este horario, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laborable. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo comunicaremos.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los Miembros de manera inmediata**. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

### **Qué sucede después:**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato**. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario**.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “autorización rápida de un servicio” o una “apelación rápida”, **automáticamente le concederemos una queja “rápida”**. Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.
- Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- No obstante, si ya nos ha pedido una autorización de un servicio o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud.

Estos son ejemplos de cuándo puede presentar una queja:

- Si nos pidió que le brindemos una “autorización rápida de un servicio” o una “apelación rápida” y le dijimos que no lo haríamos.
- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para brindarle una autorización de un servicio o la respuesta a una apelación que presentó.
- Cuando se revisa una autorización de un servicio que hicimos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de plazos determinados y considera que no estamos cumpliendo los plazos.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias antes del plazo requerido.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

### **Apelaciones de quejas**

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

#### **Cómo presentar una apelación de una queja:**

- Si no está conforme con nuestra decisión, tendrá, al menos, 60 días laborables después de recibir nuestra notificación para presentar una apelación de queja;
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de queja en su nombre;
- Debe presentar la apelación de la queja por escrito.
  - Si realiza una apelación por teléfono, debe enviarla luego por escrito.
  - Después de llamar, le enviaremos un formulario que resume su apelación por teléfono.
  - Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmar el formulario y enviárnoslo de vuelta. Puede hacer todos los cambios que sean necesarios antes de enviarnos el formulario.

### **Qué sucede después de que recibimos su apelación de una queja:**

Después de recibir su apelación de una queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborables. En la carta, le informaremos lo siguiente:

- Quién se está ocupando de su apelación de queja;
- Cómo puede contactar a esta persona;
- Si necesitamos más información;

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

Si su apelación de la queja implica asuntos clínicos, uno o más profesionales médicos calificados revisarán su caso. Al menos uno será un examinador clínico que no haya estado involucrado en la primera decisión de su queja.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días laborables a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria. Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en 2 días laborables a partir de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Si corresponde, le daremos los motivos de nuestra decisión y los fundamentos clínicos.

**Si todavía no está conforme, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866 712-7197.**

### **Defensor de los participantes**

El defensor de los participantes es una organización independiente que proporciona servicios del defensor de los participantes para beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:

- i. Prestación de apoyo para la preinscripción, como asesoramiento para la elección imparcial de un plan de salud e información general relacionada con el programa;

- ii. Recopilación de quejas e inquietudes de miembros sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados;
- iii. Ayuda para los miembros para que comprendan los derechos y los procesos de audiencia imparcial, quejas y apelaciones dentro del plan de salud y a nivel estatal, y asistencia para los miembros durante el proceso si es necesario o lo solicitan, lo que incluye ayuda para realizar peticiones de registros a planes y proveedores; y
- iv. Información para los planes y proveedores, y recursos y apoyos basados en la comunidad que pueden vincularse con los beneficios cubiertos del plan.

En este momento, el defensor de los participantes es la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), una red independiente de organizaciones de defensa del consumidor. La ICAN está disponible para responder las preguntas de los miembros acerca de la atención a largo plazo sobre los derechos de los miembros, Medicare, Medicaid y los servicios de atención a largo plazo. La ICAN también puede asistir a los miembros en la resolución de cualquier asunto relacionado con el acceso a la atención y en la presentación de apelaciones y quejas.

**Información de contacto de la ICAN:**

Puede comunicarse con la ICAN llamando al número gratuito 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en línea en [icannys.org](http://icannys.org).

**Información del Departamento de Salud del estado de New York:**

Si Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) no logra resolver sus quejas o problemas, también puede comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York y presentar una queja en cualquier momento al 1-866 712-7197.

## **SECCIÓN 15. Cancelación de la inscripción del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

---

Lo trataremos con imparcialidad y respeto en todo momento. Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

### **Usted puede elegir cancelar su inscripción**

Puede solicitar abandonar el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame a:

- Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) al 1-877-891-6447 (TTY 711). El proceso puede demorar hasta seis semanas, en función de cuándo recibamos su solicitud.

Si cancela su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), pero aún necesita servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, el estado de New York puede solicitarle que se una a un plan de atención administrada a largo plazo (MLTCP) o a un programa de exención para seguir recibiendo estos servicios, debido a que los servicios de atención a largo plazo de la comunidad ya no están cubiertos por el Programa pago por servicio de Medicaid de New York.

Deberá dejar el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) si usted:

- Ya no cuenta con Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para la cobertura de Medicare.
- Necesita atención en un hogar de convalecencia, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Ya no tiene cobertura total de Medicaid.
- Se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
- Es evaluado como no elegible para recibir el nivel de atención del hogar de convalecencia, según lo determinado en cualquier reevaluación integral mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado, a menos que Elderplan, el LDSS o la entidad designada por el estado acuerden que se podría esperar razonablemente que la finalización de los servicios prestados por Elderplan tuviera como resultado que usted se convierta en elegible para recibir el nivel de atención del hogar de convalecencia (según lo determinado mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado) dentro del siguiente período de seis meses. Elderplan le proporcionará al LDSS o a la entidad designada por el estado los resultados de su evaluación y las recomendaciones sobre la continuación o la cancelación de la inscripción dentro de los cinco (5) días laborables de la evaluación integral.
- Es encarcelado.
- Se une a un programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad, está inscrito en un programa o se vuelve residente en un centro auspiciado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o los Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias.



## **Podemos pedirle que se retire del plan**

Le solicitaremos que se retire del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) por los siguientes motivos:

- Usted o un miembro de su familia o cuidador informal se comportan de manera tal que afecta gravemente la capacidad de Elderplan para brindarle atención médica a usted o a otros miembros del plan.
- Incumple en el pago o no realiza los arreglos que Elderplan considere necesarios para pagar el monto adeudado como excedente de Medicaid a Elderplan dentro de los treinta (30) días después de su vencimiento.
- Le brinda información falsa a Elderplan, lo engaña o se involucra en una conducta fraudulenta de acuerdo con cualquier aspecto fundamental de su membresía.
- No completa ni presenta algún consentimiento o divulgación necesaria.

## **Disposiciones para la reinscripción**

Si cancela la inscripción voluntariamente, podrá reinscribirse en el programa si cumple los criterios de elegibilidad para la inscripción. Si se cancela su inscripción de manera involuntaria, por cualquier motivo, puede completar una solicitud nueva de reinscripción en cualquier momento. Si es elegible para la inscripción descrita anteriormente en este manual, será reinscrito.

## **SECCIÓN 16. Derechos y responsabilidades**

---

Como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), tiene los siguientes derechos:

1. A recibir atención médicamente necesaria.
2. A acceder de forma oportuna a la atención y a los servicios.
3. A mantener la privacidad de su registro médico y cuando recibe tratamiento.
4. A obtener información acerca de opciones de tratamiento disponibles y alternativas, presentada en una forma y un idioma que usted comprenda.
5. A recibir información en un idioma que comprenda (puede pedir servicios de interpretación sin costo).

6. A recibir la información necesaria para emitir un consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
7. A ser tratado con respeto y dignidad.
8. A recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros se corrijan o enmienden.
9. A participar en decisiones relacionadas con la atención médica, incluido el derecho de negarse a recibir tratamiento.
10. A no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizadas como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. A recibir atención, independientemente del sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
12. A ser informado sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), incluida la manera en que puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
13. A presentar quejas al Departamento de Salud del estado de New York.
14. A presentar quejas en su departamento local de servicios sociales y a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York.
15. A nombrar un representante para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
16. A dar instrucciones anticipadas y hacer planes sobre su atención.

## **Responsabilidades de los miembros**

Para aprovechar al máximo los beneficios de la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), tiene las siguientes responsabilidades:

1. Participar activamente en su atención y las decisiones de atención
  - Comunicarse de manera abierta y honesta con su médico y el equipo de atención sobre su salud y su atención.
  - Realizar preguntas para asegurarse de comprender su plan de servicios y considerar las consecuencias de no cumplir con su plan de servicios. Su plan de atención y los cambios en ese plan se analizarán y documentarán como parte de nuestro llamado mensual de administración de la atención.
  - Compartir las decisiones de atención y seguir a cargo de su propia salud.
  - Completar el cuidado personal según lo planeado.
  - Cumplir con las citas o informar al equipo las necesidades de cambio de citas.
  - Utilizar la red de proveedores de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para la atención, excepto en situaciones de emergencia.
  - Notificar a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) si recibe servicios de atención de otros proveedores de atención médica.
  - Escribirnos o llamarnos para participar en el desarrollo de políticas.
2. Apoyar a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)
  - Expresar, de manera adecuada, opiniones, inquietudes y sugerencias de las siguientes maneras, incluidas, entre otras, sus opiniones o inquietudes a su equipo de atención o a través del proceso de quejas y apelaciones de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
  - Revisar el Manual para los miembros y seguir los procedimientos para recibir los servicios.
  - Respetar los derechos y la seguridad de todos los que participan en su atención y ayudar a
  - Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) a conservar un entorno de hogar seguro.

- Notificar a su equipo de atención en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) sobre cualquiera de las siguientes situaciones:
- si abandona el área de servicio.
- si se muda o tiene un número de teléfono nuevo.
- si cambia de médicos.
- cualquier cambio en la afección que pueda afectar nuestra capacidad de brindar atención.

## **SECCIÓN 17. Instrucciones anticipadas**

---

### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Estar al tanto de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección médica, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura.

**Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por sí mismo.**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en una de estas situaciones. Esto significa que, si así lo desea, usted puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no tiene la capacidad de tomar las decisiones usted mismo.
- **Darles a sus médicos** instrucciones por escrito acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “instrucciones anticipadas”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "testamento vital" y "poder de representación para las decisiones de atención médica" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar del que obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

## **SECCIÓN 18. Aviso de información disponible a pedido**

---

La siguiente información se encuentra disponible a pedido del miembro:

- Una lista de nombres, direcciones comerciales y los puestos oficiales de los miembros del Consejo Directivo, funcionarios, personas de control y propietarios o asociados de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) que incluya un balance y resúmenes de recibos y desembolsos preparados por un contador público matriculado.
- Información relacionada con quejas de los miembros e información agregada sobre quejas y apelaciones.
- Procedimientos de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los miembros.
- Una descripción escrita del acuerdo organizacional y los procedimientos en curso del Programa de garantía de calidad de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- Una descripción de los procedimientos que sigue Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de medicamentos individuales, dispositivos médicos o tratamientos en estudios clínicos.
- Mediante una petición por escrito, puede obtener los criterios de revisión clínica específicos por escrito relacionados con una afección o enfermedad en particular y, cuando corresponda, otra información clínica que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) pueda considerar en la revisión de su uso y en cómo se usa en el proceso de revisión del uso, siempre y cuando, en la medida en que dicha información sea propiedad de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), el miembro o posible miembro solo podrá usar la información para los fines de ayudar al miembro/posible miembro en la evaluación de los servicios cubiertos que brinda Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).

### **Información de descargo de responsabilidades:**

La información sobre beneficios que se brinda es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

La prima de la Parte B de Medicare está cubierta para los miembros con doble elegibilidad.

Los beneficiarios elegibles pueden inscribirse en cualquier momento. Comuníquese con Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para obtener más información.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días a la semana. El Departamento de Servicios para los Miembros también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidas las traducciones al español y chino, en braille, y en tamaño de letra grande. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesitan información del plan en otro idioma o formato.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-877-891-6447 for additional information. (TDD/TTY users should call 711). Hours are 7 days a week from 8am to 8pm. Member Services has free language interpreter services available for non-English speakers.

This information is available in a different format, including translation into Spanish, Braille, and large print. Please call Member Services at the number listed above if you need plan information in another format or language.



本資訊亦可以其他語言免費提供。更多資訊請聯絡我們的會員服務部,電話號碼是1-877-891-6447。(聽力語言殘障人士請致電TDD/TTY 711)。服務時間每週七天,

每天上午8時至下午8時。會員服務部可為不能講英語的人士提供免費口譯服務。

此資訊可以不同形式提供,包括譯成西班牙語與中文,盲文,及大字印本。如果您需要以其他

形式或語言的計劃資料,請致電上列的會員服務部電話號碼。

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Servicios para los Miembros</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-353-3765 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	(718) 630-2624
<b>ESCRIBA A</b>	Elderplan, Inc. Elderplan for Medicaid Beneficiaries 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.elderplan.org">www.elderplan.org</a>

## **Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP), SHIP de New York**

El HIICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar servicios de asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Servicios para los Miembros</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/healthbenefits">http://www.aging.ny.gov/healthbenefits</a>

Elderplan/HomeFirst cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

—Intérpretes calificados

—Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator  
6323 7th Avenue Brooklyn, NY, 11220  
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711  
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar una queja en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019,  
1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

**ATTENTION:** If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) **注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Criollo francés) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yiddish) **אָרפּש רײא ראפ אָהראפ אָנעז, שײדיא טדער ריא ביא :מאַזקעמפּיא ופ יירפ סעסיוורעס ףליה**

לאצפא. 1-800-353-3765 (TTY: 711) טפּור.

(Bengalí) **লক্ষ্য করুনঃ** যদি আপনি বাংলা কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরামর্শ উপলব্ধ আছে।

ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polaco) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.

Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

يلاجاتحت وأةي زيلجنإل ريغ غة لثدحت تنك اذا:ةظوحلم(Árabe)  
نإف، ASL، فة دعاسم

. مقرب لصتا. اناجم كل رفاوتت ةي وغلل ة دعاسم ل تامدخ  
1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Francés) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

ت فم تامدخ ي ك ددم ي ك نابز وك پ آ وت ، سي ے تلوب ودرآ پ آ رگا : رادربخ  
لاک - سي بايتسد سي

Urdu) 1-800-353-3765 (TTY: 711) سىرک

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).

 elderplan

homefirst®

un miembro del sistema de salud de MJHS

Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-877-891-6447.**

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,  
los 7 días de la semana.

---

Los usuarios de TTY/TDD  
deben llamar al

**711**

---

Visite nuestro sitio web

**Elderplan.org**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato.