

2022



Cuidándole cada minuto, todos los días.

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

Manual de Medicaid

Manual para los miembros de Medicaid

SECCIÓN 1	Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	2
SECCIÓN 2	Elegibilidad para la inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	3
SECCIÓN 3	Inscripción en el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	5
SECCIÓN 4	El programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) lo tratará con imparcialidad y respeto en todo momento.....	8
SECCIÓN 5	Cuidado de transición	9
SECCIÓN 6	Spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual.....	9
SECCIÓN 7	Servicios cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	11
SECCIÓN 8	Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan	30
SECCIÓN 9	Servicios no cubiertos por el Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	31
SECCIÓN 10	Autorizaciones de servicios y acciones	32
SECCIÓN 11	Apelaciones de Nivel 1 (también denominadas apelaciones de nivel del plan).....	38
SECCIÓN 12	Apelaciones externas solo para Medicaid	43
SECCIÓN 13	Apelaciones de Nivel 2.....	45
SECCIÓN 14	Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan	47
SECCIÓN 15	Cancelación de la inscripción del Programa Medicaid Advantage Plus de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).....	52
SECCIÓN 16	Derechos y responsabilidades	54
SECCIÓN 17	Directivas anticipadas	57
SECCIÓN 18	Aviso de información disponible a pedido	59

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

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

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

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

Obtener asistencia de Servicios para los Miembros

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

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

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

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

- Tiene 18 años o más.
- Vive en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, Dutchess, Orange, Putnam, Rockland 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. Debe ser capaz, al momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del estado de New York.
 - b. Debe ser médicamente elegible para recibir el nivel de atención en un asilo de ancianos en el momento de la inscripción.
 - c. Debe requerir administración de la atención y esperar necesitar, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:

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

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

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

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

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

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

Después de verificar y aprobar su solicitud, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) le enviará su tarjeta de identificación de miembro en un plazo de 10 días calendario. No obstante, si recibimos y procesamos su solicitud de inscripción a fin 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 atención personal. Ya no puede volver a los servicios de pago por servicio de Medicaid través del LDSS o la HRA.

Negación de la inscripción:

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

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

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

- Si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no es elegible para el nivel de atención de un asilo de ancianos.
- Si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no requiere los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad ofrecidos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de inscripción.

- Si, en el momento de la inscripción, se determina que usted no puede regresar a su hogar y su comunidad o permanecer en ellos sin poner en peligro su salud y seguridad.

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 5. Cuidado de transición

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

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

SECCIÓN 6. Spenddown (responsabilidad económica del paciente) mensual

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

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

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

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

Elderplan puede iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción si un miembro no cumple con el pago de cualquier monto que adeude como spenddown de Medicaid dentro de los (30) días posteriores al vencimiento de dicho monto. Elderplan hará los esfuerzos razonables para cobrar la 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” 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 Dutchess, puede comunicarse con:

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

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 Orange, puede comunicarse con:

**Orange County Department of Social Services
Box Z Quarry Road Goshen, NY 10924 | (845) 291-4000**

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

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

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

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

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

Deducibles y copagos de los servicios cubiertos de Medicare

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

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

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN:

Coordinación de la atención

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

un plan de servicio centrado en la persona 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 a solicitar cualquier derecho y otros beneficios para 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 autodirigirse deben contar con un adulto responsable, conocido como su representante designado, para que asuma las responsabilidades del programa en su nombre.

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

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

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

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

Servicios cubiertos adicionales

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

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

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Atención personal	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 atención personal requieren aprobación previa.
Plan de servicio (o plan de atención) centrado en la persona	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.
Servicios de atención personal dirigido por el consumidor (CDPAS)	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 atención personal del miembro y otros servicios autorizados.	Los servicios incluyen asistencia parcial o total con la higiene personal, ayuda para vestirse y alimentarse, preparar comidas y realizar las tareas domésticas, como así también con tareas de un auxiliar de atención de la salud en el hogar y un enfermero. 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.

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

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Servicios médicos y sociales	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.
Entrega de comidas a domicilio y comidas en lugares de congregación	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.
Atención diurna social	Brinda a las personas servicios de socialización, supervisión y control, atención 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.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
<p>Transporte que no sea de emergencia</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 D-SNP) llamando al 1-877-891-6447 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Para realizar una reserva: 1-877-714-6880 ModivCare, se encuentra disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para responder las preguntas que los miembros tengan sobre el transporte. Utilice este número para llamar si su transporte se encuentra demorado o para programar un traslado desde un centro: Elderplan Ride Assist Line 1-877-714-6881.</p>	<p>El transporte que no sea de emergencia requiere aprobación previa.</p> <p>Todo el transporte de rutina debe coordinarse con tres (3) días hábiles de anticipación. Para solicitar transporte hacia los centros de atención de urgencia, llame con 90 minutos de anticipación a la hora de partida. Tenga preparada la ubicación del centro de atención de urgencia cuando reserve el traslado. Si no obtiene autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care para el transporte que no sea de emergencia, no se le reembolsará el costo del transporte, y usted será responsable del costo total. Si prefiere optar por el transporte público (es decir, el transporte de MTA, incluidos el metro, autobús, ferrocarril de Long Island o Metro-North, etc.), deberá completar y enviar un Formulario de reembolso para miembros a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para así obtener el reembolso del costo del viaje de ida y vuelta.</p> <p>Continúa en la siguiente página.</p>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
<p>Transporte que no sea de emergencia <i>continuación</i></p>	<p>Los miembros con problemas auditivos deben llamar al TTY 711.</p>	<p>Para su comodidad, el Formulario de reembolso para miembros se encuentra disponible en nuestro sitio web www.elderplan.org, o puede comunicarse con Servicios para los Miembros y solicitar uno. Simplemente, complete el Formulario de reembolso para miembros y envíelo por correo a la siguiente dirección:</p> <p>Elderplan Plus Long Term Care Medicare Plan Member Services 6323 7th Avenue, 2nd Floor Brooklyn, NY 11220</p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, le enviaremos el reembolso.</p>
<p>Atención de enfermería privada</p>	<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>

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Equipo médico duradero que no cubre Medicare	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.
Suministros médicos/quirúrgicos	Los artículos de uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos u ortésicos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico y que no estén cubiertos de otra forma por Medicare. Incluye fórmulas nutricionales enterales. Consultar las limitaciones a continuación.	Los suministros médicos/quirúrgicos no cubiertos por Medicare requieren una orden del médico y aprobación previa.
Dispositivos protésicos y ortésicos	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.

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

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

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

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Apoyo social/ ambiental	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 domésticas, mejoras de la vivienda y cuidado de relevo.	Los apoyos sociales y ambientales requieren aprobación previa.
Sistema personal de respuesta ante emergencias	Los Servicios personales de respuesta ante emergencias (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.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Atención médica diurna para adultos	La atención médica diurna para adultos incluye lo siguiente: servicios médicos, sociales, de enfermería, de 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.
Atención en un asilo de ancianos no cubierta por Medicare (siempre que sea elegible para la cobertura institucional de Medicaid)	Para recibir servicios en un asilo de ancianos que no estén cubiertos de otra forma por Medicare, los servicios deben cumplir con el plan de tratamiento escrito por el médico que indica los servicios, un auxiliar médico titulado, un enfermero practicante diplomado o una agencia de atención de la salud en el hogar certificada.	La atención en un asilo de ancianos que no esté cubierta de otra forma por Medicare requiere aprobación previa.
Atención para pacientes internados en un hospital, incluida la atención para salud mental y por abuso de sustancias.	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.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos	Los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care Plan (HMO D-SNP) pueden recibir servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos de cualquier proveedor de la red. Usted puede autorremitirse para una evaluación de cada beneficio de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.	Los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos requieren aprobación previa.
Telesalud	Los proveedores de Telesalud ofrecen atención médica, que incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o el autocontrol del miembro mediante tecnologías de comunicación.	Los servicios de telesalud no requieren aprobación previa.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos	Elderplan Plus Long Term (HMO D-SNP)
Rehabilitación para pacientes externos	Servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta autorizado y certificado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad mental o física y lograr la recuperación del miembro a su mejor nivel funcional. A partir del 1 de enero de 2021, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) cubrirá las consultas de PT, OT y ST médicamente necesarias que estén indicadas por un médico u otro profesional con licencia.	Se requiere autorización previa.

Limitaciones:

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

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

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 asilo de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Usted puede reunir los requisitos para MFP si ocurre lo siguiente:

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

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

- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios 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. También puede visitar MFP/Open Doors en línea en www.health.ny.gov/mfp o en 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, ya sea una afección o lesión imprevista o una enfermedad que requieren atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan está temporalmente inaccesible o no está disponible. La afección imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene (por ejemplo, una exacerbación de una afección dérmica crónica).

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

Servicios de emergencia

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

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pago de servicios de emergencia médica

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

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

SECCIÓN 8. Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan

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

Farmacia

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

Algunos de los servicios de salud mental son los siguientes:

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

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

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

Planificación familiar

Los miembros pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una remisión de un proveedor de atención primaria (PCP).

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

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

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

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

SECCIÓN 10. Autorizaciones de servicios y acciones

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

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

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

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

Autorización previa

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

- Servicios no participantes, admisiones opcionales, admisiones en SNF/ rehabilitación aguda
- Ambulancia que no sea de emergencia
- Fisioterapia/centros de rehabilitación integral para pacientes externos (es decir, atención de rehabilitación para pacientes externos)
- Atención de heridas/procedimientos con dispositivos de vacío

- Terapia con oxígeno hiperbárico
- DME/suministros: productos de Medicare
- DME/suministros: productos de Medicaid
- Evaluación de trasplantes
- Dispositivos protésicos y ortésicos
- Imágenes por resonancia magnética (MRI)/angiografías por resonancia magnética (MRA)/tomografías por emisión de positrones (PET)/tomografías computarizadas (CT)
- Zapatos para personas con diabetes
- Servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTC)
- Transporte que no sea de emergencia cubierto por Medicaid
- Especialistas a domicilio

Revisión concurrente

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

Revisión retrospectiva

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

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

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

Podemos decidir rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al que solicitó. Un profesional de atención médica

calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un examinador clínico tomará la decisión. Este puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente, ofrece la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas criterios de revisión clínica, que se utilizan para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

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

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

Proceso estándar

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

- Una revisión estándar de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en un plazo de 3 días laborables desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero antes de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su caso es una revisión concurrente en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laborable desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta antes de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos

tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

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

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

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. En la Sección 11: Apelaciones de Nivel 1 (también denominadas Nivel 1), que se encuentra más adelante en este capítulo, se explica cómo presentar una apelación.

Proceso rápido

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

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

es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

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

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

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

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

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

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar la autorización de un servicio para su solicitud de

un artículo médico o servicio médico, le daremos nuestra respuesta antes del final de ese período.

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

Si cambiamos un servicio que usted está recibiendo

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

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

Qué debe hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos reconsiderar esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte abajo).

- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) también puede explicar los procesos de apelaciones y quejas disponibles, según su queja. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles.

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

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

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

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

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

Puede presentar una apelación de Nivel 1:

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

Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene 60 días desde la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada para no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para pedir una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que todavía no ha recibido, usted o su proveedor deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “autorización rápida de un servicio”. Para pedir una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para pedir una autorización rápida de un servicio. (Estas instrucciones se encuentran en la Sección 10, en la parte del proceso rápido).
 - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
 - Si su caso era una revisión concurrente en la que revisamos un servicio que usted ya recibía, automáticamente recibe una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 en su nombre. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
 - Solo la persona que usted nombre por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o escribir y firmar una carta en la que nombre a su representante.
- Para obtener un formulario de “Nombramiento de un representante”, llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el

sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web <https://www.elderplan.org/form-members/appoint-a-representative>. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Usted puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que nombra en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni tomaremos represalias contra usted porque haya presentado una apelación de Nivel 1.
- Puede presentar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

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

Si le informamos que interrumpiremos, suspenderemos o reduciremos servicios o artículos que estaba recibiendo, es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación.

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

Qué sucede una vez que recibimos su apelación de Nivel 1

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

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

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura para servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los 14 días después del día en el que le solicitamos más información.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.

- Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 14: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que está más adelante.
- Si no le damos una respuesta para la fecha indicada correspondiente (o al final de los días adicionales que tomamos sobre su solicitud para un artículo médico o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
 - Una organización externa independiente la revisará.
 - Describimos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 13: Apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de tomar nuestra decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, a fin de garantizar que cumplimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelación**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una apelación “rápida”

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

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

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

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

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

SECCIÓN 12. Apelaciones externas solo para Medicaid

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

Puede pedir al estado de New York una apelación externa independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

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

Se denomina apelación externa porque quienes toman la decisión son revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas

competentes que aprueba el estado de New York. El servicio tiene que estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Antes de apelar al estado, debe hacer lo siguiente:

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

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

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 13. Apelaciones de Nivel 2

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

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

- La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de New York. No está relacionada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Oficina de Audiencias información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.

- Si envió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión con un plazo estándar, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que podría beneficiarle, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

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

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

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 37 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

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

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

Si la Oficina de Audiencias rechaza parte o la totalidad de su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

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

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

SECCIÓN 14. Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

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

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

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

Cómo presentar una queja:

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

Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito. Puede enviarnos una carta con su queja o llamar al número de Servicios para los Miembros. Si nos escribe, debe enviar la carta a la siguiente dirección: 6323 Seventh Avenue, Brooklyn, NY 11220.

Para presentar una queja ante el plan por teléfono, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Si nos llama después de este horario, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laborable. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo comunicaremos.

Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los Miembros de manera inmediata. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

Qué sucede después:

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

Respondemos la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario.

Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “autorización rápida de un servicio” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”. Si tiene una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de un servicio o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud.

Estos son ejemplos de cuándo puede presentar una queja:

- Si nos pidió que le brindemos una “autorización rápida de un servicio” o una “apelación rápida” y le dijimos que no lo haríamos.
- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para brindarle una autorización de un servicio o la respuesta a una apelación que presentó.
- Cuando se revisa una autorización de un servicio que hicimos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de plazos determinados y considera que no estamos cumpliendo los plazos.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias antes del plazo requerido.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Apelaciones de quejas

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

Cómo presentar una apelación de una queja:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tendrá, al menos, 60 días 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.
- Debe presentar la apelación de la queja por escrito.

- Si realiza una apelación por teléfono, debe enviarla luego por escrito.
- Después de llamar, le enviaremos un formulario que resume su apelación por teléfono.
- Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmar el formulario y 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 laborables. En la carta, le informaremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes es una organización independiente que proporciona servicios de defensa gratuitos para beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Estos servicios incluyen, entre otras cosas, 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 miembros, Medicare, Medicaid y los servicios de atención a largo plazo. También puede asistir a los miembros en la resolución de cualquier asunto relacionado con el acceso a la atención y con 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.

Información de contacto del Departamento de Salud

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

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

Información de contacto del DFS:

También puede contactarse con el Departamento Financiero del estado de New York a la siguiente dirección:

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

Información del Departamento de Salud del estado de New York:

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

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

Lo trataremos con imparcialidad y respeto en todo momento. Nuestro plan debe cumplir 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 D-SNP) en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame a:

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

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

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

- Ya no cuenta con Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para la cobertura de Medicare.
- Necesita atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Ya no tiene cobertura total de Medicaid.
- Se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
- Es evaluado como no elegible para recibir el nivel de atención del asilo de ancianos, según lo determinado en cualquier reevaluación integral mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado, a menos que Elderplan, el LDSS o la entidad designada por el estado acuerden que se podría esperar razonablemente que la finalización de los servicios prestados por Elderplan tuviera como resultado que usted se convierta en elegible para recibir el nivel de atención del hogar de convalecencia (según lo determinado mediante el uso de la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado) dentro del siguiente período de seis meses. Elderplan le proporcionará al

LDSS o a la entidad designada por el estado los resultados de su evaluación y las recomendaciones sobre la continuación o la cancelación de la inscripción dentro de los cinco (5) días laborables de la evaluación integral.

- Es encarcelado.
- Se une a un programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad, está inscrito en un programa o se vuelve residente en un centro auspiciado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o los Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias.

Podemos pedirle que se retire del plan

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

- Usted o un miembro de su familia o cuidador informal se comportan de manera tal que afecta gravemente la capacidad de Elderplan para brindarle atención médica a usted o a otros miembros del plan.
- 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.

SECCIÓN 16. Derechos y responsabilidades

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

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

5. A recibir información en un idioma que comprenda; puede pedir servicios de interpretación sin costo.
6. A recibir la información necesaria para emitir un consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
7. A ser tratado con respeto y dignidad.
8. A recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros se corrijan o enmienden.
9. A participar en decisiones relacionadas con su atención médica, 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 D-SNP), incluida la manera en que puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
13. A presentar quejas al Departamento de Salud del estado de New York. Consulte la información de contacto en la página 59.
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 directivas anticipadas y hacer planes sobre su atención.

Responsabilidades de los miembros

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

1. Participar activamente en su atención y las decisiones de atención
 - Comunicarse de manera abierta y honesta con su médico y el equipo de atención sobre su salud y su atención.

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

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

- Expresar, de manera adecuada, opiniones, inquietudes y sugerencias de las siguientes maneras, incluidas, entre otras, sus opiniones o inquietudes a su equipo de atención o a través del proceso de quejas y apelaciones de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- Revisar el Manual para los miembros y seguir los procedimientos para recibir los servicios.
- Respetar los derechos y la seguridad de todos los que participan en su atención y ayudar a
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) a conservar un entorno de hogar seguro.
- Notificar a su equipo de atención en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) sobre cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Si abandona el área de servicio.
 - Si se muda o tiene un número de teléfono nuevo.
 - Si cambia de médicos.
- Cualquier cambio en la afección que pueda afectar nuestra capacidad de brindar atención.

SECCIÓN 17. Directivas anticipadas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 18. Aviso de información disponible a pedido

La siguiente información se encuentra disponible a pedido del miembro:

- Una lista de nombres, direcciones comerciales y los puestos oficiales de los miembros del Consejo Directivo, funcionarios, personas de control y propietarios o asociados de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) que incluya un balance y resúmenes de recibos y desembolsos preparados por un contador público matriculado.
- Información relacionada con quejas de los miembros e información agregada sobre quejas y apelaciones.
- Procedimientos de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los miembros.
- Una descripción escrita del acuerdo organizacional y los procedimientos en curso del Programa de garantía de calidad de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- Una descripción de los procedimientos que sigue Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) para tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de medicamentos individuales, dispositivos médicos o tratamientos en estudios clínicos.

- Mediante una petición por escrito, puede obtener los criterios de revisión clínica específicos por escrito relacionados con una afección o enfermedad en particular y, cuando corresponda, otra información clínica que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) pueda considerar en la revisión de su uso y en cómo se usa en el proceso de revisión del uso, siempre y cuando, en la medida en que dicha información sea propiedad de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), el miembro o posible miembro solo podrá usar la información para los fines de ayudar al miembro/posible miembro en la evaluación de los servicios cubiertos que brinda Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP).
- 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 D-SNP) considere a los proveedores de atención médica.
- Información con respecto a la educación, la afiliación del centro y la participación en revisiones de desempeño clínico, realizadas por el Departamento de Salud, de profesionales de atención médica que estén certificados, inscritos o autorizados en virtud del Artículo 8 de la Ley de Educación estatal.

Información de descargo de responsabilidades:

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

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

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

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

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

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidas las traducciones al español y chino, en braille, y en tamaño de letra grande. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita 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。

Servicios para los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aviso sobre prácticas de privacidad de Elderplan, Inc.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

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

Este aviso resume las prácticas de privacidad de Elderplan Inc. (el “Plan”), su fuerza laboral, el personal médico

y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud (“PHI” o “Información de salud”) entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

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

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

NUESTRAS OBLIGACIONES

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

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

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

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por

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

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

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

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

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

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica.

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

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

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

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

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un funcionario del orden público de la siguiente manera:

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

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

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

Servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos y otras personas. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al

funcionario de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

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

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

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

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

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

- 1) Para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio.
- 2) Antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia.
- 3) En relación con la venta de su información de salud.
- 4) Por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/SIDA, el abuso de sustancias o la información de salud mental.

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

SUS DERECHOS

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

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

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

Derecho a inspeccionar y recibir copias. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Podemos cobrarle un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, le comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

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

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

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

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

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

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

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

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

Elderplan
Attention: Regulatory Compliance
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
1-800-353-3765

NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN

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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

CAMBIOS EN ESTE AVISO

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

QUEJAS Y PREGUNTAS

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

Elderplan
Attention: Regulatory Compliance
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

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

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

ATENCIÓN: si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia en lengua de señas estadounidense (ASL), tiene disponibles servicios de asistencia lingüística sin costo. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

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

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

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

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

(Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

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

(Yiddish) אַראַפּש רײא ראָפּ אָהאַראָפּ אָנענע, שײַדיא טדער ריאַ ביאָ: מאַזקעמפּיאַ לאַזפּא אָפּ יירפּ סעסיוורעס הַלּיאַ. 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polish) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

للإحتاح و أة ىزىلج نإل رىغ ةغل ثدحت تنك اذا: ةظوحلم (Arabic)
نإف، ASL ةدعاسم
مقرب لصتا. اناجم كل رفاوتت ةي وغلل ةدعاسم لتامدخ
1-800-353-3765 (TTY: 711)

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

تفم تامدخ ىك ددم ىك نابز وك پ آوت، سىء تلوب ودرآ پ رگا: رادربخ
لاک - سىء باىتسد سىم
1-800-353-3765 (Urdu) (TTY: 711)

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

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

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



homefirst®

un miembro del sistema de salud de MJHS

Para obtener más información, llámenos sin cargo al

1-877-891-6447

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

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

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