

2025



*Abriendo el camino hacia un
cuidado de excelencia.™*

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

Manual de Medicaid

Manual para miembros de Medicaid

SECCIÓN 1	Bienvenido a Elderplan Plus Long-term Care (HMO-POS D-SNP) Programa Medicaid Advantage Plus	2
SECCIÓN 2	Elegibilidad para inscribirse en el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).....	3
SECCIÓN 3	Inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) Programa Medicaid Advantage Plus	6
SECCIÓN 4	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) Medicaid Advantage Plus El programa lo tratará con equidad y respeto en todo momento.....	9
SECCIÓN 5	Cuidado de transición	10
SECCIÓN 6	Spenddown mensual	11
SECCIÓN 7	Servicios cubiertos por Elderplan Plus Long-term Care (HMO-POS D-SNP) Programa Medicaid Advantage Plus	13
SECCIÓN 8	Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan	32
SECCIÓN 9	Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-term Care (HMO-POS D-SNP) Programa Medicaid Advantage Plus	34
SECCIÓN 10	Autorizaciones y acciones de servicio.....	34
SECCIÓN 11	Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como apelaciones a Nivel del plan) ...	41
SECCIÓN 12	Apelaciones externas solo para Medicaid	46
SECCIÓN 13	Apelaciones de Nivel 2	48
SECCIÓN 14	Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan.....	50
SECCIÓN 15	Cancelación de la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) Programa Medicaid Advantage Plus	55
SECCIÓN 16	Derechos y responsabilidades	57
SECCIÓN 17	Directivas anticipadas	60
SECCIÓN 18	Aviso de información disponible a pedido	63

SECCIÓN 1. Le damos la bienvenida al programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Le damos la bienvenida al programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). El programa Medicaid Advantage Plus está especialmente diseñado para las personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de salud y atención a largo plazo, como atención domiciliaria y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa acerca de los beneficios adicionales que cubre Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) desde que está inscrito en el programa Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) Medicaid Advantage Plus. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Los beneficios que se describen en este manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Guarde este manual con la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP). Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Ayuda de Servicios para los Miembros

Puede llamar 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, para obtener ayuda con preguntas sobre beneficios y servicios o con referencias, para reemplazar una tarjeta de identificación perdida o para preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios. También puede llamarnos fuera del horario de atención.

También podemos proporcionar materiales traducidos, así como en formatos alternativos, como braille, CD de audio u otros formatos que necesite. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

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

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

- Tiene 18 años o más.
- Reside en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan*, Ulster* y Westchester.
- Tiene Medicaid.
- Tiene evidencia de las Partes a y B de Medicare.
- Mediante la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York, se determina que usted es elegible para recibir servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de New York.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación:
 - a. Debe ser capaz, en el momento de la inscripción, de regresar a su hogar y comunidad o permanecer en estos sin poner en riesgo su salud y seguridad, según los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del Estado de New York.
 - b. Es médicamente elegible para el Nivel de atención en un asilo de ancianos (NHLOC) a partir del 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 continuos 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 auxiliar de atención de la salud en el hogar.
- iv. Servicios de atención personal en el hogar (Nivel 2).
- v. Atención médica diurna para adultos.
- vi. Atención de enfermería privada.
- vii. Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

d. Estar inscrito en el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Tenga en cuenta que los servicios de cuidado personal incluyen dos niveles de atención:

(1) Desempeño de las funciones de apoyo nutricional y ambiental:

- Hacer y cambiar las camas.
- Quitar el polvo y aspirar las habitaciones que utiliza el paciente.
- Limpiar ligeramente la cocina, el dormitorio y el baño.
- Lavar los platos.
- Enumerar los suministros necesarios.
- Hacer compras para el paciente si no hay otros arreglos posibles.
- Lavar la ropa del paciente, incluido el planchado y la reparación necesarios.
- Pagar facturas y hacer otros recados esenciales.
- Preparar comidas, incluyendo dietas simples modificadas.

(2) Funciones de cuidado personal:

- Bañar al paciente en la cama, en la bañera o en la ducha.
- Vestirse.
- Aseo, incluido el cuidado del cabello, el afeitado y el cuidado ordinario de las uñas, los dientes y la boca.
- Ir al baño; esto puede incluir ayudar al paciente a subir y bajar de la bacinilla, el inodoro portátil o el inodoro.

- Caminar, más allá de lo que proporciona el equipo médico duradero, dentro y fuera del hogar.
- Trasladarse de la cama a la silla o silla de ruedas.
- Moverse y posicionarse.
- Preparación de comidas de acuerdo con dietas modificadas, incluidas dietas bajas en azúcar, bajas en grasas, bajas en sal y bajas en residuos.
- Comer.
- Administración de medicamentos del paciente, lo que incluye indicarle la hora, identificar el medicamento que debe tomar, llevarle el medicamento y cualquier suministro o equipo necesario, abrir el recipiente para el paciente, posicionarlo para la medicación y la administración, desechar los suministros y materiales usados y almacenar el medicamento correctamente.
- Proporcionar cuidado rutinario de la piel.
- Uso de suministros y equipos médicos, como andadores y sillas de ruedas.
- Cambio de apósitos simples.

Un solicitante no es elegible para inscribirse en el Elderplan Plus Long-Term Care Plan (HMO-POS D-SNP) si:

- es un paciente internado en un hospital o internado o residente de un centro autorizado por la Oficina Estatal de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios y Apoyo a la Adicción (OASAS) o la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD); o
- está inscrito en otro plan de atención administrada capitado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

Un solicitante que recibe servicios de un hospicio puede ser elegible para inscribirse en el plan al ser dado de alta o liberado del hospital para pacientes internados, centro autorizado por la OMH, OASAS u OPWDD, otro plan de atención administrada, hospicio, programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) deben elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de Elderplan.

Si decide cambiar su plan de Medicare, también deberá dejar el programa Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) y también deberá cambiar su plan de atención administrada a largo plazo.

La cobertura que se explica 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-POS D-SNP). La inscripción en el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) es voluntaria.

*Pendiente de la aprobación del DOH para la expansión del área de servicio.

SECCIÓN 3. Inscripción al programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

El Departamento de Salud del Estado de New York (DOH) utiliza el Programa de Asesores Independientes de New York (NYIAP), anteriormente conocido como el Centro de Evaluación e Inscripción Libre de Conflictos (CFEEC), para apoyar el proceso de evaluación de todos los planes de atención a largo plazo. El NYIAP gestiona el proceso de evaluación inicial y acelerada. El proceso inicial incluye completar lo siguiente:

- Evaluación de salud comunitaria (CHA): La CHA se utiliza para determinar si necesita servicios de cuidado personal (PCS) o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) y es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo.
- Cita clínica y orden del profesional (PO). La PO documenta su cita clínica e indica lo siguiente:
 - o que tiene necesidad de ayuda con las actividades diarias.
 - o que su afección médica sea estable para que sea seguro para usted recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará tanto la CHA como la cita clínica. Un miembro del personal de enfermería capacitado (RN) completa la CHA. Después de la CHA, un médico del NYIAP completará una cita clínica y una PO unos días después. Elderplan

utilizará los resultados de CHA y PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención.

Si su plan de atención propone PCS o CDPAS durante más de 12 horas al día, en promedio, el DOH requerirá una revisión por separado por parte del Panel de Revisión Independiente (IRP) de la NYIA. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se precisa más información, alguien del panel programará con usted un examen físico o lo contactará para hablar sobre sus necesidades. El IRP le informará a Elderplan si el plan de atención cumple con sus necesidades.

Anualmente, Elderplan volverá a evaluar su plan de atención, sus necesidades continuas de atención médica y los apoyos para asegurarse de que siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad para la atención a largo plazo del programa del plan Medicaid Advantage Plus.

Inscripción:

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) procesará las solicitudes en el orden en que se reciban. Una vez que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) haya determinado que usted es elegible para inscribirse según los requisitos de Medicare y Medicaid, su solicitud se enviará a New York Medicaid Choice (NYMC) y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Elderplan enviará su solicitud de inscripción en Medicaid Advantage Plus a NYMC para que la revise y procese la parte de Medicaid. Elderplan enviará su solicitud de inscripción de Medicare a los CMS para que revisen y procesen la parte de Medicare. Los CMS y NYMC deben confirmar las partes de Medicare y Medicaid de su inscripción, respectivamente, para que se inscriba en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Una vez que se verifique y apruebe su solicitud, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) le enviará su tarjeta de identificación de miembro en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que se confirme la inscripción. Les enviaremos su solicitud de inscripción a los CMS entre el 1.º y el 24 del mes. Una vez que recibamos la confirmación de los CMS de su inscripción, enviaremos su solicitud de inscripción a NYMC el día 25 del mes o antes. Si el día 25 cae en fin de semana, la fecha límite será el viernes anterior.

Recibirá una carta de confirmación de su inscripción (conocida como Aviso de acuse de recibo de inscripción y confirmación) en la que se indicará la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del plan. Esta carta es un comprobante de cobertura de seguro y medicamentos con receta que debe mostrar durante sus citas con el médico o en la farmacia hasta que obtenga nuestra tarjeta de identificación de miembro. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro 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 decide no continuar con su solicitud de inscripción, se considerará como un retiro de la solicitud. Puede retirar su solicitud o acuerdo de inscripción indicándonos su deseo verbalmente o por escrito antes del mediodía del día 25 del mes anterior a la fecha efectiva de inscripción. Le notificaremos a NYMC y a los CMS sobre su solicitud o solicitud de retiro de inscripción.

Si decide retirar su solicitud o pedido de inscripción y ya no necesita servicios de atención a largo plazo, 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 regresar a los servicios de pago por servicio de Medicaid a través de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York (HRA) o el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS).

Negación de la inscripción:

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 asilo de ancianos.
- 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-POS 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-POS D-SNP) en relación con la negación de la inscripción, puede continuar solicitando la inscripción ante el LDSS o ante NY Medicaid Choice. La información recopilada hasta este momento se reenviará al LDSS o NY Medicaid Choice, y ellos tomarán la decisión final acerca de su elegibilidad.

Antes de que el LDSS o NY Medicaid Choice procesen la recomendación de denegación de inscripción, puede retirar su solicitud comunicando sus deseos verbalmente o por escrito antes del mediodía del día 25 de cada mes.

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

Si decide retirar su solicitud de inscripción antes de que el LDSS o NY Medicaid Choice procesen la denegación de inscripción, al indicar sus deseos verbalmente o por escrito, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) enviará su retiro a HRA o LDSS para su procesamiento. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) le enviará una confirmación de su retiro por escrito.

Si Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) determina que usted no cumple con uno o más de los requisitos de elegibilidad, le recomendaremos una carta de denegación de inscripción y se le notificará por escrito.

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

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, 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 tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a 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.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) les pagará directamente a los proveedores de la red por cada servicio autorizado y proporcionado a usted, sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por los servicios cubiertos autorizados por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), usted no es responsable del pago. Póngase en contacto con su administrador de atención. Es posible que usted sea responsable del pago de los servicios cubiertos que no fueron autorizados por el plan o de los servicios cubiertos que obtenga de proveedores fuera de la red del programa Elderplan Medicaid Advantage Plus.

SECCIÓN 5. Cuidado de transición

Los miembros nuevos pueden continuar un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 90 días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la asistencia de calidad y otras políticas del plan, y le proporciona información médica sobre su atención al plan.

Para los miembros actuales, un tratamiento en curso puede continuar durante un período de transición de 90 días cuando su proveedor de atención médica deje la red. Su proveedor debe aceptar el pago de la tarifa del plan, cumplir con la garantía de calidad y otras políticas del plan, y proporcionar información médica sobre la atención al plan.

Si cree que tiene una afección que cumple con los criterios para los servicios de atención de transición, notifíquesele a su equipo de administración de la atención. Si se cancela su inscripción en Elderplan de un plan de atención administrada a largo plazo (MLTC) o de Medicare Advantage (MAP) debido a una reducción, cierre, adquisición, fusión u otro acuerdo aprobado del área de servicio, Elderplan debe continuar brindando servicios. Continuaremos brindando servicios bajo su Plan

de Servicio Centrado en la Persona actual durante un período continuo de 120 días después de la inscripción, o hasta que Elderplan haya realizado una evaluación y usted haya aceptado el nuevo Plan de Servicio Centrado en la Persona.

SECCIÓN 6. Spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual

El "spenddown", también conocido como cantidad excedente, es el monto del ingreso mensual neto disponible (NAMI) que el miembro debe pagarle a Elderplan mensualmente para cumplir con los requisitos de elegibilidad para Medicaid. Esta cantidad es determinada por la HRA, el LDSS o la entidad designada por el DOH. Los miembros con superávit recibirán una factura mensual el día 15 de cada mes o alrededor de esa fecha.

El monto que debe pagar dependerá de su elegibilidad para Medicaid y del programa de spenddown mensual de Medicaid.

Si usted califica para:	Pagará:
Medicaid (sin spenddown [responsabilidad económica del paciente]) mensual	Nada a Elderplan.
Medicaid (con spenddown [responsabilidad económica del paciente]) mensual	Un monto mensual para Elderplan, según lo determinen la HRA, el LDSS o una entidad designada por el DOH.

Elderplan está obligado a facturar este monto. Si es elegible para Medicaid con spenddown (responsabilidad económica del paciente) y su cantidad cambia mientras es miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-PSO 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. Elderplan hará los esfuerzos razonables para cobrar el spenddown (responsabilidad económica del paciente), que incluye enviar una solicitud por escrito del pago e informar al miembro sobre su posible cancelación de la inscripción si no paga.

Si tiene preguntas sobre la spenddown (responsabilidad económica del paciente) de Medicaid y vive en los condados de Brooklyn, Queens, Staten Island, Manhattan o Bronx, puede comunicarse con:

**Human Resources Administration
Medical Assistance Program
785 Atlantic Avenue, 1st Floor
Brooklyn, NY 11238 | 1-888-692-6116**

Si vive en el condado de Dutchess, puede comunicarse con:

**Dutchess County Community and Family Services
60 Market Street
Poughkeepsie, NY 12601 | 845-486-3000**

Si vive en el condado de Nassau, puede comunicarse con:

**Nassau County Department of Social Services
60 Charles Lindbergh Blvd.
Uniondale, NY 11553-3656 | 516-227-8000**

Si vive dentro en el condado de Orange, puede comunicarse con:

**Orange County Department of Social Services
11 Quarry Road
Goshen, NY 10924 | 845-291-4000**

Si vive en el condado de Putnam, puede comunicarse con:

**Putnam County Department of Social Services
110 Old Route Six Building #2
Carmel, NY 10512 | 845-808-1500 Ext: 45251**

Si vive en el condado de Rockland, puede comunicarse con:

**Rockland County Department of Social Services
Rockland County 50 Sanatorium Rd
Pomona, NY 10970 | 845-364-3040**

Si vive en el condado de Sullivan, puede comunicarse con:

Sullivan County Department of Social Services
P.O. Box 231
16 Community Lane
Liberty, NY 12754 | 845-292-0100

Si vive en el condado de Ulster, puede comunicarse con:

Ulster County Department of Social Services
1061 Development Court
Kingston, NY 12401 | 845-334-5000

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

Westchester County Department of Social Services
85 Court Street
White Plains, NY 10601 | 914-995-3333

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

Deducibles y copagos de los servicios cubiertos por 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 (EOC) de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). También puede consultar a proveedores de nuestra red, recibir atención en caso de una emergencia médica y acudir a atención de urgencia si es necesario. Debido a que tiene cobertura de Medicaid, no tiene primas, deducibles ni copagos en este plan.

Su Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) le brindará todos los beneficios y servicios cubiertos de Medicare. Consulte los capítulos de la EOC a continuación en la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre su cobertura:

- **El capítulo 1**, "Primeros pasos como miembro", describe las primas de los beneficios mensuales.
- **El capítulo 3**, "Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos", explica las normas para usar los proveedores del plan y obtener atención en caso de emergencia médica o si se necesita atención de urgencia.
- **El capítulo 4**, "Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)", que explica qué beneficios están cubiertos y cualquier costo compartido (copagos o coseguro).

Puede revisar la EOC en nuestro sitio web en elderplan.org o llamar a Servicios para los Miembros al 877-891-6447 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, para solicitar una copia.

También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. En las siguientes secciones se explica lo que está cubierto.

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN:

Coordinación de su atención

Al momento de la inscripción en el plan Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), a cada miembro se le asigna un equipo de administración de la atención, que incluye un enfermero registrado, un asesor, administradores de la atención y representantes de la atención. Este equipo es responsable de la coordinación de su atención continua y de brindarle una experiencia de planificación de servicios de alta calidad centrada en la persona.

El plan de servicios centrados en la persona (PCSP) o plan de atención (POC) es una descripción escrita en nuestro registro de administración de la atención de sus objetivos de atención médica y la cantidad, duración y alcance de los servicios cubiertos que se brindan para lograr dichos objetivos. El PCSP debe desarrollarse con usted y las personas que seleccione para participar en la planificación y prestación de servicios, incluidos los proveedores de servicios y los apoyos informales que elija. Nuestros administradores de atención hablarán con usted

sobre sus preferencias culturales y la gama de servicios (es decir, el alcance, la duración, la cantidad y la frecuencia) para desarrollar este plan. Los servicios no se planificarán ni autorizarán hasta que nuestro administrador de atención se reúna con usted y trabajen juntos.

Juntos, nuestro equipo de administración de la atención trabajará con usted, sus apoyos informales y su proveedor de atención primaria para garantizar que reciba el Nivel adecuado de servicios en función de sus necesidades psicosociales y médicas actuales y únicas, su Nivel funcional y sus sistemas de apoyo. Nuestro equipo de administración de la atención también apoyará y coordinará todas sus necesidades de atención médica para servicios cubiertos y no cubiertos, y cualquier otro servicio proporcionado por otros proveedores, recursos comunitarios y apoyos informales.

Nuestro equipo de administración de la atención se comunicará con usted al menos una vez al mes por teléfono para ver cómo se encuentra. El enfermero asesor, como miembro de su equipo de administración de la atención, realizará una visita domiciliaria anualmente para completar una evaluación integral de su salud e identificar cualquier cambio o necesidad que pueda tener. Es posible que se programen visitas domiciliares adicionales según lo determine su equipo de administración de la atención.

Trabajaremos en cooperación con su proveedor, a quien se le notifica sobre su plan de atención, así como con otros profesionales de atención médica para garantizar que reciba los servicios que necesita. Un profesional de la salud lo ayudará a solicitar cualquier derecho y otros beneficios para los que sea elegible, así como 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)

El servicio de 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 autodirigir su atención deben tener un adulto responsable, conocido como su representante designado, para que asuma las responsabilidades del programa en su nombre.

Si se inscribe en el servicio de 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 suspender voluntariamente la opción autodirigida (CDPAS) y recibir servicios de cuidado personal proporcionados por una agencia de servicios de atención domiciliaria con licencia (LHCSA) a través del programa Medicaid Advantage Plus en cualquier momento.

Es posible que no pueda recibir los servicios de CDPAS 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.
- 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 adicionales cubiertos por Medicaid

Debido a que usted tiene Medicaid y reúne los requisitos para el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), coordinaremos y pagaremos los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios si son médicamente necesarios (es decir, necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad). Su administrador de atención le ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una autorización o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que pertenecen a la red de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Si no puede encontrar un proveedor de la red en nuestro plan, debe solicitar la autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 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).

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
Administración de la atención	<p>Un proceso para ayudar al miembro a acceder a los servicios cubiertos necesarios según lo que se identifique en el plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Los servicios de administración de la atención incluyen la remisión a proveedores dentro de la red, la asistencia en la obtención de los servicios o la coordinación de los servicios para que el miembro obtenga los servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y de otro tipo necesarios en favor del PCSP, independientemente de si los servicios necesarios están incluidos en los beneficios.</p>
Atención en un asilo de ancianos	<p>Para recibir servicios en un asilo de ancianos 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. Los miembros deben ser elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de atención médica a domicilio	<p>Los servicios de atención a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados que no cubre Medicare. Incluye atención médica de apoyo o guía de salud, de rehabilitación, terapéutica y preventiva. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios proporcionados por un auxiliar de atención de la salud en el hogar • Fisioterapia (PT) en el hogar • Terapia ocupacional (OT) en el hogar • Patología del habla y el lenguaje (SP) en el hogar <p>Los ejemplos adicionales incluyen 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 médica a domicilio requeridos por un plan de atención aprobado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
<p>Servicios de atención personal (PCS)</p>	<p>La prestación de servicios parciales o totales para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse, ir al baño, caminar, preparar comidas y realizar tareas domésticas. Dichos servicios deben ser médicamente necesarios, esenciales para el mantenimiento de su salud y seguridad en su propio hogar, y proporcionados por una persona calificada de acuerdo con el plan de atención.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)</p>	<p>El servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) es un programa especializado en el que un miembro o una persona en nombre de un miembro, conocida como representante designado, autodirige y administra la atención personal del miembro y otros servicios autorizados. Los miembros del CDPAS pueden elegir los servicios de atención personal, los servicios de atención de la salud en el hogar o los servicios de enfermería especializada para los que sean elegibles.</p> <p>El servicio de CDPAS requiere una orden del médico y autorización previa.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME)</p>	<p>Equipo médico duradero, incluidos dispositivos y equipos que no sean aparatos protésicos u ortésicos, y que tengan las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden resistir el uso reiterado durante un período de tiempo prolongado. • Se utilizan principalmente y habitualmente con propósitos médicos. • En general no son útiles para una persona que no está enferma o lesionada y están fabricados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular. <p>Entre los ejemplos de equipos médicos duraderos que no están cubiertos por Medicare (es decir, que están cubiertos por Medicaid) se incluyen artículos como taburetes para bañeras, barras de apoyo o baterías para audífonos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
<p>Artículos médicos y quirúrgicos</p>	<p>Artículos de uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos u ortésicos, equipo médico duradero ni calzado ortopédico. Generalmente, estos artículos se consideran como productos para un solo uso, artículos consumibles. Incluye la cobertura de fórmulas nutricionales enterales, que se limita a la alimentación por sonda y a enfermedades metabólicas congénitas.</p> <p>Para los miembros de entre 18 y 21 años, las fórmulas orales están cubiertas cuando los nutrientes calóricos y dietarios no se pueden absorber o metabolizar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos</p>	<p>Los artículos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos ortopédicos (como férulas o aparatos ortopédicos) • Calzado ortopédico (calzado especialmente diseñado para brindar apoyo, comodidad y alivio en función de las condiciones médicas del pie y las extremidades inferiores) • Prótesis (reemplazo artificial de una parte del cuerpo) <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</p>	<p>PERS es un dispositivo electrónico que permite que determinados pacientes de alto riesgo obtengan ayuda en caso de emergencia física, emocional o ambiental. Actualmente, 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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
Podiatría	<p>Incluye atención de rutina de los pies cuando la afección física del miembro presenta un peligro debido a la presencia de una enfermedad, lesión o síntomas localizados en el pie; o cuando se realiza por necesidad y como parte integral de la atención médica, tal como el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. La atención de higiene de rutina de los pies, el tratamiento de durezas y callos, el recorte de las uñas y otra atención de higiene, como la limpieza o el remojo de los pies, no se encuentran cubiertos si no existe una afección médica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios dentales	<p>Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales de rutina y regulares, como controles dentales, preventivos, limpiezas, radiografías, empastes, suministros y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento o atención de seguimiento.</p> <p>También cubrimos coronas y endodoncias en ciertas circunstancias para que pueda conservar dientes más naturales. Además, las dentaduras postizas e implantes de reemplazo solo necesitarán una recomendación (no una referencia) de su dentista para determinar si son necesarios. Esto le facilitará el acceso a estos servicios dentales.</p> <p>Debe acceder a todos los tratamientos dentales de los proveedores a través de Healthplex, nuestra red dental. No necesita una remisión de su médico de atención primaria (PCP) para consultar a un dentista.</p> <p>Todos los servicios dentales cubiertos deben ser médicamente necesarios. Los procedimientos dentales individuales pueden requerir autorización previa de Healthplex.</p> <p>Si necesita encontrar un dentista o desea cambiar de dentista, llame a Healthplex al 1-866-795-6493. Pueden ayudarlo en el idioma que habla o tener traductores disponibles para satisfacer sus necesidades.</p> <p>Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Elderplan cuando visite a su dentista o cada vez que acceda a beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental por separado.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
Servicios de la vista	<p>Los miembros 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 medida), dispositivos de ayuda para poca visión y servicios para poca 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>Los beneficios de la vista también incluyen un (1) examen de la vista de rutina cada dos años y un (1) par de anteojos o lentes de contacto cada dos años, a menos que sea médicamente necesario. Las afecciones tales como el glaucoma pueden requerir un examen de la vista completo con una frecuencia mayor a dos años.</p> <p>Los miembros deben acceder a todos los servicios de atención de la vista, como exámenes de la vista de rutina, anteojos y lentes de contacto a través de Superior Vision.</p> <p>Los servicios de la vista de rutina no requieren aprobación previa. Es posible que los servicios de la vista médicamente necesarios requieran aprobación previa.</p>
Audición/Audiología	<p>Se cubren los servicios y artículos auditivos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Esto incluye la selección, adaptación y entrega de audífonos, las revisiones de los audífonos luego de la entrega, las evaluaciones de ajuste y la reparación de los audífonos, y las recetas médicas de audífonos; los servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluación de audífonos y recetas médicas de audífonos.</p> <p>Artículos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares y piezas de repuesto.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
<p>Rehabilitación para pacientes externos</p>	<p>La terapia de rehabilitación incluye fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), patología del habla y del lenguaje (SP) u otrasterapias de rehabilitación proporcionadas en un lugar que no sea el hogar. No hay límites para las consultas cubiertas por Medicaid.</p> <p>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, y proporcionados en un lugar que no sea el hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Terapia respiratoria</p>	<p>La terapia respiratoria se utiliza para tratar enfermedades respiratorias crónicas y agudas. Estos servicios deben ser proporcionados por un terapeuta respiratorio calificado. El tratamiento incluiría la realización de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y de rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, que incluyen la aplicación de gases médicos, humedad y aerosoles, presión positiva continua, ventilación artificial permanente, la administración de medicamentos a través de inhalación y gestión de las vías respiratorias, atención del paciente, indicaciones sobre pacientes y provisión de asesoramiento para otro personal de la salud.</p> <p>Su médico proporcionaría una orden médica para tratar sus afecciones especificadas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
Apoyo nutricional	<p>La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones: 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 personas con enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales que no están disponibles a través de ningún otro medio.</p> <p>En determinadas condiciones, los adultos que tienen VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otra enfermedad o afección, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención de enfermería privada	<p>Los servicios de atención de enfermería privada son servicios de enfermería para los miembros de Medicaid que requieren más atención de enfermería individual y continua que la que está disponible en una agencia de atención médica en el hogar certificada (CHHA). Los servicios se brindan en el hogar del miembro en su lugar de residencia permanente o temporal.</p> <p>Los servicios de atención de enfermería privada pueden ser proporcionados por agencias de atención domiciliaria con licencia (LCHSA), enfermeras registradas o enfermeras prácticas con licencia (LPN) que ejerzan de forma independiente y que estén inscritos en Medicaid del estado de New York.</p> <p>Los servicios de atención de enfermería privada requieren una orden del proveedor y aprobación previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
<p>Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación</p>	<p>Comidas proporcionadas a los miembros que no pueden planear, comprar o preparar estas comidas debido a enfermedad, discapacidad o edad avanzada. Las comidas pueden darse en el hogar o en lugares de congregación (por ejemplo, centros para personas de edad avanzada).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención diurna para adultos</p>	<p>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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención diurna social</p>	<p>Brinda a las personas servicios de socialización, supervisión y control, atención personal y nutrición en un entorno de protección en cualquier momento del día, pero durante menos de 24 horas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Apoyos sociales y ambientales</p>	<p>Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas y cuidado de relevo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios médicos y sociales</p>	<p>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.</p> <p>Los servicios médicos y sociales le ayudarán con inquietudes relacionadas con su enfermedad, sus finanzas, el hogar y el ambiente.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos
Telesalud	<p>Los servicios brindados a través de telesalud son proporcionados por los proveedores de telesalud con tecnologías de comunicación e información electrónicas para proveer servicios de atención médica, que incluyen la evaluación, el diagnóstico, el asesoramiento, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o el autocontrol de un miembro. La telesalud no incluye la prestación de servicios de atención médica por medio de comunicaciones telefónicas de audio, fax o mensajes electrónicos únicamente, aunque el uso de estas tecnologías no queda descartado si se las combina con la telemedicina, la tecnología de almacenamiento y retransmisión, o el monitoreo remoto del paciente.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
Atención para pacientes internados en un hospital, incluida la atención para salud mental y por abuso de sustancias.	<p>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.</p> <p>La atención médica mental para pacientes internados que supere el límite de 190 días de por vida de Medicare requiere autorización previa.</p>
Transporte de emergencia	<p>Servicios de transporte brindados por una ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea. El transporte de emergencia les permitirá a los miembros recibir servicios para tratar afecciones graves, potencialmente mortales o incapacitantes mientras el miembro es trasladado a un hospital, incluida la sala de emergencias.</p> <p>Esto incluye el traslado a una sala de emergencias de un hospital cuando se llama al "911".</p>

Servicios cubiertos de salud conductual (salud mental y adicciones)

Atención médica de salud mental para pacientes externos

- **Tratamiento diurno continuo (CDT):** les brinda a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y el apoyo necesarios para mantenerse en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días a la semana, y las visitas duran más de una hora.

- **Hospitalización parcial (PH):** un programa que brinda un tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o mejorar los síntomas agudos de una persona que pueda requerir hospitalización.

Atención médica de rehabilitación de salud mental para pacientes externos adultos

- **Tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT):** el ACT es un enfoque de equipo que brinda tratamiento, apoyo y servicios de rehabilitación. Muchos servicios son provistos por el personal de ACT en la comunidad o en el lugar donde usted vive. El ACT es para personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Servicios de rehabilitación de salud mental para pacientes externos (MHOTRS):** un programa que brinda tratamiento, evaluación y control de síntomas. Los servicios pueden incluir terapia individual o grupal en la clínica ubicada en su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS):** un programa completo orientado a la recuperación si usted tiene enfermedades mentales graves y continuas. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para miembros adultos que sean pacientes externos y cumplan con los requisitos clínicos. Estos servicios también se conocen como CORE.

- **Servicios de recuperación y fortalecimiento orientados a la comunidad (CORE):** Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos de salud conductual móviles para ayudar a crear habilidades y promover la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios CORE están disponibles para los miembros que el estado haya determinado que cumplen con el criterio de un alto riesgo de necesidad de salud conductual. Cualquier persona puede obtener una remisión o autorremitirse a los servicios CORE.
- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** este servicio ayuda con las habilidades funcionales para la vida, como hacer conexiones sociales, encontrar o mantener un empleo, comenzar o volver a la escuela y usar los recursos de la comunidad.
- **Tratamiento y apoyo psiquiátrico comunitario (CPST):** este servicio le ayuda a controlar los síntomas a través de asesoramiento y tratamiento clínico.
- **Apoyo familiar y capacitación (FST):** este servicio brinda a su familia y amigos la información y las habilidades que necesitan para ayudarle y brindarle apoyo.

- **Servicios de fortalecimiento. Apoyo de pares:** este servicio lo conecta con pares especialistas que han pasado por la recuperación. Obtendrá apoyo y asistencia mientras aprende:
 - a vivir con problemas de salud y ser independiente.
 - a tomar decisiones sobre su recuperación.
 - a encontrar apoyos naturales y recursos.

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP):** un programa en un hospital que brinda apoyo durante las crisis y camas para realizar una observación extendida (hasta 72 horas) para personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios de crisis móviles y telefónicos:** un servicio en la comunidad que responde a las personas cuando experimentan una crisis de salud mental o adicción.
- **Programas de crisis residencial:** una residencia a corto plazo que brinda servicios las 24 horas del día, durante hasta 28 días, para personas que estén experimentando síntomas de salud mental o problemas en la vida diaria que empeoran los síntomas. Estos servicios pueden evitar la hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.

Servicios para la adicción para pacientes externos adultos

- **Los Centros de tratamiento para dejar los opioides (OTP)** son lugares certificados por la Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias Tóxicas y Alcoholismo (OASAS) donde se brindan medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Entre los medicamentos, se incluyen la metadona, buprenorfina y suboxona. Estos centros también ofrecen servicios educativos y de asesoramiento. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica de OTP durante toda la vida.

Servicios residenciales para la adicción de adultos

- **Los servicios residenciales** están dirigidos a las personas que necesitan apoyo las 24 horas en un entorno residencial para su recuperación. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación mediante un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede recibir apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación para la adicción para pacientes internados adultos

- **Los centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC)** brindan atención que responde a las necesidades del miembro y apoyan la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como la enfermedad mental. También apoyan la planificación luego del tratamiento. Los tipos de servicios de tratamiento para la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamientos asistidos con medicamentos, problemas con el juego, tratamientos específicos del género para hombres o mujeres y más.
- **Los programas de Rehabilitación para la adicción para pacientes internados** pueden brindarle un entorno seguro para realizar una evaluación, un tratamiento y la rehabilitación del trastorno por uso de sustancias. Estos centros ofrecen atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, siempre supervisada por personal médico. Los servicios para pacientes internados incluyen la administración de los síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del abuso de sustancias.
- **Los programas de Desintoxicación supervisada médicamente para pacientes internados** ofrecen tratamientos para pacientes internados con abstinencia moderada e incluyen la supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica dentro de las 24 horas desde la admisión y supervisión médica de las condiciones de intoxicación y abstinencia.

Si necesita apoyo inmediato de salud mental o está experimentando una crisis, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988. También puede chatear al 988 al www.988lifeline.org, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llame 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. si usted tiene alguna pregunta sobre nuestros servicios:

Limitaciones de los beneficios:

- 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.

- 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 asilo de ancianos 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

MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a volver de un asilo de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Es posible que usted reúna los requisitos para participar del programa MFP si cumple con lo siguiente:

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

MFP/Open Doors proporciona compañeros y especialistas en transición, que pueden reunirse con usted en el asilo de ancianos 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 al realizar lo siguiente:

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

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors o programar una consulta con un compañero o especialista en transición, comuníquese con la Asociación de Vida Independiente de New York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar el sitio web de MFP/Open Doors en health.ny.gov/mfp or www.ilny.org.

Obtener 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, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava 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 urgencias más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su médico de atención primaria (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?

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 finalice la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores que no pertenecen a la red, trataremos 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 cree que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga 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.

Sin embargo, después de que el médico le haya dicho que no se trata de una emergencia, solo cubriremos la atención adicional si:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- La atención 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 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 pida 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-POS 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-POS D-SNP) o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

- Transporte médico que no sea de emergencia
 - El transporte hacia y desde sus citas médicas ahora está disponible a través del programa Medicaid directamente. Los viajes son organizados por el corredor de transporte del estado de New York conocido como Medical Answering Services (MAS). Su proveedor deberá completar un formulario de necesidad médica (formulario 2015 o formulario 2020) en el portal MAS para viajes continuos. Visite el sitio web de MAS en <https://www.medanswering.com/> para obtener más información.
 - Para organizar su transporte o si tiene alguna pregunta, llame a MAS al (844)-666-6270 para los condados del sur del estado (Bronx, Brooklyn,

New York, Queens, Richmond, Nassau, Westchester, Putnam) o al (866)-932-7740 para los condados del norte del estado (Orange, Rockland, Dutchess, Sullivan, Ulster).

- Los centros de atención diurna social para adultos (SADC) proporcionarán transporte para los miembros hacia y desde sus programas.
- Servicios de planificación familiar fuera de la red según las disposiciones de acceso directo.
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare).
- Algunos de los servicios de salud mental son los siguientes:
 - o Servicios de administración de la atención en el hogar de salud (HH) y Health Home Plus (HH+)
 - o Servicios de rehabilitación brindados a residentes de residencias comunitarias (CR) con licencia de la Oficina de Salud Mental (OMH) y programas de tratamiento basados en la familia
 - o Tratamiento diurno de la OMH
 - o Rehabilitación Residencial para Jóvenes de la OASAS
 - o Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC)
 - o Centro de tratamiento residencial (RTF) de la OMH
- Para los inscritos en el MAP hasta los 21 años de edad:
 - o Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS)
 - o Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños (HCBS)
- Ciertos servicios de discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo, que incluyen los siguientes:
 - o Terapias a largo plazo
 - o Tratamiento diurno
 - o Coordinación de servicios de Medicaid
 - o Servicios recibidos bajo la Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad

- Otros servicios de Medicaid:
 - o Tratamiento supervisado para tuberculosis (TB)
 - o Medicamentos médicamente necesarios para mejorar la ovulación y servicios médicos relacionados con la prescripción y el control del uso de dichos medicamentos, para las miembros que cumplan con los criterios
- Programa de vivienda asistida

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

Usted debe pagar por los servicios que no estén cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) o por Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos y usted acepta pagar por ellos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) o Medicaid son los siguientes:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de confort
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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. Autorizaciones y acciones de servicio

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
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041**

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 un centro de atención de enfermería especializada (SNF)/rehabilitación aguda
- Ambulancia que no sea de emergencia
- Fisioterapia/centros de rehabilitación integral para pacientes externos (por ejemplo, atención de rehabilitación para pacientes externos)
- Atención 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)
- 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 ocurre 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 enfermeros. Su tarea es asegurarse de que el tratamiento o servicio que 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 hábiles 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 hábil desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta antes de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. 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 presente una queja rápida, le daremos 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. La Sección 11: Las apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como Nivel 1) de este manual explican 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 hábil 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 tomar días adicionales, le diremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. 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, 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 en el hogar, 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 (EOC) de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Qué debe hacer si quiere 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-POS 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. Describimos este proceso anteriormente en la sección 10 de este manual. 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 completamos 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 conforme con nuestra decisión, tiene **sesenta y cinco (65) 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”**.
 - o 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).
 - o Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
 - o 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 [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en 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 O BIEN
- Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que nombra en la carta como su representante puede enviarnos la carta).

- Puede presentar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito. Para presentar esta apelación por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Elderplan
Attn: Appeals & Grievance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

- No lo trataremos de manera diferente ni tomaremos represalias contra usted porque haya presentado una apelación de Nivel 1.

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.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha que figura en el Aviso de determinación de cobertura integrada o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios hasta que su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** si su proveedor nos solicita que continuemos con un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrar a su proveedor como su representante.

¿Qué sucede después de recibir su apelación de Nivel 1?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de Nivel 1. Le haremos saber si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.

- Le enviaremos una copia del expediente de su caso, sin cargo, que incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información y registros que usaremos para tomar la decisión de la apelación. Si su apelación de Nivel 1 es acelerada, es posible que pase poco tiempo para revisar esta información.
- Los profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión decidirán las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno de ellos será un revisor clínico por pares.
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan a un Nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 1-877-891-6447 (TTY: 711) si no está seguro de qué información proporcionarnos.
- Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto menor al que solicitó, le enviaremos un aviso llamado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, enviaremos automáticamente su caso al siguiente Nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación estándar

- Si utilizamos los plazos de **apelación 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.
 - o Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.

- o 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.
 - o Una organización externa independiente la revisará.
 - o 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 de Audiencias Administrativas, 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 pedirle 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 por los siguientes motivos:

- no era médicamente necesaria;
- es experimental o de investigación;
- 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.
- 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).
- Usted y el plan pueden acordar saltar el procedimiento de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa.
- Usted puede probar que el plan no cumplió las normas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

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 en **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 hábiles). 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 revisor de la apelación externa decidirá la apelación acelerada en 72 horas o menos. Les comunicará inmediatamente la decisión a usted y al plan por teléfono o fax. Más adelante, el revisor le enviará una carta en la que se le indicará 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 Administrativas revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La Oficina de Audiencias Administrativas 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 Administrativas información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias Administrativas 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 Administrativas 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 60 días calendario** de haber recibido su apelación. Hay un total de 90 días disponibles entre la fecha en que solicita una apelación del plan (Nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias decide su apelación de Nivel 2.
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas 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 41 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias Administrativas le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- Si la Oficina de Audiencias Administrativas **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar el servicio o darle el artículo **en un plazo de un día hábil desde que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas.**
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas **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 Administrativas 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 en esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid, excepto la Parte D de Medicare. Esta información no se aplica a sus 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 ayudarlo. 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:

**Elderplan
Attn: Member Services
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041**

- Para presentar una queja ante el plan por teléfono, llame 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. Si nos llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. 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 se quiere quejar.

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.
- Si 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 usted considera que no estamos cumpliendo los plazos.
- Si no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas 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 quejas:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tendrá, al menos, 60 días hábiles después de recibir nuestra notificación para presentar una apelación de quejas.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de quejas en su nombre.

- Debe presentar la apelación de quejas por escrito.
 - o Si realiza una apelación por teléfono, debe enviarla luego por escrito.
 - o Después de llamar, le enviaremos un formulario que resume su apelación por teléfono.
 - o Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmar el formulario y enviarnoslo de vuelta. Puede hacer todos los cambios que sean necesarios antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos su apelación de quejas:

Después de recibir su apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le dirá 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 quejas. Estos revisores están en un Nivel superior que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de quejas 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 hábiles 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 hábiles 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, llamada Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN), es una organización independiente que les proporciona servicios de defensa gratuitos para beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. 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:

Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
633 Third Ave, 10th Floor, New York, New York 10017
Página web: www.icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org
Teléfono: 1-844-614-8800 (TTY: 711)
9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

Información de contacto del Departamento de Salud

Si no logra resolver sus necesidades dentro del plan, también puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York y enviar una queja en cualquier momento a la siguiente dirección:

NYS Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Suite 1620, One Commerce Plaza
99 Washington Avenue
Albany, NY 12210
1-866-712-7197

Información de contacto del Departamento Financiero del Estado (DFS):

También puede comunicarse con el Departamento Financiero del Estado de New York a la siguiente dirección:

NYS Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
Albany, NY 12210
1-800-342-37367

SECCIÓN 15. Cancelación de la inscripción en el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

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

No se cancelará la inscripción de los inscritos en el programa Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

- alta utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en su salud; o
- disminución de la capacidad mental o comportamiento poco cooperativo o perturbador debido a necesidades especiales, a menos que el comportamiento dé como resultado que usted no sea elegible para el programa Medicaid Advantage Plus.

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 tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a 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.

Puede optar por cancelar la inscripción de forma voluntaria

Puede solicitar abandonar el programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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-POS D-SNP) al 1-877-891-6447 (TTY: 711).

Podría tardar hasta seis semanas en procesarse, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Si cancela su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 basados en la comunidad ya no están cubiertos por el programa pago por servicio de Medicaid de New York.

Tendrá que abandonar el plan

Deberá dejar el programa Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) Medicaid Advantage Plus si:

- Ya no está inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) para su cobertura de Medicare.
- Necesita atención en un hogar de personas mayores, 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.
- Se ha mudado permanentemente.
- Es evaluado como no elegible para recibir el Nivel de atención del asilo de ancianos, 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 Departamento Local de Servicios Sociales (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 asilo de ancianos (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.
 - o Elderplan le proporcionará al LDSS o a la entidad designada por el estado los resultados de su evaluación y las recomendaciones con respecto a la continuación de la inscripción o cancelación de la inscripción en un plazo de 5 días hábiles de la evaluación integral.
- Se niega a completar la reevaluación requerida.

- Es encarcelado.
- Se inscribe en un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (OMH) o de la Oficina de Servicios y Apoyo contra la Adicción (OASAS) (que no sea un beneficio cubierto por el plan MAP) durante 45 días consecutivos o más.

Podemos pedirle que se retire del plan

Le solicitaremos que se retire del programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 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.

SECCIÓN 16. Derechos y responsabilidades

Como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 su registro médico 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, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
12. a ser informado sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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. Consulte la información de contacto en la página 54.
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.
17. Buscar ayuda del programa del defensor de los participante (información de contacto en la sección 14).

Responsabilidades de los miembros

Para aprovechar al máximo los beneficios de la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 la atención 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-POS D-SNP) para la atención, excepto en situaciones de emergencia.
 - Notificar a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) si recibe servicios de atención de otros proveedores de atención médica.
 - Escribirnos o llamarnos para participar en el desarrollo de pólizas.
2. Para respaldar a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)
 - Expresar, de manera adecuada, opiniones, inquietudes y sugerencias de las siguientes maneras, incluidas, entre otras, informándolas a su equipo de atención o a través del proceso de quejas y apelaciones de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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-POS D-SNP) a conservar un entorno de hogar seguro.

- Notificar a su equipo de atención de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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 proveedores médicos;
 - cualquier cambio en la afección que pueda afectar nuestra capacidad de brindar atención.

SECCIÓN 17. Directivas 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 de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle 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.

- **A 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, 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 por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan directivas anticipadas. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital: una declaración escrita de sus deseos específicos de atención médica en caso de que no pueda decidir por sí mismo.
- Poder de representación: un documento legal en el que puede otorgar a otra persona la autoridad para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo.
- Poder notarial duradero para la salud: un documento legal en el que puede otorgarle a otra persona la autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.
- Poder de atención médica: un formulario que indica quién es su agente de atención médica. Se trata de alguien en quien usted confía y que elige para que tome las decisiones de atención médica por usted si usted no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones.

- Órdenes de no reanimar: según sus deseos, este documento les indica a los proveedores de atención médica y a los trabajadores de emergencia que detengan o no comiencen la reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (MOLST): una orden médica completada por usted y su proveedor de atención médica para indicar su decisión de evitar o no recibir ningún tratamiento.

Si desea utilizar una directiva anticipada, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar directivas anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo de su administrador de atención. a veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará 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 directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Para obtener más información, visite nuestro sitio web <https://www.mjhs.org/our-services/mjhs-hospice-palliative-care/advance-directives>.

Recuerde que es su elección si desea completar un formulario de directivas 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 directivas anticipadas.

SECCIÓN 18. Aviso de información disponible a pedido

La siguiente información se encuentra disponible a pedido del miembro:

- Información en diferentes formatos, incluyendo letra grande, otro idioma o formatos alternativos como braille.
- 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-POS D-SNP).
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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-POS 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-POS D-SNP).
- Una descripción de los procedimientos que sigue Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS 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-POS 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-POS 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-POS D-SNP).

- Afiliaciones de médicos individuales con hospitales y otros centros participantes.
- Certificación profesional y estado de acreditaciones de proveedores participantes.
- Solicitud escrita, procedimientos y requisitos de calificación mínimos para que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) considere a los proveedores de atención médica.
- Información con respecto a la educación, la afiliación del centro y la participación en revisiones de desempeño clínico, realizadas por el Departamento de Salud de profesionales de atención médica que estén certificados, inscritos o autorizados en virtud del artículo 8 de la Ley de Educación Estatal.

Opción de notificación electrónica

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones de planes, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de por teléfono o correo. También podemos enviarle comunicaciones sobre su manual para miembros, nuestro directorio de proveedores y los cambios en los beneficios de atención administrada de Medicaid de manera electrónica, en lugar de por correo.

Podemos enviarle estos avisos a través del portal web. Recibirá un correo electrónico o mensaje de texto para avisarle de los avisos publicados en el portal web. Si elige la opción de correo electrónico, necesitará una dirección de correo electrónico activa y un navegador web con acceso a Internet. Si elige la opción de mensaje de texto, necesitará un teléfono móvil que acceda a los mensajes de texto y tenga acceso a Internet. Tenga en cuenta que es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes de texto y datos.

Si desea recibir estos avisos de manera electrónica, debe solicitárnoslo. Para solicitar avisos electrónicos, comuníquese con nosotros en línea, por correo postal o por teléfono:

En línea [notices.elderplan.org](https://www.elderplan.org/notices)

Correo postal Elderplan c/o Command Direct,
PO Box 18023, Hauppauge, NY 11788

Teléfono 1-877-891-6447

Cuando se comunique con nosotros, debe decirnos cómo desea recibir avisos y proporcionarnos su información de contacto (que puede incluir su nombre, fecha de nacimiento, número de identificación de miembro de Elderplan, número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico). Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) le informará por correo postal que ha solicitado recibir avisos de manera electrónica.

Para obtener más instrucciones o si necesita asistencia técnica con el uso de los métodos electrónicos ofrecidos por Elderplan, comuníquese con nuestro departamento de 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. o visite www.elderplan.org para obtener más información.

Información de descargo de responsabilidad:

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.

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

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

Esta información está disponible gratuitamente 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 los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para los Miembros ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible en un formato diferente, que incluye traducción al español, chino, braille y letra grande. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, comuníquese con nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-877-891-6447 para obtener más información. (Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al (711). Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., Servicios a los Miembros dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible en diferentes formatos, entre ellos, traducciones al español, en formato Braille y en letra grande. Por favor, llame a Servicios a los Miembros al número que figura previamente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME A	1-877-891-6447 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.
TTY	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
FAX	718-759-3643
ESCRIBA A	Elderplan, Inc. Attn: Member Services 55 Water Street, 46th Floor New York, NY 10041
SITIO WEB	elderplan.org

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.

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME A	1-800-701-0501
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street, 7th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Aviso sobre prácticas de privacidad de Elderplan, Inc.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA y DIVULGADA, y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO a ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de Elderplan Inc. (el “Plan”), su fuerza laboral, el personal médico y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud (“PHI” o “Información de salud”) entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

El Plan se compromete a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros. La PHI es información que:

(1) lo identifica (o puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo), y (2) que está relacionada con su afección o estado de salud física o mental, la prestación o el pago de su atención médica.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y otorgarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si esto sucede.

CÓMO PODEMOS USAR y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación, las categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. No se enumeran todas las formas de uso o divulgación autorizadas de una categoría, pero las categorías proporcionan ejemplos de usos y las divulgaciones permitidas por ley.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, otros pagos pueden incluir el uso de la información de salud para determinar la elegibilidad para beneficios, la coordinación de beneficios, el cobro de primas y la necesidad médica. También podemos compartir su información con otro plan de salud que le proporcione o le haya proporcionado cobertura a usted para pagos o para detectar o prevenir fraude y abuso de la atención médica.

Actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar la información de salud para las actividades de atención médica que son las actividades administrativas que participan en las operaciones del Plan. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para operar y manejar nuestras actividades comerciales relacionadas con proporcionar y administrar su cobertura de atención médica o resolver reclamos.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud con su proveedor de atención médica (farmacias, médicos, hospitales, etc.) para que el proveedor pueda brindarle atención. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos divulgar la información que su médico nos haya enviado.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita/ consulta con nosotros o su proveedor de atención médica. También podemos usar y divulgar información de salud para contarle sobre nuestras opciones de tratamientos, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle.

Al proporcionarnos cierta información, usted acepta expresamente que el Plan y sus socios comerciales pueden usar cierta información (como su número de teléfono particular/laboral/de celular y su correo electrónico) para contactarlo sobre distintos asuntos, como citas de seguimiento, cobro de montos adeudados y otras cuestiones operativas. Usted acepta que puede ser contactado a través de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgarle información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica.

Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal tiene autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de

investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar a los miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y otra información de contacto), las fechas en las que se le brindó atención médica, el estado de su atención médica, el departamento y los médicos que le proporcionaron los servicios, y la información de los resultados del tratamiento para contactarlo en un esfuerzo para recaudar fondos para apoyar al Plan y otras entidades sin fines de lucro con las que estemos realizando un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada o a nuestros socios comerciales para que lo puedan contactar con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, usted será informado sobre sus derechos para que lo saquen de la lista para no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Además de lo mencionado anteriormente, podemos usar y divulgar información de salud en las siguientes circunstancias especiales. Debemos cumplir con muchas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se hará a una persona que creamos que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a los socios comerciales a los que nos unimos para proporcionar servicios en nuestro nombre si se necesita la información para tales servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que preste los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato con ellos.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud que se autorice y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Riesgos relacionados con la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar nacimientos o muertes; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos del mercado que puedan estar utilizando; rastrear ciertos productos y controlar su uso y efectividad y si está autorizado por ley; notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; y realizar tareas de supervisión médica de nuestros centros médicos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. También podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; sin embargo, solo divulgaremos esta información si el miembro está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificación profesional de nuestros centros médicos y proveedores. El gobierno necesita estas actividades para controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes de derechos civiles.

Demandas y acciones legales. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que realiza otra persona involucrada en la acción legal, pero solo si se realizaron los esfuerzos necesarios para notificarle a usted acerca de este pedido o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un oficial del cumplimiento de la ley de la siguiente manera:

- (1) en respuesta a una orden judicial, citación, notificación o proceso similar;
- (2) información limitada para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo importante o persona desaparecida;
- (3) acerca de una víctima de un crimen, si en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- (4) acerca de una muerte que consideramos que ocurrió debido a una conducta criminal;
- (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones; y
- (6) en circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a médicos forenses o examinadores médicos. En algunas circunstancias, esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad e inteligencia nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección del presidente de los Estados Unidos y otras personas.

Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al oficial de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación: Algunos tipos de información de salud que incluyen, entre otros, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no se apliquen.

En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento.

Si la utilización o divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este aviso se encuentra prohibida, o de otro modo restringida por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra política es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

USOS y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En situaciones diferentes a las descritas anteriormente, pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

- 1) para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio;
- 2) antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia;
- 3) en relación con la venta de su información de salud;

- 4) por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/SIDA, abuso de sustancias o información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, por ejemplo, si ya hemos procedido de acuerdo con la autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre la información de salud que mantenemos sobre usted; todas las solicitudes deben hacerse POR ESCRITO:

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que le divulgamos sobre usted a otra persona que participa en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un miembro de su familia o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos si afectara su atención. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta a menos que necesitemos usar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Si indicó claramente que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar distinto de nuestros medios de comunicación usuales. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo por envío de correo postal a una casilla de correo en vez de enviarla a su domicilio, o puede querer recibir llamadas a un número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a inspeccionar y recibir copias. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico.

Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Es posible que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, le comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la información. Debe decirnos el motivo de su solicitud.

Podemos denegarle la solicitud de enmendar su registro. Podemos rechazarla si su solicitud no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- nosotros no generamos;
- no sea parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted;
- no sea parte de la información que usted está autorizado a inspeccionar y copiar;
- sea correcta y esté completa.

Derecho a un registro de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de información de salud que realizamos en un período de seis años. El registro solo incluirá divulgaciones que no se hayan realizado para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o para “circunstancias especiales” como se indicó en este aviso. Tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce meses pueden estar sujetas a un cargo.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos la entrega de una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento desde el sitio web del Plan: elderplan.org/

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso, además de obtener una copia impresa de este aviso, debe contactarse con el Plan.

Elderplan
Attention: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041
1-800-353-3765

NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN

Mantendremos su información de salud de manera reservada y segura según lo exige la ley. En caso de una violación (según lo define la ley) de cualquier información de salud, le notificaremos dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación, salvo que un organismo de orden público solicite una demora en la notificación.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Plan puede participar en varios sistemas de intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica, redes de intercambio de información médica y planes de salud. Otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud pueden acceder a su información de salud que mantiene el Plan para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, el Plan puede acceder a su información de salud que mantienen otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica; pero solamente con su consentimiento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso y a hacer que el aviso modificado o revisado entre en vigencia para la información de salud que ya poseemos y para la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a su solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior izquierda.

QUEJAS y PREGUNTAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. Para presentar una queja ante nosotros, contáctese con la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Elderplan
Attention: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Además, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visita hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias contra usted si ejerce su derecho de presentar una queja. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al 1-855-395-9169 (TTY: 711)

Elderplan, Inc.

Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, 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 proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficiente con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita 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 un reclamo ante:

Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY: 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

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 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono al:

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 quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711). Alguien que hable español lo podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino simplificado: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino tradicional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-891-6447 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-891-6447 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY) 1-877-891-6447:711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-891-6447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-891-6447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanés: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-877-891-6447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Griego: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιασδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891- 6447 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yidis: עכלעוו ייס ורעפטנע וצ סעסיוורעס רעשטעמלאד עסזימוא ובאה רימ וצ ואלפ גארד רעדא טלעה רעזנוא וגעוו ובאה וילגעמ טנעק ריא סאו סעגארפ רענייא . 1-877-891-6447 (TTY:711) ויא זנוא טפור, רעשטעמלאד א ועמוקאב סיוורעס עסזימוא וא זיא סאד . ופלעה ויא ועק ורפשו/שידיא טדער סאו

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-877-891-6447 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-877-891-6447

de 8 a.m. a 8 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. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.