

## **TEXTO MODELO SOBRE QUEJAS Y APELACIONES PARA INCLUIR EN EL MANUAL PARA LOS MIEMBROS**

Elderplan HomeFirst hará todo lo que esté a su alcance para ocuparse de sus inquietudes o problemas tan pronto como sea posible y de acuerdo con sus preferencias. Usted puede utilizar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelaciones según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios ni en el trato que se le otorga por parte del personal de HomeFirst o del proveedor de atención médica por presentar una queja o una apelación. Conservaremos su privacidad. Le brindaremos cualquier tipo de ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o una apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de interpretación o ayuda si usted tiene problemas visuales o auditivos. Usted puede elegir a alguien para que lo represente (un familiar, amigo o proveedor).

Para presentar una queja o para apelar una acción del plan, llame al: (1-877) 771-1119 o escriba a: 6323 7<sup>th</sup> Avenue, Brooklyn, NY 11220. Cuando nos contacte, deberá brindarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

### ***¿Qué es una queja?***

Una queja es un comunicado de insatisfacción que usted nos presenta acerca de la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o de proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue irrespetuoso con usted o a usted no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentarnos una queja.

### ***El proceso de quejas***

Puede presentar una queja de manera oral o por escrito ante nosotros. La persona que recibe la queja la registrará y el personal pertinente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja e incluiremos una descripción de nuestro proceso de revisión. Examinaremos su queja y le brindaremos una respuesta por escrito dentro de uno de dos plazos.

1. Si una demora podría poner su salud en riesgo de manera significativa, decidiremos dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se completará dentro de los 7 días siguientes a la recepción de la queja.
2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la queja.

Nuestra respuesta describirá nuestras conclusiones al revisar su queja y nuestra decisión sobre esta.

## ***¿Cómo apelo la decisión de una queja?***

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de la queja. Debe presentar una apelación de la queja por escrito. Debe presentarse dentro de los 60 días hábiles siguientes a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos una confirmación por escrito para informarle el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para dar respuesta a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán llevadas a cabo por profesionales adecuados, incluidos profesionales de atención médica para quejas relacionadas con asuntos clínicos, que no hayan formado parte de la decisión inicial.

Para las apelaciones estándares, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los 30 días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora para tomar nuestra decisión aumentara significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelaciones de quejas aceleradas. Para las apelaciones de quejas aceleradas, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de los 2 días hábiles de la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas aceleradas como para las estándares, le proporcionaremos un aviso por escrito con nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en caso de tratarse de asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

## ***¿Qué es una acción?***

Se consideran “acciones” del plan cuando HomeFirst niega o limita los servicios requeridos por usted o por su proveedor; niega una petición para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o termina los servicios que ya se habían autorizado; niega el pago de los servicios; no proporciona servicios oportunos, o no toma determinaciones sobre apelaciones o quejas dentro de los plazos requeridos. Una acción está sujeta a apelación. (Para obtener más información, consulte “¿Cómo presento una apelación de una acción?” a continuación).

## ***Plazos para un aviso de acción***

Si decidimos denegar o limitar los servicios solicitados por usted o decidimos no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o terminar un servicio que está autorizado, le enviaremos una carta al menos 10 días antes de la fecha en que planificamos cambiar el servicio.

## ***Contenidos del aviso de acción***

Todo aviso que le enviemos sobre una acción cumplirá con las siguientes condiciones:

- Explicará la acción adoptada o que pretendemos adoptar.
- Mencionará las razones de la acción, incluida la justificación clínica, si hubiera.
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluso si también tiene derecho al proceso de apelaciones externas del estado).
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las que usted puede solicitarnos que expeditemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna.

- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica utilizados para tomar la decisión, si en la acción intervinieron asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fueron experimentales o de investigación.
- Describirá la información, si hubiera, que debe ser provista por usted o su proveedor para que tomemos una decisión sobre la apelación.

Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado, el aviso le informará además acerca de su derecho a continuar con los servicios mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que los servicios continúen, y en qué circunstancias usted podría tener que pagar los servicios si estos continuaran mientras estamos revisando su apelación.

### ***¿Cómo presento una apelación de una acción?***

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos tomado, usted puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos revisar nuevamente la razón de nuestra acción para decidir si estábamos en lo cierto. Usted puede presentar una apelación de una acción ante el plan de manera oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta acerca de una acción que toma (como la negación o limitación de servicios, o el no pago de los servicios), usted debe presentar su petición de apelación dentro de los 60 días hábiles a partir de la fecha que aparece en la carta en la que le notificamos la acción.

### ***¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?***

Para comunicarse con nosotros, puede llamar al (1-877) 771-1119 o escribirnos a 6323 7<sup>th</sup> Avenue, Brooklyn, NY 11220. La persona que recibe la apelación la registrará y el personal apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación e incluiremos una copia del archivo de su caso que incluye los registros médicos y otros documentos usados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico con conocimientos que no estuvo involucrado en la acción o decisión iniciales del plan que dan lugar a su apelación.

### ***Para algunas acciones, usted puede solicitar la continuidad de los servicios durante el proceso de apelación***

Si presenta una apelación por la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar la continuidad de estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar brindándole su servicio si presenta la petición en un plazo no superior a 10 días de la fecha que se incluye en el aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios o la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción propuesta, la que sea posterior

Si nuestra decisión no es a su favor, sus servicios continuarán hasta que retire la apelación o hasta los 10 días siguientes al envío del aviso acerca de la decisión sobre la apelación, a menos que usted haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York por la continuidad de los servicios. (Consulte la sección “Audiencia imparcial” a continuación).

Si bien puede solicitar la continuidad de los servicios mientras su apelación se encuentra en revisión, si esta no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios si se proporcionaron solo porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras su caso estaba en revisión.

### ***¿Cuánto tiempo le llevará al plan decidir sobre mi apelación de una acción?***

A menos que solicite una revisión acelerada, examinaremos su apelación de la acción que tomamos como una apelación estándar y le enviaremos nuestra decisión por escrito tan pronto como lo requiera su afección médica, pero antes de los 30 días de la fecha en que recibimos su apelación. (Podemos ampliar el período de revisión hasta 14 días si solicita una prórroga, o si necesitamos más información y el retraso le conviene). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. Además, tendrá la oportunidad de revisar cualquiera de sus registros que formen parte de la revisión de apelación.

Le enviaremos un aviso acerca de la decisión que tomamos sobre su apelación que indicará la decisión tomada y la fecha en la que lo decidimos.

Si revertimos nuestra decisión de negar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o terminar los servicios, y estos no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios en cuestión tan pronto como lo requiera su afección médica. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación "acelerada". (Consulte la sección Proceso de apelaciones aceleradas a continuación).

### ***Proceso de apelaciones aceleradas***

Si usted o su proveedor consideran que tomarse el tiempo para realizar una apelación estándar podría ocasionar un problema grave para su salud o su vida, pueden solicitar una revisión acelerada de su apelación de la acción. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas. Bajo ninguna circunstancia, el plazo para emitir nuestra decisión será superior a 72 horas después de recibir su apelación. (Podemos ampliar el período de revisión hasta 14 días si solicita una prórroga, o si necesitamos más información y el retraso le conviene).

Si no estamos de acuerdo con su petición de apelación acelerada, haremos todo lo posible para contactarnos con usted en persona y hacerle saber que hemos denegado su petición de una apelación acelerada y que la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de denegarle su petición de apelación acelerada dentro de los 2 días de haberla recibido.

### ***¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi apelación?***

Si nuestra decisión acerca de su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York, cómo obtenerla y quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir los servicios mientras la audiencia siga pendiente y cómo presentar la petición.

**Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa definitiva.**

Si negamos su apelación a causa de cuestiones de necesidad médica o debido a que el servicio en cuestión fue experimental o de investigación, el aviso también le explicará cómo solicitar una "apelación externa" de nuestra decisión al estado de New York.

### ***Audiencias imparciales del estado***

Si la decisión de la apelación no fue totalmente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York dentro de los 120 días desde la fecha en la que le enviamos el aviso acerca de la decisión de su apelación.

Si su apelación implica la restricción, reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado que está recibiendo actualmente y usted solicita una audiencia imparcial, continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Su petición de una audiencia imparcial debe realizarse en un plazo de 10 días desde la fecha en que enviamos la decisión sobre la apelación o antes de la fecha de entrada en vigencia de nuestra acción de restringir, reducir, suspender o terminar sus servicios, lo que ocurra más tarde.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial o el funcionario de audiencias imparciales del estado envíe una decisión sobre la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra en primer lugar.

Si el funcionario de audiencias imparciales del estado revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en disputa con rapidez y tan pronto como su afección médica lo requiera pero en menos de 72 horas desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la audiencia imparcial. Si usted recibió los servicios en disputa mientras la apelación estaba pendiente, nosotros seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el oficial de audiencias imparciales.

Aunque usted puede solicitar la continuidad de los servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia imparcial no se decide a su favor, usted podría tener que pagar por los servicios sujetos a consideración de la audiencia imparcial.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado si se comunica con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados:

- Formulario de petición en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Envíe por correo un formulario de petición imprimible a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

- Envíe por fax un formulario de petición imprimible al: (518) 473-6735
- Solicite por teléfono:

Línea para audiencias imparciales estándares: 1 (800) 342-3334  
Línea para audiencias imparciales de emergencia: 1 (800) 205-0110  
Línea para TTY: 711 (solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155)

- Solicite en persona en:

**Ciudad de New York**  
14 Boerum Place, 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201

Si desea obtener más información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial, visite:  
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

### ***Apelaciones externas del estado***

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario, o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa del estado de New York. Revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York toman la decisión sobre las apelaciones externas. Estos revisores son personas calificadas que aprueba el estado de New York. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información acerca de cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea presentar una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento Financiero del Estado de New York en un plazo de cuatro meses desde la fecha en la que denegamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. El revisor nos comunicará la decisión final a usted y a nosotros en un plazo de dos días hábiles después de haberla tomado.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora causará un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de apelaciones externas decidirá la apelación acelerada en 3 días o menos. El revisor nos comunicará a usted y a nosotros la decisión tomada de inmediato, por teléfono o por fax. Después se le enviará una carta en la que se comunicará la decisión.

Puede solicitar tanto una audiencia imparcial como una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión que cuenta es la del funcionario de audiencias imparciales.

## **3. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS Y REQUISITOS DE ACCIÓN**

### **Definiciones**

Revisión de autorización previa: revisión de una petición del inscrito o del proveedor en representación de este para obtener la cobertura de un servicio nuevo (ya sea para un período de autorización nuevo o dentro de un período de autorización existente) o una petición para cambiar un servicio como fue

determinado en el plan de atención para un período de autorización nuevo, antes de que tal servicio le sea provisto al inscrito.

Revisión concurrente: revisión de una petición de un inscrito o de un proveedor en representación de este para obtener servicios adicionales (es decir, más de los mismos servicios) que estén autorizados actualmente en el plan de atención o para obtener servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid después de la admisión como paciente internado.

Revisión acelerada: un inscrito debe recibir una revisión acelerada de su petición para la autorización de un servicio cuando el plan determina o un proveedor indica que una demora podría poner en serio peligro la vida del inscrito, su salud o capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo. El inscrito puede solicitar una revisión acelerada de una autorización previa o una revisión concurrente. Las apelaciones de acciones que surjan de una revisión concurrente deben manejarse como aceleradas.

### **Disposiciones generales**

Toda acción tomada por el contratista en relación con la necesidad médica, o los servicios experimentales o de investigación debe ser realizada por un revisor clínico según lo define la Sección 4900(2)(a) de PHL.

Las determinaciones adversas, que no sean aquellas relacionadas con la necesidad médica, o los servicios experimentales o de investigación, deben ser realizadas por un profesional de atención médica autorizado, certificado o registrado cuando tal determinación esté basada en una evaluación del estado de salud del inscrito o en la pertinencia del nivel, la cantidad o el método de prestación de la atención. Este requisito se aplica a las determinaciones que deniegan reclamaciones debido a que los servicios en cuestión no son un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del inscrito, y se aplica a peticiones para la autorización de un servicio que incluyen, entre otros, servicios incluidos en el Paquete de beneficios, remisiones y servicios fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros acerca de la disponibilidad de asistencia (para problemas lingüísticos, de audición y de habla) si el miembro desea presentar una apelación y cómo acceder a esa asistencia.

El contratista utilizará la determinación adversa inicial modelo de MLTC y los avisos de acción tomada de MLTC 4687 del departamento.

### **Plazos para la determinación y notificación de la autorización de un servicio**

1. Para las peticiones de autorización previa, el contratista debe realizar una determinación de la autorización de un servicio y notificar al inscrito acerca de la determinación por teléfono o por escrito tan pronto como la condición del inscrito lo requiera y como máximo en los siguientes plazos:
  - a. Acelerada: setenta y dos (72) horas después de la recepción de la petición para la autorización de un servicio.
  - b. Estándar: catorce (14) días después de la recepción de la petición para la autorización de un servicio.

2. Para las peticiones de revisión concurrente, el contratista debe realizar una determinación de la autorización de un servicio y notificar al inscrito acerca de la determinación por teléfono o por escrito tan pronto como la condición del inscrito lo requiera y como máximo en los siguientes plazos:
  - a. Acelerada: setenta y dos (72) horas de la recepción de la petición para la autorización de un servicio.
  - b. Estándar: catorce (14) días de la recepción de la petición para la autorización de un servicio.
  - c. En el caso de una petición para servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid después de la admisión como paciente internado, el plazo será de un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria, salvo cuando el día subsiguiente a la petición para la autorización de un servicio sea un día de fin de semana o feriado, entonces serán setenta y dos (72) horas desde la recepción de la información necesaria; pero, en ningún caso, será de más de tres (3) días hábiles después de la recepción de la petición para la autorización de un servicio.
3. Hasta una prórroga de 14 días calendario. La prórroga puede ser solicitada por el inscrito o el proveedor en su representación (por escrito o de forma oral). El plan también puede iniciar una prórroga si puede justificar la necesidad de información adicional y si es para la conveniencia del inscrito. En todos los casos, la razón de la prórroga debe estar bien documentada.
  - a. El plan de MLTC debe notificar al inscrito acerca de una prórroga del plazo iniciada por el plan para la revisión de su petición de servicio. El plan de MLTC debe explicar la razón de la demora y cómo esta es para el beneficio del inscrito. El plan de MLTC debe solicitar toda la información adicional requerida para ayudar a tomar una determinación o redeterminación, y ayudar al inscrito mencionando fuentes posibles de la información solicitada.
4. El inscrito o el proveedor pueden apelar una decisión (ver “Procedimientos de apelación”).
5. Si el plan deniega la petición del inscrito para una revisión acelerada, el plan la considerará una revisión estándar.
  - a. El contratista debe notificar al inscrito si se deniega su petición para una revisión acelerada y esa petición de servicio del inscrito se revisará dentro del plazo estándar.

### **Otros plazos para la notificación de acciones**

1. Cuando el contratista planea restringir, reducir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado dentro de un período de autorización, ya sea como resultado de una determinación de la autorización de un servicio u otra acción, debe proporcionarle al inscrito un aviso por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción que se pretende, excepto en los siguientes casos:
  - a. el período de aviso anticipado se reduce a cinco (5) días en casos de fraude confirmado del inscrito, o
  - b. el contratista puede enviar un aviso por correo en un plazo no superior a la fecha de la acción por lo siguiente:



- i. la muerte del inscrito;
  - ii. una declaración escrita firmada del inscrito en la que solicita la terminación del servicio o proporciona información que solicita la terminación o reducción de servicios (en la que el inscrito comprende que esto debe ser la consecuencia de brindar la información);
  - iii. la admisión del inscrito en una institución donde este no cumple con los requisitos para recibir más servicios;
  - iv. se desconoce la dirección del inscrito y se devuelve el correo dirigido a este, donde se indica que no hay una dirección de envío;
  - v. otra jurisdicción aceptó al inscrito para recibir los servicios de Medicaid, o
  - vi. el médico del inscrito ordena un cambio en el nivel de atención médica.
- c. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista pretende restringir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización para un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad que el anteriormente autorizado, debe proporcionarle al inscrito un aviso por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción prevista, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto en las circunstancias descritas en 1(a)-(b).
- i. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista pretende restringir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización para un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad que el anteriormente autorizado, el contratista no establecerá la fecha de entrada en vigencia de la acción para que sea un día no hábil, salvo que el contratista proporcione cobertura telefónica “en vivo” disponible las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana para aceptar y responder las quejas, apelaciones de quejas y apelaciones de acciones.
- d. El contratista debe enviarle por correo un aviso por escrito al inscrito en la fecha de la acción cuando la acción sea una denegación de pago, en su totalidad o en parte.
- e. Cuando el contratista no llegue a una determinación dentro de los plazos de determinación de la autorización de un servicio descritos en este Apéndice, se la considera una determinación adversa y el contratista debe enviarle un aviso de acción al inscrito en la fecha que vencen los plazos.

### **Contenidos de los avisos de acción**

1. El contratista debe implementar el modelo de aviso de determinación adversa inicial de MLTC para todas las acciones, excepto para aquellas basadas en una intención de restringir el acceso a proveedores según el programa de restricción de beneficiarios.
2. Para las acciones basadas en una intención de restringir el acceso a proveedores según el programa de restricción de beneficiarios, el aviso de acción debe contener lo siguiente según corresponda:
  - a. la fecha en que comenzará la restricción;
  - b. el efecto y el alcance de la restricción;
  - c. la razón de la restricción;
  - d. el derecho del beneficiario a apelar;
  - e. instrucciones para solicitar una apelación, incluido el derecho de recibir continuidad de ayuda si la petición se realiza antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción prevista o 10 días después de que se enviaron los avisos, lo que sea posterior;
  - f. el derecho del contratista a designar un proveedor primario para el beneficiario;

- g. el derecho del beneficiario a seleccionar un proveedor primario dentro de las dos semanas siguientes a la fecha del aviso de intención de restricción, si el contratista le proporciona al beneficiario una opción limitada de proveedores primarios;
- h. el derecho del beneficiario a solicitar un cambio de proveedor primario cada tres meses o antes por una razón válida;
- i. el derecho a tener una reunión con el contratista para analizar la razón y el efecto de la restricción prevista;
- j. el derecho del beneficiario a explicar y presentar documentación, en una reunión o por escrito, en la que se muestre la necesidad médica de todos los servicios citados como usados incorrectamente en el Paquete de información del beneficiario;
- k. el nombre y el número de teléfono de la persona de contacto para programar una reunión;
- l. el hecho de que una reunión no suspende la fecha de entrada en vigencia que se encuentra en el aviso de intención de restricción;
- m. el hecho de que la reunión no reemplaza ni reduce el derecho del beneficiario a solicitar una audiencia imparcial;
- n. el derecho del beneficiario a revisar el registro de su caso, y
- o. el derecho del beneficiario a examinar los registros que conserva el contratista que pueden identificar los servicios de MA pagados por el beneficiario o en su nombre. Esta información generalmente se denomina información de “detalle de reclamación” o de “perfil del beneficiario”.

## AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

**HomeFirst** cumple con las leyes federales de derechos civiles. **HomeFirst** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**HomeFirst** proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarlas a que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **HomeFirst** al (877)771-1119. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Si considera que **HomeFirst** no le ha proporcionado estos servicios o lo tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante **HomeFirst** por los siguientes medios:

Correo: **6323 7th Avenue, Brooklyn, NY 11220**  
Teléfono: 877-326-9978 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711)  
Fax: 718-759-3643  
En persona: 6405 7<sup>th</sup> Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor, Brooklyn, NY 11220

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:

Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

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

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Inglés
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-771-1119 (TTY:711).	Español
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-771-1119 (TTY:711)。	Chino
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-771-1119 (TTY:711) <رقم هاتف الصم والبك>	Árabe
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-877-771-1119 (TTY:711). 번으로 전화해 주십시오.	Coreano
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-771-1119 (телетайп: (TTY:711)	Ruso
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-771-1119 (TTY:711).	Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-771-1119 (TTY:711).	Francés
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY:711).	Criollo francés
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט >1-877-771-1119	Yidis
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-771-1119 (TTY:711).	Polaco
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY:711).	Tagalo
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৭৭১-১১১৯ (TTY:711)।	Bengalí
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-877-771-1119 (TTY:711).	Albanés
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-771-1119 (TTY:711).	Griego
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں <: 1-877-771-1119 (TTY:711)۔	Urdu