



*Cuidándole cada minuto, todos los días.*

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO SNP)

# Manual de Medicaid

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

<b>Sección 1</b>	Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	2
<b>Sección 2</b>	Elegibilidad para la inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	3
<b>Sección 3</b>	Inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	5
<b>Sección 4</b>	El Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) lo tratará con imparcialidad y respeto en todo momento .....	7
<b>Sección 5</b>	Cuidado de transición .....	8
<b>Sección 6</b>	Spenddown mensual .....	9
<b>Sección 7</b>	Servicios cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	11
<b>Sección 8</b>	Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan .....	29
<b>Sección 9</b>	Servicios no cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	31
<b>Sección 10</b>	Autorizaciones de servicios y acciones .....	32
<b>Sección 11</b>	Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan o desea apelar una decisión sobre su atención .....	36
<b>Sección 12</b>	Reglas de Medicaid para las apelaciones y quejas .....	37
<b>Sección 13</b>	Cancelación de la inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) .....	48
<b>Sección 14</b>	Derechos y responsabilidades .....	51
<b>Sección 15</b>	Instrucciones anticipadas .....	53
<b>Sección 16</b>	Aviso de información disponible a pedido .....	56

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

---

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

Este manual describe los beneficios agregados que Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) cubre debido a que usted se inscribió en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). También describe cómo solicitar un servicio, presentar una queja y cancelar su inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). Los beneficios descritos en este manual se agregan a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). Conserve este manual con la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). Necesita ambos para informarse sobre qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

### **ASISTENCIA DE SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS**

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

El Departamento de Servicios para los Miembros  
cuenta con personal para brindarle asistencia  
los 7 días de la semana  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Llame al 1-877-891-6447. Los usuarios de TTY/TDD  
deben llamar al 711.

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

---

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

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

- iii. Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar.
- iv. Servicios de cuidado personal en el hogar.
- v. Atención médica diurna para adultos.
- vi. Atención de enfermería privada.
- vii. Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

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

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

## **SECCIÓN 3. INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERPLAN PLUS LONG TERM CARE (HMO SNP)**

---

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

Determinaremos si necesita una evaluación sin conflictos de New York Medicaid CHOICE como parte de su proceso de solicitud. Usted necesitará una evaluación sin conflictos de New York Medicaid CHOICE si es nuevo en el servicio de atención a largo plazo y si le interesa inscribirse por primera vez o si no ha estado inscrito en un plan los últimos 45 días. Nuestro representante de inscripción lo comunicará a usted con el Centro de inscripciones y evaluaciones sin conflictos de New York Medicaid CHOICE (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) o usted puede llamar directamente al 1-855-222-8350 (TTY 1-888-329-1546). Las personas que se transfieren de otro plan, ya sea atención administrada a largo plazo u otro programa Medicaid Advantage Plus, no requieren una evaluación del CFEEC. Las transferencias que sean solo de Medicaid común requieren del CFEEC.

### **Inscripción:**

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

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

Si decide no continuar con su solicitud de inscripción, esto se considerará como un retiro de la solicitud. Puede retirar su solicitud o Acuerdo de Inscripción antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera oral o escrita. Si decide retirar su solicitud, debe elegir otro plan de atención administrada a largo plazo para seguir recibiendo servicios de atención a largo plazo, como cuidado personal. Ya no puede volver a los servicios de pago por servicio de Medicaid través del LDSS o la HRA.

### **Negación de la inscripción:**

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

- Se le negará la inscripción si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no es elegible para el nivel de atención de un hogar de convalecencia.
- Se le negará la inscripción 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 SNP) durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de inscripción.
- Se le negará la 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.

Usted puede retirar su solicitud antes de que el LDSS o New York Medicaid Choice procesen la recomendación para la negación de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera oral o escrita.



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

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

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

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

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

#### **SECCIÓN 4. EL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERPLAN PLUS LONG TERM CARE (HMO 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 cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

---



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

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

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

## **SECCIÓN 5. CUIDADO DE TRANSICIÓN**

---

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

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

## **SECCIÓN 6. SPENDDOWN MENSUAL**

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

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

<b>Si usted califica para:</b>	<b>Pagará:</b>
Medicaid (sin spenddown mensual)	Nada a Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP)
Medicaid (con spenddown mensual)	Un spenddown mensual a Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) según lo determinado por la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York o el Distrito Local de Servicios Sociales

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

Elderplan puede iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción si un miembro no cumple con el pago de cualquier monto que adeude como spenddown de Medicaid dentro de los (30) días después del vencimiento de dicho monto. Elderplan hará los esfuerzos razonables para cobrar el spenddown, que incluye una solicitud por escrito del pago y asesoramiento al miembro sobre su posible cancelación de la inscripción.

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

**Human Resources Administration**

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

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

**Nassau County Department of Social Services**

60 Charles Lindbergh Blvd.  
Uniondale, NY 11553-3656  
(516) 227-8519

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

**Westchester County Department of Social Services**

112 East Post Road, 5th Floor  
White Plains, NY 10601  
(914) 995-5000

## **SECCIÓN 7. SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERPLAN PLUS LONG TERM CARE (HMO SNP)**

---

### **Deducibles y copagos de los servicios cubiertos de Medicare**

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

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

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

#### **Coordinación de la atención**

Al inscribirse en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO SNP), se le asigna a cada miembro un Equipo de administración de la atención, que incluye administradores de atención social y clínica junto con apoyo administrativo. Este equipo es responsable de coordinar su atención y de proporcionarle una administración de la atención y una planificación de servicios centrados en el paciente de calidad. Trabajarán junto a usted, a las personas de apoyo informales y a su médico de atención primaria para garantizar que reciba el nivel de servicios adecuado sobre la base de sus necesidades médicas y psicosociales, su nivel funcional y los sistemas de apoyo actuales y únicos. Su Equipo de administración de la atención coordinará todas sus necesidades de atención médica para los servicios cubiertos y no cubiertos, y cualquier otro servicio proporcionado por otros proveedores, recursos de la comunidad y personas de apoyo

informales. Recibirá al menos una llamada telefónica mensual por parte del Equipo de administración de la atención. El enfermero de evaluación, como miembro de su Equipo de administración de la atención, le hará consultas a domicilio, al menos, dos veces al año para completar una evaluación integral de su salud e identificar todos los cambios que pueda requerir o las necesidades que pueda tener. Pueden organizarse consultas a domicilio adicionales según lo determine su Equipo de administración de la atención. Trabajaremos de manera conjunta con su médico, quien está notificado sobre su plan de atención, así como también con otros profesionales de atención médica para garantizarle que reciba los servicios que necesita. Un profesional de atención médica lo ayudará con la solicitud de cualquier derecho y otros beneficios a los que usted es elegible, así como también a mantener la elegibilidad a través del proceso de certificación de todos los derechos.

## **OPCIONES A SU DISPOSICIÓN:**

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

CDPAS es un beneficio voluntario cubierto a disposición de todos los miembros del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care. El programa CDPAS es un modelo de atención en el hogar autodirigida disponible para los miembros elegibles que necesiten servicios de enfermería, de atención 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 CDPAS, usted o su representante tendrán poder de decisión respecto de la contratación, la capacitación, los cronogramas, la evaluación, la verificación y la aprobación de las planillas de horarios y el despido del personal de CDPAS.

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

*Es posible que se le cancele la opción autodirigida de forma involuntaria en los siguientes casos:*

- 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.

### **Servicios cubiertos adicionales**

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

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

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Cuidado personal</b>	Asistencia para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse, ir al baño, caminar, preparar comidas y realizar tareas domésticas. Dichos servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de su salud y seguridad en el hogar.	Los servicios de cuidado personal requieren aprobación previa.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Plan de servicio centrado en la persona (o plan de atención)</b>	Una descripción escrita en el registro de administración de la atención de objetivos de atención médica específicos al miembro que se deben lograr y la cantidad, la duración y el alcance de los servicios cubiertos que se deben prestar al miembro para lograr dichos objetivos.	La efectividad del plan de servicio centrado en la persona se controla mediante una reevaluación y la determinación del cumplimiento de los objetivos de atención médica.
<b>Servicios de cuidado personal dirigido por el consumidor (CDPAS)</b>	Este es un programa especializado en el que un miembro o una persona en nombre de un miembro, conocida como representante designado, autodirige y administra el cuidado personal del miembro y otros servicios autorizados.	Los servicios incluyen asistencia parcial o total para realizar tareas de higiene personal, vestirse, alimentarse, ayuda para preparar la comida y realizar las tareas domésticas, así como servicios de auxiliar de atención de la salud en el hogar y tareas de enfermería. Estos servicios son proporcionados por un auxiliar que el miembro o representante designado seleccionan y dirigen.  CDPAS requiere una orden del médico y aprobación previa.



<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare</b>	Los servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados que no cubre Medicare (por ejemplo, fisioterapeutas para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que hayan alcanzado su potencial máximo de restauración o enfermeros para recargar las jeringas para las personas discapacitadas con diabetes) o servicios de auxiliar de atención médica a domicilio requeridos por un plan de atención aprobado.	Los servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare requieren aprobación previa.
<b>Nutrición</b>	Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, o la planificación de la administración adecuada de alimentos y bebidas acorde a sus necesidades médicas y físicas, y a las condiciones ambientales. Estos servicios también pueden incluir la planificación de la administración de una alimentación adecuada dentro del entorno del hogar del paciente y el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional.	Los servicios nutricionales requieren aprobación previa.

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

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

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Transporte que no sea de emergencia</b> <i>(continuación)</i>		<p>Simplemente, complete el Formulario de reembolso para miembros y envíelo por correo a la siguiente dirección:</p> <p>Elderplan Plus Long Term Care Medicare Plan Member Services 440 9th Avenue, 14th Floor New York, NY 10001</p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, le enviaremos el reembolso.</p> <p>El transporte que no sea de emergencia requiere aprobación previa.</p>
<b>Atención de enfermería privada</b>	<p>Servicios de atención de enfermería privada brindados por una persona con licencia y registro vigente del Departamento de Educación del estado de New York para ejercer como enfermera profesional certificada o una enfermera práctica con licencia. Los servicios de atención de enfermería privada pueden brindarse a través de una agencia de atención de la salud en el hogar certificada o una agencia de atención en el hogar con licencia.</p>	<p>Los servicios de atención de enfermería privada requieren una orden del médico y aprobación previa.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Equipo médico duradero que no cubre Medicare</b>	El equipo médico duradero cubierto por Medicaid incluye artículos, como taburetes o barras para baño, que no estén cubiertos de otra forma por Medicare.	El equipo médico duradero no cubierto por Medicare requiere una orden del médico y aprobación previa.
<b>Suministros médicos o quirúrgicos</b>	Los artículos de uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos u ortésicos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico y que no estén cubiertos de otra forma por Medicare. Incluye fórmulas nutricionales enterales.	Los suministros médicos/quirúrgicos no cubiertos por Medicare requieren una orden del médico y aprobación previa.
<b>Dispositivos protésicos y ortésicos</b>	Incluye calzado ortopédico y dispositivos protésicos y ortésicos.	Los dispositivos protésicos y ortésicos no cubiertos por Medicare requieren una orden del médico y aprobación previa.

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

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



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

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

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

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>	<b>Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)</b>
<b>Salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos</b>	Los miembros de Elderplan Plus Long Term Care Plan (HMO SNP) pueden recibir servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos de cualquier proveedor de la red. Usted puede autorremitirse para una evaluación de cada beneficio de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.	Los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos requieren aprobación previa.
<b>Telesalud</b>	Los proveedores de Telesalud ofrecen servicios de salud, que incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o el autocontrol del miembro mediante tecnologías de comunicación.	Los servicios de telesalud requieren una orden del médico y aprobación previa.

**Limitaciones:**

- Las consultas de fisioterapia para pacientes externos se limitan a 40 consultas de Medicaid por año, y la terapia ocupacional y del habla para pacientes externos se limita a 20 consultas de Medicaid por terapia por año, excepto para los siguientes casos:
  - los menores de 21 años;
  - si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo determinó que usted tiene una discapacidad del desarrollo;
  - si tiene una lesión cerebral traumática.

- La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones:
  - 1) personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda; y
  - 2) personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para brindarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio.
  - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para las personas que se consideran pacientes permanentes, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Servicios de emergencia**

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

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## **SECCIÓN 8. SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN**

---

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Plus Long Term Care (HMO 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 SNP) o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

### **Farmacia**

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

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

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

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

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

## **Planificación familiar**

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

## **SECCIÓN 9. SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERPLAN PLUS LONG TERM CARE (HMO SNP)**

---

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

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

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

## **SECCIÓN 10. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS Y ACCIONES**

---

Cuando Elderplan Plus Long-Term Care (HMO SNP) determine que los servicios están cubiertos solo por Medicaid, tomaremos decisiones sobre su atención de acuerdo con las siguientes normas:

### **Autorización previa**

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de la Administración médica de Elderplan Plus Long-Term Care antes de que pueda recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Usted o alguien de confianza pueden pedir esta autorización. Los siguientes tratamientos y servicios requieren autorización antes de que usted los reciba:

- Servicios no participantes, admisiones opcionales, admisiones en SNF/ rehabilitación aguda
- Ambulancia que no sea de emergencia
- Fisioterapia/centros de rehabilitación integral para pacientes externos (es decir, atención de rehabilitación para pacientes externos)
- Cuidado de heridas/procedimientos con dispositivos de vacío
- Terapia con oxígeno hiperbárico
- Equipo médico duradero (DME)/suministros, productos de Medicare
- DME/suministros, productos de Medicaid
- Evaluación de trasplantes
- Dispositivos protésicos y ortésicos
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)/angiografías por resonancia magnética (ARM)/tomografías por emisión de positrones (PET)/tomografías computarizadas (TC)
- Zapatos para personas con diabetes
- Servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long Term Care, CBLTC)
- Transporte que no sea de emergencia cubierto por Medicaid
- Especialistas a domicilio

El pedido de autorización de un tratamiento o servicio se denomina una petición para la **autorización de un servicio**. Para realizar la 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 o enviar la petición por escrito a la siguiente dirección:

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

Los servicios se autorizarán por un cierto monto y un período específico. Esto se denomina **período de autorización**.

También deberá obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero necesita recibir más atención durante un período de autorización. Esto se denomina **revisión concurrente**.

**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 enfermeras. Su tarea es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted pidió sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacer esto, ellos comparan su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables.

Podemos decidir rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un examinador clínico, quien puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que, generalmente, ofrece la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas criterios de revisión clínica, las cuales se utilizan para tomar decisiones para acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de obtener su petición, la revisaremos mediante un procedimiento estándar o acelerado. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si creen 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 lo requiera, pero no más tarde de los plazos que se mencionan a continuación.

Le 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 de apelaciones o audiencias imparciales que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### Plazos para peticiones de autorización previa

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su petición en un plazo de 3 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria, y recibirá noticias nuestras antes de los 14 días después de que recibamos su petición. Le informaremos para el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 72 horas. Nos comunicaremos con usted dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

### Plazos para peticiones de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, y recibirá noticias nuestras antes de los 14 días después de que recibamos su petición.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Recibirá noticias nuestras dentro de las 72 horas después de recibir su petición. Nos comunicaremos con usted en el plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

**Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su petición de servicios en un plazo estándar o acelerado, los plazos mencionados anteriormente pueden extenderse en un máximo de 14 días. Nosotros haremos lo siguiente:**

- Le escribiremos para notificarle qué información necesitamos. Si su petición se está procesando mediante una revisión acelerada, le llamaremos inmediatamente y le enviaremos un aviso por escrito después.
- Le diremos por qué la demora es en beneficio suyo.

- 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.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para proporcionar que nos permitirá decidir sobre su caso. Puede hacer esto por teléfono llamando al 1-877-891-6447 o por escrito.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja al plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su petición. 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.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene el derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la sección Apelaciones más adelante en este manual.

Si por alguna razón no nos comunicamos con usted en los plazos descritos, deberá interpretar la falta de respuesta como un rechazo de su petición para la autorización de un servicio. En ese caso, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

### Otras decisiones sobre su atención

Algunas veces, llevaremos a cabo una revisión concurrente sobre la atención que recibe para ver si todavía necesita esa atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted ya haya recibido. Esto se denomina revisión retrospectiva. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

### Plazos para dar aviso de otras acciones

- 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, al menos, 10 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si revisamos una atención que usted ya obtuvo, tomaremos una decisión sobre el pago de ella en un plazo de 30 días de recibida la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se niegue el pago. No deberá pagar la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrían incluso si luego rechazamos el pago al proveedor.



## **SECCIÓN 11. QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE NUESTRO PLAN O DESEA APELAR UNA DECISIÓN SOBRE SU ATENCIÓN**

---

Como miembro con doble elegibilidad de nuestro plan, la forma en que presentará las quejas y apelaciones sobre sus servicios dependerá de que Elderplan determine si los servicios están cubiertos por Medicare o Medicaid.

- Para presentar quejas y apelaciones sobre un servicio cubierto solo por Medicare (por ejemplo, servicios de quiropráctica), deberá seguir las normas descritas en el Capítulo 8, secciones 4 a 11, de la Evidencia de cobertura de Medicare de Elderplan.
- Para presentar quejas y apelaciones sobre un servicio cubierto únicamente por Medicaid (por ejemplo, servicios de cuidado personal, atención de enfermería privada, transporte que no sea de emergencia, servicios odontológicos, etc.), deberá seguir las reglas de Medicaid que se indican a continuación.
- Para presentar quejas y apelaciones sobre todos los otros servicios cubiertos por Elderplan, puede seguir las normas de Medicare descritas en el Capítulo 8, secciones 4 a 11, de la Evidencia de cobertura de Elderplan o las normas de Medicaid que se indican a continuación. Si opta por seguir las normas de Medicare, no puede utilizar sus derechos de apelación y quejas propios de Medicaid, incluido su derecho a una audiencia imparcial del estado con respecto a la queja o apelación. Sin embargo, si opta por seguir las normas de Medicaid, tendrá hasta 60 días a partir de la fecha del aviso de negación de cobertura de Elderplan para utilizar sus derechos de apelación y queja propios de Medicare.

Elderplan le explicará los procesos de apelaciones y quejas disponibles, según la queja que tenga. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles.

## **SECCIÓN 12. REGLAS DE MEDICAID PARA LAS APELACIONES Y QUEJAS**

---

### **Apelaciones al plan**

Para algunos tratamientos y servicios necesita obtener 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 una petición para la autorización de un servicio. Este procedimiento se describió anteriormente en este manual. El aviso sobre nuestra decisión de rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina una determinación adversa inicial.

Si no está conforme con las decisiones que tomamos sobre su atención de Medicaid, puede tomar medidas.

### **Su proveedor puede solicitar una reconsideración:**

Si resolvemos sobre su petición para la autorización de un servicio sin hablar con su médico, este puede solicitar hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

### **Puede presentar una apelación al plan:**

- Si no está satisfecho con lo que decidimos respecto de su petición para la autorización de un servicio, usted tiene 60 días para presentar una apelación al plan después de que nos comuniquemos con usted.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación al plan en su nombre. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 si necesita ayuda para presentar una apelación al plan.
- No lo trataremos de manera diferente ni tomaremos represalias en su contra porque haya presentado una apelación al plan.
- La apelación al plan puede realizarse por teléfono o por escrito. Si la realiza por teléfono, a menos que sea acelerada, también debe enviarnos la apelación al plan por escrito.

Su apelación al plan se revisará mediante el procedimiento acelerado en los siguientes casos:

- Si usted o su médico solicitan que la apelación al plan se revise mediante el procedimiento acelerado. Su médico debe explicar de qué modo una demora perjudicará su salud. Si se deniega su solicitud de revisión acelerada, se lo notificaremos y su apelación se revisará mediante el procedimiento estándar.
- Si se rechaza su petición cuando usted pidió continuar recibiendo la atención que ahora obtiene o si necesita prolongar un servicio que se le ha proporcionado.
- Las apelaciones al plan aceleradas pueden presentarse por teléfono y no es necesario presentarlas luego por escrito.

**Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención**

Si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar servicios que obtiene en la actualidad, puede continuar recibéndolos mientras espera que se resuelva la apelación presentada. Debe solicitar una apelación en los siguientes términos:

- En un plazo de diez días a partir de que se le informe que se rechazó su petición o que se va a cambiar la atención.
- Antes de la fecha en que está programado el cambio en los servicios.

Si su apelación es denegada nuevamente, tendrá que pagar el costo de los beneficios que recibió en forma continuada.

Si denegamos su apelación y usted no está conforme, puede apelar nuevamente mediante el procedimiento de apelaciones externas o de audiencia imparcial que se describe a continuación.

**Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan**

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para hacerle saber que estamos trabajando en su apelación al plan. Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar una decisión.
- Le enviaremos un archivo de su caso, sin cargo, que incluye una copia de sus registros médicos y toda la información y registros que usaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si la apelación al plan es acelerada, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.

- Las apelaciones de asuntos clínicos serán resueltas por profesionales de salud calificados que no hayan participado en la primera decisión y, al menos, uno de ellos será un revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que estuvieron involucradas en la primera decisión.
- También puede proporcionar, en persona o por escrito, información que sirva para tomar una decisión. Si no está seguro sobre qué información proporcionarnos, llame al plan al 1-877-891-6447.
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestros motivos clínicos, si corresponde. El aviso sobre la decisión de la apelación al plan de rechazar su petición o aprobarla por un monto menor al solicitado se denomina una determinación adversa final.
- Si considera que nuestra determinación adversa final es incorrecta, tiene las siguientes opciones:
  - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial en este manual.
  - Para algunas decisiones, puede solicitar una apelación externa. Consulte la sección Apelación externa en este manual.
  - Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

### Plazos para las apelaciones al plan

- Apelaciones estándar: si contamos con toda la información necesaria, le comunicaremos nuestra decisión a los 30 días de presentada su apelación al plan. Le notificaremos por escrito nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles luego de haber tomado la decisión.

- Apelaciones aceleradas: si contamos con toda la información necesaria, las decisiones sobre una apelación al plan acelerada se tomarán en un plazo de 2 días hábiles a partir de su apelación, pero antes de las 72 horas de presentada su apelación al plan.
  - Nos comunicaremos con usted dentro de las 72 horas si necesitamos más información.
  - Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos un aviso por escrito.

**Si no tenemos la información que necesitamos para tomar una decisión sobre su apelación al plan en un plazo estándar o acelerado dentro de los plazos descritos anteriormente, haremos lo siguiente:**

- Le escribiremos para decirle que necesitamos más tiempo para reunir la información. Si su petición se está procesando mediante una revisión acelerada, le llamaremos inmediatamente y le enviaremos un aviso por escrito después.
- Le diremos por qué la demora es en beneficio suyo.
- Tomaremos una decisión en 14 días a más tardar a partir del día que le solicitemos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para proporcionar que nos permitirá decidir sobre su caso. Puede hacer esto por teléfono llamando al 1-877-891-6447 o por escrito.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de destinar más tiempo a revisar su apelación. 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.

**Si no recibe una respuesta sobre su apelación al plan o no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las extensiones, puede solicitar una audiencia imparcial.**

Consulte la sección Audiencia imparcial en este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo y dijimos que el servicio no era médicamente necesario, era experimental o de investigación, no

era diferente de la atención que puede obtener en la red del plan o se encontraba disponible a través de un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para sus necesidades, se revocará la denegación original. Esto significa que su petición para la autorización de un servicio será aprobada.

## **Apelaciones externas**

Si el plan decide denegarle la cobertura de un servicio médico que usted o su médico solicitaron debido a que no es necesario médicamente, es experimental o de investigación, no es diferente de la atención que puede obtener en la red del plan o se encuentra disponible a través de un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para sus necesidades, puede solicitar al estado de New York una **apelación externa** independiente. Se denomina apelación externa porque quienes toman la decisión son examinadores 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:

1. Debe presentar una apelación al plan ante el plan y obtener la determinación adversa final del plan.
2. Si no recibió el servicio y solicita una apelación al plan acelerada, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico deberá declarar que la apelación acelerada es necesaria.
3. Usted y el plan pueden acordar omitir el procedimiento de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa.
4. Usted puede probar que el plan no cumplió las normas correctamente al procesar su apelación al plan.

Usted tiene **4 meses** después de que recibe la determinación adversa final del plan para solicitar 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 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa indica qué información se necesita.

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

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Escriba al Departamento de Servicios Financieros a la siguiente dirección:  
New York State Department of Financial Services, One State Street, New York, NY 1004-1511.
- Comuníquese con el plan de salud llamando al 1-877-891-6447.

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Si el examinador de la apelación externa solicita más información, puede ser necesario más tiempo (hasta cinco días hábiles más). La decisión final les será informada a usted y al plan en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

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

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que deniega, reduce, suspende o finaliza el servicio, puede solicitar una audiencia imparcial, una apelación externa o ambas. Si solicita ambas, una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión que prevalecerá será la del funcionario de la audiencia imparcial.

## **Audiencias imparciales**

**Primero debe solicitar una apelación al plan y recibir una determinación adversa final. Tiene un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial.**



También puede solicitar una audiencia imparcial al estado de New York en los siguientes casos:

- Si no está conforme con una decisión del Departamento Local de Servicios Sociales o del Departamento de Salud del estado sobre su permanencia o retiro del Programa Medicaid Advantage Plus.
- Si no está conforme con la decisión de que su médico no pedirá uno de los servicios mencionados anteriormente que usted quería. Usted considera que la decisión del médico finaliza o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja y una apelación ante Elderplan. Si Elderplan está de acuerdo con su médico, puede solicitar una audiencia imparcial del estado.
- Si presentó una apelación al plan y venció el plazo, incluidas las extensiones, para que tomemos una decisión. Si no recibe una respuesta sobre su apelación al plan o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.
- Si no está conforme con una decisión que tomamos sobre su atención. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está conforme con que hayamos decidido lo siguiente:
  - reducir, suspender o finalizar la atención que estaba recibiendo;
  - denegar un servicio de atención que quería recibir;
  - denegar el pago de un servicio de atención que recibió.

Si presentó una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que reduce, suspende o finaliza la atención que recibe en la actualidad, puede continuar recibiendo los servicios que indicó su médico mientras espera que se tome una decisión sobre su audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa final o antes de la fecha en que la acción entre en vigencia, lo que sea posterior. Sin embargo, si decide solicitar la continuación de los servicios y pierde su audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

La decisión que reciba de la audiencia imparcial será final.

Si presentó una queja o apelación según las normas de Medicare, es posible que no pueda solicitar una audiencia imparcial del estado sobre la misma apelación o queja.

Puede usar una de las siguientes maneras para solicitar una audiencia imparcial:

- Por teléfono. Llame al número gratuito 1-800-342-3334.
- Por fax al 518-473-6735.
- Por Internet: [www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp).
- Por correo:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 122023  
Albany, New York 12201-2023

Al solicitar una audiencia imparcial sobre una decisión tomada por Elderplan, debemos enviarle una copia del paquete de evidencia. Contiene la información que utilizamos para tomar nuestra decisión sobre su atención. El plan le entregará esta información al funcionario de audiencias para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, el plan llevará una copia del paquete de evidencia a la audiencia para usted. Si no recibe el paquete de evidencia una semana antes de la audiencia, puede solicitarlo telefónicamente a Elderplan.

Recuerde que puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447.

## **Quejas**

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 proveedores, o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 o escriba a Servicios para los Miembros. Recuerde que las quejas sobre los servicios que solo son un beneficio de Medicare deben gestionarse a través del proceso de quejas de Medicare de Elderplan. Las quejas sobre los servicios que solo están cubiertos por Medicaid deben gestionarse a través del proceso de quejas de Medicaid de Elderplan. Puede elegir utilizar el proceso de quejas de Medicare o de Medicaid para las quejas sobre servicios que Elderplan determine como beneficio de Medicare y Medicaid.

La mayor parte de los problemas se pueden resolver enseguida. Los problemas que no hayan sido resueltos por teléfono y cualquier queja que surja sobre un servicio de Medicaid se atenderán de acuerdo con los procedimientos descritos a continuación. 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 le haremos las cosas difíciles ni tomaremos medidas en su contra por haber presentado una queja.

### **Cómo presentar una queja al plan:**

Para presentar la queja por teléfono, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Si nos llama después de este horario, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo comunicaremos.

Puede enviarnos una carta con su queja o llamar al número de Servicios para los Miembros y solicitar un formulario de quejas. Debe enviarla por correo a la siguiente dirección: 6323 Seventh Avenue, Brooklyn, NY 11220.

### **Qué sucede después:**

Si no resolvemos el problema inmediatamente por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. En la carta, le informaremos lo siguiente:

- quién se está ocupando de su queja
- cómo puede contactar a esta persona
- si necesitamos más información

Su queja será analizada por una o más personas calificadas. Si su queja involucra cuestiones clínicas, será analizada por uno o más profesionales de salud calificados.

### **Después de que analicemos su queja, haremos lo siguiente:**

- Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria para responder a su queja, y recibirá información de nosotros en un plazo de 60 días, como máximo, desde el día en que recibamos su queja. Le escribiremos y le informaremos las razones de nuestra decisión.

- Cuando una demora ponga en riesgo su salud, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas después de recibir toda la información que necesitamos para responder a su queja, y recibirá información de nosotros 7 días, a más tardar, después del día en que recibamos su queja. Le llamaremos para comunicarle nuestra decisión o trataremos de contactarnos con usted para informarle. Recibirá una carta de seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Se le explicará cómo apelar nuestra decisión si no está conforme e incluiremos todos los formularios que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para informárselo.

### **Apelaciones de quejas**

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

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

- Si no está conforme con nuestra decisión, tendrá, al menos, 60 días hábiles después de recibir nuestra notificación para presentar una apelación de queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de queja en su nombre.
- La apelación de queja debe presentarse por escrito. Si la realiza por teléfono, debe enviarla luego por escrito. Después de llamar, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación por teléfono. 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 una queja:

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

- quién se está ocupando de su apelación de queja
- cómo puede contactar a esta persona
- si necesitamos más información

Su apelación de queja será analizada por una o más personas calificadas que están en un nivel superior que aquellas que estuvieron implicadas en la primera decisión de su queja. Si su apelación de queja involucra cuestiones clínicas, su caso será analizado por uno o más profesionales de salud calificados y, al menos, uno de ellos será un examinador clínico que no estuvo 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, se le brindarán los motivos de nuestra decisión y los fundamentos clínicos. Si todavía no está conforme, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866 712-7197.

## **Defensor de los participantes**

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

- i. Prestación de apoyo para la preinscripción, como asesoramiento para la elección imparcial de un plan de salud e información general relacionada con el programa.
- ii. Recopilación de quejas e inquietudes de miembros sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados.

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

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

#### **Información de contacto de la ICAN:**

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

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

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

### **SECCIÓN 13. CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERPLAN PLUS LONG TERM CARE (HMO 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 cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.



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

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

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

Puede solicitar abandonar el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO 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 SNP) al 1-877-891-6447 (TTY 711). El proceso puede demorar hasta seis semanas, en función de cuándo recibamos su petición.

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

Deberá dejar el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) en los siguientes casos:

- Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) ya no cubre sus servicios de Medicare.
- Necesita atención en un hogar de convalecencia, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Ya no tiene cobertura total de Medicaid.
- Se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 90 días consecutivos.
- Se mudó de manera permanente fuera del área de servicio de Elderplan Plus Long Term Care.



- Usted ya no es elegible para recibir el nivel de atención del hogar de convalecencia (según lo determinado en cualquier reevaluación integral mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado de New York), a menos que Elderplan, el LDSS o la entidad designada por el estado acuerden que se podría esperar razonablemente que la finalización de los servicios prestados por Elderplan tuviera como resultado que usted se convierta en elegible para recibir el nivel de atención del hogar de convalecencia (según lo determinado mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado de New York) dentro del siguiente período de seis meses. Elderplan le proporcionará al LDSS o a la entidad designada por el estado los resultados de su evaluación y las recomendaciones sobre la continuación o la cancelación de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles de la evaluación integral.
- Es encarcelado.
- Se une a un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, está inscrito en un programa o se vuelve residente en un centro auspiciado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o los Servicios para tratar Alcoholismo y Abuso de Sustancias.

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

Le solicitaremos que se retire del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long Term Care (HMO 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.
- No cumple con el pago o no realiza los arreglos que Elderplan considere necesarios para pagar el monto adeudado como excedente de Medicaid a Elderplan dentro de los treinta (30) días después de su vencimiento.
- Le brinda información falsa a Elderplan, lo engaña o se involucra en una conducta fraudulenta de acuerdo con cualquier aspecto fundamental de su membresía.
- No completa ni presenta algún consentimiento o divulgación necesaria.

## **Disposiciones para la reinscripción**

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

## **SECCIÓN 14. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

---

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

1. A recibir atención médicamente necesaria.
2. A acceder de forma oportuna a la atención y a los servicios.
3. A mantener la privacidad de su registro médico y cuando recibe tratamiento.
4. A obtener información acerca de opciones de tratamiento disponibles y alternativas, presentada en una forma y un idioma que usted comprenda.
5. A recibir información en un idioma que comprenda; puede pedir servicios de interpretación sin costo.
6. A recibir la información necesaria para emitir un consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
7. A ser tratado con respeto y dignidad.
8. A recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros se corrijan o enmienden.
9. A participar en decisiones relacionadas con la atención de su salud, incluido el derecho de negarse a recibir atención.
10. A no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizadas como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. A recibir atención, independientemente del sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.

12. A ser informado sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP), incluida la manera en que puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
13. A presentar quejas al Departamento de Salud del estado de New York.
14. A presentar quejas en su departamento local de servicios sociales y a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York.
15. A nombrar un representante para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
16. A dar instrucciones anticipadas y hacer planes sobre su atención.

## **Responsabilidades de los miembros**

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

1. Participar activamente en su atención y las decisiones de atención
  - Comunicarse de manera abierta y honesta con su médico y el equipo de atención sobre su salud y su atención.
  - Realizar preguntas para asegurarse de comprender su plan de servicios y considerar las consecuencias de no cumplir con su plan de servicios. Su plan de atención y los cambios en ese plan se analizarán y documentarán como parte de nuestro llamado mensual de administración de la atención.
  - Compartir las decisiones de atención y seguir a cargo de su propia salud.
  - Completar el cuidado personal según lo planeado.
  - Cumplir con las citas o informar al equipo las necesidades de cambio de citas.
  - Utilizar la red de proveedores de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) para la atención, excepto en situaciones de emergencia.
  - Notificar a Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) si recibe servicios de atención de otros proveedores de atención médica.
  - Escribirnos o llamarnos para participar en el desarrollo de políticas.

## 2. Apoyar a Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP)

- Expresar, de manera adecuada, opiniones, inquietudes y sugerencias de las siguientes maneras, incluidas, entre otras, sus opiniones o inquietudes a su equipo de atención o a través del proceso de quejas y apelaciones de Elderplan Plus Long Term Care (HMO 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 SNP) a conservar un entorno de hogar seguro.
- Notificar a su equipo de atención en Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) sobre cualquiera de las siguientes situaciones:
  - si abandona el área de servicio;
  - si se muda o tiene un número de teléfono nuevo;
  - si cambia de médicos;
  - cualquier cambio en la afección que pueda afectar nuestra capacidad de brindar atención.

## **SECCIÓN 15. INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

---

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

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

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

- **Estar al tanto de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección médica, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura.

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no tiene la capacidad de tomar las decisiones usted mismo.

- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “instrucciones anticipadas”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "testamento vital" y "poder de representación para las decisiones de atención médica" son ejemplos de instrucciones anticipadas. Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles 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. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

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

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

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



## **SECCIÓN 16. AVISO DE INFORMACIÓN DISPONIBLE A PEDIDO**

---

La siguiente información se encuentra disponible a pedido del miembro:

- Una lista de nombres, direcciones comerciales y los puestos oficiales de los miembros del Consejo Directivo, funcionarios, personas de control y propietarios o asociados de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) que incluya una hoja de balance, 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 SNP) para proteger de manera confidencial 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 SNP).
- Una descripción de los procedimientos que sigue Elderplan Plus Long Term Care (HMO 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 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 SNP), el miembro/posible miembro solo podrán 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 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 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 salud que estén certificados, inscritos o autorizados en virtud del Artículo 8 de la Ley de Educación estatal.

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

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

Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

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

Los beneficiarios elegibles pueden inscribirse en cualquier momento. Para obtener más información, póngase en contacto con Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).

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

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

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

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

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

每天上午8時至下午8時。會員服務部可為不能講英語的人士提供免費口譯服務。

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

形式或語言的計劃資料,請致電上列的會員服務部電話號碼。

## Departamento de Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long Term Care

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

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

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

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

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para 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)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

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

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

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

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

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

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



Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-877-891-6447**

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

---

Los usuarios de TTY/TDD  
deben llamar al

**711**

---

Visite nuestro sitio web

**Elderplan.org**

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